

Revista Killakana Salud y Bienestar

Volumen 4, Número 3, septiembre-Diciembre 2020

ISSN impreso: 2528-8016

ISSN electrónico: 2588-0640



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, Diciembre de 2020

Revista Killakana Salud y Bienestar

ISSN IMPRESO: 2528-8016

ISSN ELECTRÓNICO: 2588-0640

Departamento de Posgrado, Investigación
Vinculación con la Sociedad y Publicaciones
de la Universidad Católica de Cuenca

✉ Av. de Las Américas y Humbolt

Código Postal 010101, Cuenca - Ecuador

✉ killkana.investigacion@ucacue.edu.ec

☎ Central telefónica:

+593 (7) 2-830-751

+593 (7) 2-824-365

+593 (7) 2-826-563

🌐 <http://www.ucacue.edu.ec>

🌐 <http://killkana.ucacue.edu.ec>

Volumen 4, Número 3

Publicación trianual



Director de la revista

Ing. Humberto Salamea Carpio, Mgs.

Editor de la revista

Lic. Marilin Balmaseda Mederos, MSc.

Diseño, diagramación y maquetación en \LaTeX

Ing. Rodolfo Barbeito Rodriguez

English texts revision/edition

Lic. Tania Cecilia Bustamante Saavedra, Mgs.

Impresión: Editorial Universitaria Católica (EDÚNICA)

El sistema tipográfico empleado para componer la revista es \LaTeX , software libre utilizado para la comunicación y publicación de documentos científicos de alta calidad.

Índice general

Características de los pacientes con crisis hipertensivas en Quemado de Güines, Villa Clara, Cuba	1
<i>Taimi Nereida Rodríguez Abrahantes*, Gleudys Peralta Pérez, Idalmis Veliz Vázquez, Yadira Villavicencio Martínez, Nercy Morales Morales</i>	
Práctica de la respiración profunda para el estrés académico en estudiantes de la Universidad Nacional de Educación	7
<i>Ivonne Lorena Carpio Toro</i>	
Estrés en Profesionales de Enfermería del Hospital Psiquiátrico de Villa Clara, Cuba	15
<i>Alina Pérez Ruiz*, Disley Pedraza Pérez de Prado, Sara Leiva Gutiérrez, Lelaine González Valenciano, Lisandra Duarte González</i>	
Consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la provincia de Santa Elena .	21
<i>Nancy Domínguez Rodríguez*, Elsie Saavedra Alvarado, Bolívar Suárez Lindao, Anabel Sarduy Lugo</i>	
Estrategia didáctica de la medicina integrativa oriental y occidental en el manejo de la COVID-19	27
<i>Alejandro Bernardo Cervantes Palomino, Arlett María Iglesias Torres*, Rogelio Pérez Rivero, Anabel Sarduy Lugo</i>	
Complementariedad terapéutica en el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos	35
<i>Xavier Fabricio Reyes Trelles*, Cristhian Javier Rivera Tapia, Braulio Andrés Elizalde Martínez, Álvaro Fabián Auquilla Guzmán, Yolanda María Malavé Pérez</i>	
Postulados filosóficos católicos, repercusiones en el cuidado humano: revisión sistemática	41
<i>Katerine Bustamante, Lorena Ñamagua, Tatiana Loja, Lilitiana Tapia, Deysi Ortiz, Zoila Castro</i>	
Caso clínico: Diabetes Mellitus Tipo I, Pie de Charcot	55
<i>Rosa Elvira Minchala-Urgilés, María de los Ángeles Estrella-González, Andrés Alexis Ramírez-Coronel*, Pedro Carlos Martínez-Suárez, David González-Pando, Larry Miguel Torres-Criollo, Diana Marcela Estrella-Gonzalez, Joaquín Sepúlveda-Aravena</i>	

Caso clínico: Supervivencia a Covid-19 de un paciente vulnerable	61
<i>Rosa Elvira Minchala-Urgilés*, Andrés Leonardo Vázquez-Cárdenas, María Eloisa López-Solórzano, María de los Ángeles Estrella-González, Andrés Alexis Ramírez-Coronel</i>	
Instructivo para la preparación de manuscritos en la revista Killkana Salud y Bienestar	67
<i>Comite editor Revista Killkana Salud y Bienestar</i>	
Sistema y proceso de arbitraje de la revista Killkana Salud y Bienestar	71
<i>Comite editor Revista Killkana Salud y Bienestar</i>	

Características de los pacientes con crisis hipertensivas en Quemado de Güines, Villa Clara, Cuba

Characteristics of patients with hypertensive crisis in Quemado de Güines, Villa Clara, Cuba

Taimi Nereida Rodríguez Abrahantes*¹ Gludys Peralta Pérez² Idalmis Veliz Vázquez³ Yadira Villavicencio Martínez² Nercy Morales Morales²

¹ Licenciada en Enfermería. Master en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Investigador, Cuba

² Policlínico Mártires del 8 de abril. Quemado de Güines, Cuba

³ Jefa departamento de Cuerpo guardia y Urgencias, Cuba

*taimirodriguez@infomed.sld.cu

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.687

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las alteraciones que afectan a la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. **Objetivo:** determinar el comportamiento de los pacientes con crisis hipertensivas internados en el Área Intensiva del Policlínico Docente "Mártires 8 de abril". **Métodos:** se realizó una investigación descriptiva longitudinal retrospectiva, en el año 2018. La población estudio estuvo representada por la totalidad de los pacientes que acudieron a Emergencias con Hipertensión arterial. La muestra estuvo constituida por los 147 pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, que acudieron al Servicio de Urgencia del policlínico y requirieron ingreso en la Unidad Cuidados Intensivos con el diagnóstico de crisis hipertensiva. Los resultados se mostraron en tablas estadísticas de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** predominó el ingreso en los grupos de edades mayores de 60 años, seguido del grupo de 50 y 59 años de edad. La principal modalidad de crisis se correspondió con las Urgencias Hipertensivas (87,07 %). El medicamento de mayor uso como tratamiento de la crisis fue el Captopril en tableta con un total del 93,87 %. El principal órgano diana afectado fue el corazón. **Conclusiones:** se destacó que las variables estudiadas en relación a ambas modalidades de las crisis hipertensivas, manifestaron resultados discretos en comparación a los hallados en otros estudios, con un predominio de las urgencias hipertensivas y el corazón como órgano diana más afectado.

Palabras clave: pacientes; crisis hipertensiva; área intensiva municipal.

Abstract

Introduction: Hypertension (HT) is the most common of the alterations that affect the health of individuals and populations in all parts of the world. **Objective:** to determine the behavior of patients with hypertensive crisis admitted to the Intensive Area of the Teaching Polyclinic "Mártires 8 de abril", 2018 **Methods:** a retrospective longitudinal descriptive investigation was carried out in 2018. The study population was represented by all the patients who attended the emergency room with 589 arterial hypertension. The sample consisted of 147 patients older than 15 years, of both sexes, who attended the Emergency Service of the polyclinic and required admission to the Intensive Care Unit with the diagnosis of hypertensive crisis. The results were shown in statistical tables of absolute and relative frequencies. **Results:** admission predominated in the age groups older than 60 years, followed by the group of 50 and 59 years of age. The main type of crisis corresponded to the Hypertensive Emergencies, (87.07%). The most widely used medicine as a treatment for seizures was Captopril tablet with a total of (93.87%). The main target organ affected was the heart. **Conclusions:** it was highlighted that the variables studied in relation to both modalities of hypertensive crises showed discrete results compared to those found in other studies, with a predominance of hypertensive emergencies and the heart as the most affected target organ.

Keywords: patients; hypertensive crisis; Municipal intensive area.

1 Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) ha sido vista a través de los años como "la más común de las condiciones que afectan al ser humano adulto, en toda latitud",¹ su incidencia,

sea directa o indirecta, sigue ocupando un lugar importante en los índices de mortalidad y morbilidad de la mayoría de los países del mundo contemporáneo.^{1,2}

Aunque en la génesis de las afecciones cardiovasculares acontecen fenómenos multifactoriales, la HTA sigue siendo

uno de los más importantes, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, al extremo de llegar a convertirse en el centro de atención de muchos investigadores y un importante objeto de estudio por parte de las estructuras sanitarias de todos los países.³

Enfermedades como la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), el Síndrome de Insuficiencia Coronaria (IC), la Arteriopatía Periférica, la Insuficiencia Cardíaca Congestiva y la Insuficiencia Renal Crónica, por tan solo mencionar las más conocidas, se presentan con una frecuencia entre dos y cuatro veces mayor en los pacientes hipertensos, independientemente de su edad y sexo, sin dejar de comentar que el riesgo de mortalidad en algunas de ellas es mucho mayor, cuando hablamos de un paciente hipertenso. Por otra parte la Insuficiencia Cardíaca y los síndromes coronarios se han venido incrementando en el último quinquenio en pacientes portadores de dicha condición.^{4,5}

En el XXXVI Congreso Argentino de Cardiología, FAC-2007, se señala que en el mundo se producen 5,1 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares y que de ellas, el 62 % están vinculadas al control subóptimo de la presión arterial. En ese conclave se dio en llamar la HTA una "pandemia sin control". Mientras mejores resultados se obtengan en el control de la HTA menor será el riesgo cardiovascular del paciente y de la comunidad en su conjunto.^{6,7}

En Cuba se reportó oficialmente en el año 2017 un total de 22 002 decesos en la población de 65 años y más por enfermedades del corazón las que de una forma u otra la Hipertensión Arterial jugó un papel determinante, con una cifra alarmante, 181.8 por cada 100 000 habitantes en las edades de 50 a 64 años.⁸

Desde el año 2008 y hasta el 2010 algunos trabajos venían hablando de un 33,9 % de hipertensos nacionales, lo que equivalía a 2,5 millones de habitantes portadores de esta enfermedad, por lo que el tratamiento antihipertensivo ha cobrado un nuevo matiz, que va más allá de lograr solo el descenso de las cifras tensionales y se proyecta como principal meta, la reducción de la mortalidad y morbilidad de la esfera vascular asociada al exceso de presión.^{9,10}

En el área de salud correspondiente al Policlínico Docente "Mártires 8 de abril", en el municipio de Quemado de Guines, se consultaron 589 pacientes en los meses de enero a diciembre de 2018 con HTA. Con el diagnóstico de crisis hipertensiva, 147 fueron ingresados en la sala de terapia Intensiva Municipal situada en el policlínico.

Interrogantes como: ¿Cuál fue la modalidad de crisis que prevaleció?; ¿Cómo respondieron a la terapéutica empleada?; ¿Cuál fue su destino final o principales complicaciones?; no siempre son abordadas en hojas de cargo y quedan al aire en muchas de las investigaciones revisadas, las cuáles hace énfasis en aspectos como factores de riesgo, datos estadísticos poblacionales, pero que no permiten un análisis palpable de la situación existente.

De acuerdo con lo anteriormente podemos plantear la interrogante científica que responde al problema científico

de la investigación: ¿Cuál es el comportamiento de los pacientes diagnosticados con crisis hipertensiva ingresados en el servicio de terapia intensiva del Policlínico Mártires del 8 abril, Quemado de Guines, en el año 2018?

Todo lo anterior ha motivado a los autores a realizar esta investigación, que se sustenta, en el orden práctico, en lo explicado anteriormente y como objetivo persigue determinar el comportamiento de los pacientes con crisis hipertensivas ingresados en el área Intensiva del Policlínico Docente "Mártires 8 de abril de Quemado de Guines".

2 Métodos

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, durante el año 2018, en pacientes ingresados en el Área Intensiva Municipal del Policlínico Docente "Mártires 8 de abril", del municipio de Quemado de Guines.

La población estudio estuvo representada por los 147 pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, que acudieron al Servicio de Urgencia del policlínico y requirieron ingreso en la Unidad Cuidados Intensivos con el diagnóstico de crisis hipertensiva, coincidiendo con la muestra.

Para la recogida de información se diseñó una base de datos por los autores y avalada por expertos a partir de los libros de registro de este servicio y de historias clínicas. Además se obtuvieron datos en el departamento de archivo y estadística, así como también datos aportados por los propios pacientes y familiares en algunos casos. Se estudiaron variables como: edad (grupos de edades); sexo; estabilidad en el tratamiento antihipertensivo; tipo de crisis hipertensiva; toma de tensión arterial inicial y 30 minutos después de medicado; beneficios obtenidos con el tratamiento medicamentoso empleado; tipo de daño en órganos diana.

Para la clasificación de las crisis hipertensivas nos basamos en el Programa Nacional de HTA, el cual define las crisis hipertensivas como: un grupo de síndromes en los cuales una subida brusca de la presión arterial en individuos con HTA severa o moderada, se acompaña de manifestaciones reversibles o irreversibles de órganos diana, con una Presión Arterial (PA) diastólica mayor de 110 y se dividen en:

Emergencia Hipertensiva: cuando en presencia de una HTA severa se añaden disfunciones nuevas o agudas de órganos diana. La terapéutica debe administrarse por la vía parenteral y los pacientes tienen criterio de ingreso en cuidados especiales o intensivos. Se incluyen aquí: encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal, angina de pecho inestable, infarto agudo del miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, aneurisma disecante de la aorta, eclampsia.

Urgencia hipertensiva: cuando hay subida tensional brusca en hipertensos moderados o severos, que no se acompaña de lesión de órgano diana inmediata, pero si lenta y progresiva, donde la PA debe reducirse en las siguientes 24 horas, por lo cual se utilizan fármacos orales. Aquí se incluyen el límite superior del Grado II, hipertensión con

papiledema, lesión progresiva de órgano diana, hipertensión severa perioperatoria.¹¹

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según características biológicas sexuales primarias y secundarias.
Edad	Cuantitativa continua	15-18 19-29 30-39 40-49 50-59 60 y mas	Según edad cumplida en el momento de ocurrencia del evento cerebrovascular
Tipo de presentación	Cualitativa nominal dicotómica	-Urgencia hipertensiva -Emergencia hipertensiva	Elevación aguda de la presión arterial capaz de producir lesiones en órganos diana. Según la presencia o no de esta afectación, se clasifica en emergencia hipertensiva (EH) o urgencia hipertensiva (UH), respectivamente.
Estabilidad en el tratamiento	Cualitativa nominal politómica	-Siempre -Ocasionalmente -Nunca	Tiempo que transcurre el paciente con cierto grado de estabilidad frente al tratamiento antihipertensivo indicado.
Tipo de Antihipertensivo utilizado	Cualitativa nominal politómica	-Captopril (tableta) -Atenolol (tableta) -Nifedipina (tableta) -NTG (tableta) -NTG (ampula)	Diversos fármacos utilizados en medicina para el tratamiento de la hipertensión.(reducción de la PA)
Daño a Órganos diana	Cualitativa nominal politómica	-Enfermedad Cerebrovascular -Encefalopatía Hipertensiva -Edema Agudo del pulmón - Insuficiencia coronaria -Infarto -Arritmias graves	Lesión o daño a órganos que sufren daño de forma secundaria a la evolución de la enfermedad.

2.1 Procesamiento de la información

Los datos fueron procesados mediante paquete estadístico (SPSS) versión 10.0 y Microsoft Excel 2010 para Windows 7 y se presentaron en tablas estadísticas de frecuencias absolutas y relativas para su mejor comprensión.

2.2 Ética de la Investigación

En la presente investigación se cumple con los principios de la ética médica sobre todo el respeto y la autonomía, garantizando la confiabilidad del trabajo

3 Resultados

Como evidencia la tabla 2, predominó el grupo de edades de 60 años y más (56,46 %), seguida del grupo de edad entre 50 y 59 años (25,85 %), con predominio del sexo femenino.

Tabla 2: Pacientes con crisis hipertensivas según grupos de edades y sexo. Servicio de Terapia Intensiva. Policlínico. Quemado de Güines, 2018

Grupos de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-18	0	0	2	1.3	2	1.3
19-29	2	1.3	2	1.3	4	2.72
30-39	3	2.04	6	4.08	9	6.12
40-49	6	4.08	5	3.40	11	7.48
50-59	16	10.88	22	14.96	38	25.85
60 y mas	39	26.53	44	29.93	83	56.46
Total	66	45.83	81	56.25	147	100.00

Fuente: Modelo de recogida de datos

En la tabla 3 se distribuyeron los pacientes según la modalidad de crisis evidenciada, resultando que la mayoría de los ingresos se correspondieron con Urgencias"(87,07 %), solo un 12.92 % ingresaron por Emergencias".

Tabla 3: Tipo de presentación de las crisis hipertensivas según sexo

Tipo de presentación	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Urgencia	58	39.45	70	47.61	128	87.07
Emergencia	10	6.80	9	6.12	19	12.92
Total	68	46.25	79	53.74	147	100.00

Fuente: Modelo de recogida de datos

En la tabla 4 se analizó la estabilidad o adhesión al tratamiento por parte de los pacientes ingresados, obteniendo que el 59,18 % se medicara ocasionalmente, y el 30,01 % consumía habitualmente alguna modalidad de tratamiento.

Tabla 4: Tipo de presentación de las crisis hipertensivas según estabilidad en el tratamiento

Estabilidad en el tratamiento	HTA Grave				Total	
	Urgencia		Emergencia			
	No	%	No	%	No	%
Siempre	44	29.93	6	4.08	50	34.01
Ocasionalmente	76	51.70	11	7.48	87	59.18
Nunca	8	5.44	2	1.36	10	6.80
Total	128	87.07	19	12.92	147	100.00

Fuente: Modelo de recogida de datos

El tratamiento más empleado en el manejo de estas crisis fue el Captopril, con un 93,87 % de los pacientes tratados, seguido de la Nitroglicerina en tableta (74,82 %), el atenolol fue efectivo en casi el 60 % de los pacientes. (Tabla 5)

Tabla 5: Evolución de los pacientes según antihipertensivo utilizado

Antihipertensivo utilizado	Igual		Mejorado		Complicado		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Captopril (tableta)	86	58.50	50	34.01	2	1.36	138	93.87
Atenolol (tableta)	16	10.88	70	47.01	2	1.36	88	59.83
Nifedipina (tableta)	21	14.28	49	33.33	6	4.08	75	51.02
NTG (Tableta)	39	26.53	62	42.17	9	6.12	110	74.82
NTG (ámpula)	6	4.08	26	17.68	0	0	32	21.76

Fuente: Modelo de recogida de datos

Los principales daños a órganos diana (DOD) se plasmaron en la tabla 6, donde se observa que predominaron las arritmias graves 31,57 %, seguidas de la Insuficiencia Coronaria 26,31 % y el edema Agudo Pulmonar (EAP) con 21,05 %.

Tabla 6: Pacientes con crisis hipertensivas según daño a órganos diana

Daño a Órganos diana	No	%
Enfermedad Cerebrovascular	3	15.78
Encefalopatía Hipertensiva	1	5.26
Edema Agudo del pulmón	4	21.05
Insuficiencia coronaria	5	26.31
Infarto	0	0
Arritmias graves	6	31.57
Total	19	100.00

Fuente: Modelo de recogida de datos

4 Discusión

Los resultados en relación a la incidencia de las enfermedades hipertensivas en edades cada vez más tempranas, coloca a los autores en una posición de alerta pues contradice lo que ha sido reportado en algunos estudios en el área de las Américas.¹²

Ha sido reportado por varios autores que el sexo como factor de riesgo de la hipertensión arterial se ha señalado en una relación muy similar entre hombres y mujeres, quedando el hecho de mayor prevalencia en el sexo masculino como un tabú del pasado siglo, ante la emancipación de la fuerza femenil, quien lucha por compartir igualdad de derechos y hábitos con los hombres.^{13,14} datos estos no coincidentes con los resultados del estudio.

En relación al tipo de hipertensión grave, se constata que el número de pacientes cuya hipertensión ocasionó daños a

órganos diana, se mantuvo en los pronósticos esperados, o sea los clasificándolos como "emergencias Hipertensivas", lo cual viene a armonizar lo señalado por otros autores en los últimos quinquenios.¹⁵

Es válido señalar que la línea divisoria entre ambos términos, a pesar de estar conceptualmente bien definida, resulta prácticamente invisible en algunas ocasiones, ya bien por la gravedad del cuadro en cuestión, o bien por lo aparatoso del cuadro clínico, que no siempre es sinónimo de gravedad, y la interpretación del personal médico cuando declara una u otra modalidad en base a lo observado y al cortejo sintomático acompañante que difiere entre uno y otro paciente.

El incremento del número de estas crisis parece estar asociado al descuido, o a la no adhesión a un tratamiento hipotensor específico, como se recoge en el presente estudio, cuyos resultados coinciden con estudios realizados por autores nacionales.^{10,16} No obstante de que el Captopril en tableta fuese el medicamento más usado y que forma parte de los medicamentos de primera línea del stock de urgencias de cada área de salud, los mejores resultados se obtienen con el empleo de la NTG en infusión o en tabletas y con el uso de Corinfar (Nifedipino) en tableta, según estudios referenciados.¹⁶

Mucha y variada ha sido la controversia con respecto al uso del Nifedipino y la predilección por la presentación "retard" de estos anticálcicos, de las cuales no disponemos, y aunque desde hace algún tiempo se maneja con discrepancia el uso del Nifedipino sublingual, por los descensos bruscos de la TA evidenciados en algunos sujetos, en este estudio se muestra que casi la totalidad de los pacientes tratados con esta droga, de forma controlada y bajo régimen estricto de observación, mejoraron en un corto periodo de tiempo luego de su administración, aseveran los autores del estudio.

Es importante decir que en el contexto de una crisis hipertensiva, el descenso indiscriminado de las cifras de tensión arterial puede ser tan nocivo como el alza en sí, destacan los autores del estudio.

En el período de tiempo comprendido, no existieron decesos en ninguna de las dos modalidades de crisis estudiadas, lo cual habla indirectamente de la eficacia y la importancia de la implementación de la estrategia de las Áreas Intensivas Municipales (AIM) en el manejo y alivio oportuno de situaciones graves que pueden llevar al traste la vida de un paciente en pocos minutos y fallecer mientras espera ser trasladado a un hospital o complicarse en el traslado. Las AIM y su acercamiento a la comunidad, han favorecido positivamente en estos indicadores de salud, que entre otras cosas, garantizan calidad de vida a cada uno de estos pacientes.

De manera concluyente se destacó que las variables estudiadas en relación a ambas modalidades de las crisis hipertensivas, manifestaron resultados discretos en comparación a los hallados en otros estudios, con un predominio

de las urgencias hipertensivas y el corazón como órgano diana más afectado.

Se recomienda la propuesta por los autores de estrategias o acciones dirigidas a disminuir los factores predisponentes de esta urgencia médica y minimizar los ingresos en las unidades intensivas del área de salud municipal.

5 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

6 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

7 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Hackam DG, Khan NA, Hemmelgarn BR, Rabkin SW, Touyz RM, Campbell NR, et al. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 -therapy. *Can J Cardiol.* 2014; 26: 249-58. [Citado: 25 de marzo de 2019]
- Kaplan NM. Treatment of hypertension: drug therapy. In: Kaplan's Clinical Hypertension, 10th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, Cap. VI; pp 192-273. 5.
- European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. Guidelines for Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hyperten.* 2017; 25:1105-87. [Citado: 14 de Octubre de 2018]
- Ordúñez P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Rev Panam Salud Pública.* 2014; 28(4):311-18. [Citado: 25 de Abril de 2018]
- Sellén Crombet J, Sellén Sanchén E, Barroso Pacheco L, Sellén Sánchez S. Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial. *Rev Cubana Invest Bioméd.* [Internet]. 2015; 28(1). [Citado: 4 de enero de 2019] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001&lng=es .
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7th report. *JAMA.* 2014; 289: 2560-72. [Citado: 4 de marzo de 2018]
- Brent ME, Yumin Z, Neal Axon R. US trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension.1988-2008. *JAMA.* 2015; 203(20):2043-50. [Citado: 15 de enero de 2019]
- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del 2011. Ciudad de la Habana. Cuba. MINSAP, 2012.
- Dueñas A, Hernández O, Armas N, Sosa E, de la Noval R, Aguiar J. Manejo comunitario de la hipertensión arterial en el municipio Jagüey Grande. Matanzas. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2015; 16(3):251-8. [Citado: 5 de agosto de 2018]
- Alfonzo Guerra J, García Barreto D, Pérez Caballero D, Hernández Cueto M. Tratamiento Farmacológico. Cap. 14. En: Alfonzo Guerra JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2014. p. 177-99.
- Ministerio de Salud Pública. Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Editorial Ciencias Médicas. Año 2008.
- Frans H, Leenen H, Ernesto LS. Control rates of hypertension in North America. [Editorial]. *Hipertensión.* 2015; 56: 571. [Citado: 15 de octubre de 2018]
- Achiong Estupiñán FJ, Olano Moreno M, Fong Ramírez E, Alfonso León JA, Achiong Alemañy M, Achiong Alemañy F. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010. *Rev Cub Hig Epidemiol* [Internet]. 2016 [citado 8 Dic 2018]; 49(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300006&lng=es.
- Niiranen TJ, Hänninen MR, Johansson J, Reunanen A, Jula AM. Home-measured blood pressure is a stronger predictor of cardiovascular risk than office blood pressure: the Finn-Home study. *Hipertensión* 2015; 55: 1346-1351. E-Ib. [citado: 8 Noviembre de 2018]
- Ibáñez-Torales. Hipertensión Arterial: emergencias y urgencias. [Consulta: 20 mayo 2011]. <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual1/pdf/librovirtual1_10.pdf>
- Bharati V, Mittal MD, Ajay K, Singh MB. Hypertension in the Developing World: Challenges and Opportunities. *Am J Kidney Dis.* 2015; 55:590-8. [Citado: 22 de abril de 2019]

Recibido: 6 de abril de 2020

Aceptado: 15 de agosto de 2020



Práctica de la respiración profunda para el estrés académico en estudiantes de la Universidad Nacional de Educación

Deep breathing practice for academic stress in students at the National University of Education

Ivonne Lorena Carpio Toro¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*ivoncarpiot@hotmail.com

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.602

Resumen

Contexto: Los estudiantes universitarios enfrentan exigencias académicas y psicosociales en su experiencia escolar, lo que genera un estado acumulativo/progresivo de estrés durante los años que dura este período, y esta situación desencadena consecuencias negativas para su bienestar, tanto físicas como psíquicas. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue examinar la efectividad de la respiración yóguica (técnicas que procuran rangos de respiración de entre 4 y 8 repeticiones por minuto), mediante un cuasiexperimento con medidas pre-post y grupo de control, además de un análisis del discurso sobre la producción textual realizada, después de experimentar las respiraciones referidas por los estudiantes de la Universidad Nacional de Educación en Ecuador. **Metodología:** Se utilizó el Cuestionario de Estrés Académico en la Universidad (CEAU) en una muestra conformada por 73 estudiantes de ambos sexos, con edad media de 19 ± 2 años, seleccionados de la Carrera de Educación General Básica, de primer ciclo. **Resultados:** Se evidenció, a través del cuestionario y del análisis del discurso aplicado, que la intervención produjo una reducción del nivel de estrés. Se pudo observar que las medias de las escalas del test CEAU en el grupo de control pre y post test se mantuvieron o elevaron, a diferencia del grupo de intervención en los que disminuyeron los niveles de estrés. **Conclusiones:** Una práctica regular de las técnicas de pranayama, en el contexto áulico, son de mucha utilidad en la reducción del estrés académico.

Palabras clave: Respiración profunda, pranayama, educación, universidad, Ecuador.

Abstract

Context: University students face academic and psychosocial demands in their school experience, which generates a cumulative / progressive state of stress during the years that this period lasts, unleashing negative consequences for their well-being, both physical and mental. **Objective:** The objective of this study was to examine the effectiveness of yogic breathing (techniques that seek breathing ranges of between 4 and 8 repetitions per minute), through a quasi-experiment with pre-post and control group measurements, in addition to an analysis of the discourse on the textual production carried out, after experiencing the aforementioned breaths, by the students of the National University of Education in Ecuador. **Methodology:** The University Academic Stress Questionnaire (CEAU) was used in a sample made up of 73 students of both sexes, with a mean age of 19 ± 2 years, selected from the Basic General Education Career, first cycle. **Results:** It was evidenced, through the questionnaire and the analysis of the applied discourse, that the intervention produced a reduction in the level of stress. It was observed that the means of the CEAU test scales in the pre and post-test control group were maintained or raised, unlike the intervention group in which stress levels decreased. **Conclusions:** A regular practice of pranayama techniques, in the classroom context, are very useful in reducing academic stress.

Keywords: Deep breathing, pranayama, education, university, Ecuador.

1 Introducción

El estrés es un fenómeno biopsicosocial que produce alteraciones en la salud física, mental y por tanto un potencial generador de patologías;¹ por lo que es muy estudiando en la contemporaneidad, debido a las diferentes demandas como la exigencia, la competitividad laboral o académica

y la excesiva cantidad de información a la que estamos expuestos.

En la educación, el estrés académico, es evidente con un 43.9 % de prevalencia, siendo la tercera causa de consulta después de la depresión y la ansiedad.² Además se observa como la principal dificultad en relación al rendimiento académico y las relaciones interpersonales;³ en diferentes investigaciones se han encontrado desde niveles leves a

moderados de estrés y cansancio emocional⁴ hasta niveles altos,⁵ y que también se han relacionado con la depresión y la ansiedad.^{6,7}

El estrés académico está presente en los estudiantes ecuatorianos;^{8,9} en Guayaquil el nivel de estrés observado en los estudiantes es medio (73, 53 %) lo que indica presencia de ansiedad, angustia, inquietud, cansancio permanente, somnolencia, dolores de cabeza, además los elementos más importantes que la originan son, las demandas del entorno, en la que el docente, la metodología, la carga, los exámenes y el tiempo son elementos de importante incidencia en el desarrollo de este fenómeno.¹⁰

En Riobamba se detectó igualmente que el 65 % de la muestra tenía un nivel de estrés leve y el 13 % moderado. En más del 50 % de los casos hubo reacciones psicológicas como pérdida de la concentración, preocupación excesiva, depresión, inquietud, nerviosismo, ansiedad; reacciones físicas como cansancio, fatiga, poco o mucho deseo de alimentarse y reacciones de comportamiento como aislamiento y alteraciones en el sueño.¹¹

Siguiendo este orden de ideas, en las unidades educativas de Cuenca, en alrededor de un 80 %.¹² Dentro de las consecuencias más relevantes están las respuestas psicológicas como ira, ansiedad, desesperanza y baja autoestima; además posee un componente principal cognitivo que afecta las ideas y pensamientos ya que el estímulo externo representa una amenaza para el individuo (la cual dependerá, en su gradación, de la personalidad y el nivel de soporte social de dicho individuo) y su capacidad para afrontar dicha realidad.^{1,7,13}

Por lo tanto, es imperativo generar estrategias tanto para estudiantes como para los docentes para concientizar, discutir y evidenciar dicha problemática y, además, herramientas que permitan trabajar esa realidad en las aulas, debido a que son pocas alternativas propuestas.

Por lo dicho, se propone una investigación cuasiexperimental con la hipótesis basada en que la respiración profunda reduce el nivel de estrés en los estudiantes de primer ciclo de la Carrera de Educación General Básica de la Universidad Nacional de Educación del Ecuador (UNAE).

2 Marco conceptual

La educación, dentro de los retos de la contemporaneidad, implica el uso de herramientas que le permitan al educando un desarrollo crítico de su entendimiento sobre las realidades y de su participación en las mismas y, estas destrezas, se alcanzan a través de un trabajo holístico que integra diferentes maneras de concebir el aprendizaje y las relaciones que en él se desarrollan.

Es casi un lugar común, en el contexto universitario, hablar de la alta carga de tareas, obligaciones y responsabilidades que deben afrontar los estudiantes: exigencias sobre el rendimiento, intervenciones en público, clima social negativo, exámenes, dificultades de participación; así como a la presión que ejercen los padres, compañeros, profesores

y ellos mismos, se desencadenan factores generadores de estrés que pueden afectar el rendimiento y la salud.^{6,12,13}

De esta manera, el estrés académico se vincula a la valoración que realizan los estudiantes de las diferentes demandas o estresores de su ambiente, que desequilibran su medio interno, así como de las estrategias de afrontamiento para restablecer la homeostasis (Lemos et al., 2018; Quito et al., 2017). Se evidencia a través de una fase inicial de alarma, con signos como el aumento de presión, ritmo cardíaco, respiración, etc.; una segunda fase de adaptación o resistencia, cuando los estresores se mantienen en el tiempo y, finalmente, una fase de agotamiento en la cual se presentan reacciones como cansancio, dolor muscular, dificultad para concentrarse, irritabilidad, entre otras.¹

En tal sentido, la educación debe atender los procesos físicos-psicológicos-emocionales que marcan el discurso que significa la educación en nuestra sociedad, sobre todo en lo referente al estrés académico en cuanto realidad que se vive en las instituciones educativas y, en esta búsqueda, nos posicionamos a partir del diálogo de saberes y la interculturalidad que le permiten a una episteme establecer contactos con otras maneras de construir el conocimiento para, en el discurso educativo, hablar de respiración yóguica (en adelante: pranayama) en cuanto herramienta que cataliza procesos fisiológicos y mentales hacia estados de introspección en cuanto formas de desarrollo intelectual (por la capacidad de concentración que dichos procesos generan) y, sobre todo, de desarrollo emocional, que le permiten al sujeto mantener una relación armónica consigo mismo y con su ambiente educacional-social.

La ciencia occidental ha estudiado los efectos del yoga y la respiración en sus diferentes modalidades, y han demostrado que la intervención sobre la mente y el cuerpo, a través de prácticas respiración profunda, son efectivas al tratar desordenes físicos y mentales ocasionados por el estrés.¹⁴

Desde el kundalini yoga se busca potenciar la salud física, mental y emocional del ser humano en cuanto la energía del sistema glandular se combina con la energía del sistema nervioso y propone el uso de posturas físicas (asanas), el uso del sonido (mantra) y de formas de respiración (pranayamas).¹⁵ Para generar bienestar a través del entendimiento y manejo de la mente, la respiración (ciencia del uso del prana) es una constante que tiene una tradición milenaria, y se considera un factor crucial para el ser humano.¹⁶

En la revisión sistemática de Zaccaro y colaboradores (2018), reconocen que los principales efectos de las técnicas de respiración lenta abarcan las actividades del sistema nervioso central y autónomo, así como el estado psicológico, y que si se establece ritmos respiratorios de 10 inhalaciones/exhalaciones por minuto, se pueden evidenciar impactos directos sobre la salud física y emocional de los sujetos que la realizan.

Yogi Bhajan menciona que con la técnica del pranayama la mente se detiene automáticamente cuando comienza

la respiración mecánica rítmica, se tratará de 3 técnicas respiratorias que procuran la respiración lenta y profunda -que alcancen las 8 respiraciones por minuto, o menos-, ya que al establecer la respiración en esas frecuencias, el sistema nervioso parasimpático es impactado produciendo profundos estados de relajación y, esa sensación de alivio, incrementando la atención y la claridad mental.¹⁷ Estas técnicas fueron trabajadas en las aulas de clase, en una frecuencia de dos encuentros semanales y con la intención de indagar, el impacto de dichas técnicas en los estados de ánimo y capacidad de atención/enfoque del alumnado, a nivel individual y a nivel grupal.

3 Metodología

Se realizó un estudio mixto, con un diseño cuasiexperimental, de grupo control con medidas pre y post-tratamiento, uno grupo de intervención para reducción del estrés con técnicas de pranayama y otro de control.¹⁸ Además, se realizó un análisis del discurso de los diarios realizados por los estudiantes, proceso escritural que se realizó inmediatamente luego de la práctica de pranayama (estos textos se entregaban en forma anónima, luego de cada sesión).

Para el análisis textual, transcribimos los escritos producidos por los alumnos y los abordamos a través del software NVIVO, con el cual realizamos una búsqueda de la frecuencia de palabras, la cual nos permitió realizar un análisis cualitativo orientado hacia la interpretación de lo manifiesto entre palabras.

En cuanto a las técnicas de respiración, se trabajaron 3 diferentes pranayamas, todos del libro *Praana Praanee Praanayam*:¹⁷

- 1) Sitali pranayam (p.190).
- 2) Calmándote: incrementando la energía lunar (p.107)
- 3) El ritmo de la verdad eterna (p.74).

Estas técnicas se ejecutaron, en el contexto del aula aprovechando el espacio y la forma de ser empleadas (sentados, en las sillas del curso). Fueron practicadas entre 5 y 11 minutos, dos días por semana, al inicio, en la mitad o al final de la clase.

3.1 Selección de los estudiantes criterios de inclusión y exclusión

La muestra estuvo constituida por 73 estudiantes de primer ciclo de una Universidad Nacional del Ecuador; la distribución de los grupos se conformó de acuerdo a como estaban asignados a cada paralelo: el grupo de intervención con 1 paralelo del primer ciclo (n=39); y el otro formó parte del grupo control (n=34).

Los criterios de inclusión consistían en que sean estudiantes universitarios de primer ciclo de la carrera de Educación General Básica, con deseo de participar que lo expresaron en el consentimiento informado y ser mayores de edad.

3.2 Instrumento

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Estrés Académico en la Universidad (CEAU), que evalúa el nivel de estrés que generan las distintas tareas y situaciones académicas. Utiliza una escala licker de 1 a 5, donde 1 muestra que esa tarea no provoca nada de estrés y 5 que te produce mucho estrés, siendo los números 2, 3 y 4 indican niveles intermedios.¹⁹

El test se divide en las siguientes escalas:

Obligaciones académicas: evalúa el nivel de estrés relacionado con la realización de tareas, actividades y evaluación en las distintas materias. Comprende elementos como la falta de tiempo para desarrollar las actividades, la sobrecarga académica, la realización de trabajos obligatorios, el exceso de responsabilidades por cumplir con las obligaciones académicas y la realización de exámenes.

Expediente y perspectivas de futuro: mide el nivel de estrés generado por la anticipación de situaciones o potenciales problemas académicos futuros, tales como concluir los estudios en los plazos estipulados, obtener calificaciones elevadas, mantener o conseguir una beca para seguir estudiando, la elección de materias e itinerarios durante la carrera y la presión familiar por obtener buenos resultados.

Dificultades interpersonales: evalúa el nivel de estrés generado por los problemas o conflictos con compañeros y profesores, así como el relacionado con la competitividad académica.

Expresión y comunicación de ideas: mide el nivel de estrés en las situaciones que exigen exponer y expresar ideas propias, ya sea en la presentación de trabajos, la participación e intervención en las actividades de clase o interactuar con los profesores en horario de tutorías.

El instrumento posee una adecuada fiabilidad en cada una de las subescalas, supera el valor de alfa de Cronbach 0.70, mostrando niveles superiores la dimensión OA (0.80).¹⁹

4 Procedimiento

Previo al inicio de la investigación se recibió la autorización de los directivos de la Universidad para posteriormente obtener el consentimiento informado de los estudiantes para participar de manera voluntaria, anónima, no remunerada, además se les explico el objetivo del trabajo y que las participaciones no afectaban a sus calificaciones.

Para iniciar, se aplicó el pre-test a todos los estudiantes, lo cual nos permitió evidenciar la presencia del nivel de estrés académico en ambos grupos. Seguido de esto el grupo de intervención inició con las sesiones de prayamana, con la frecuencia de 2 encuentros semanales.

Es necesario puntualizar que se desarrollaron 17 encuentros, en el marco de las clases desde octubre (2018) hasta marzo (2019), de la siguiente manera: 4 en octubre; 4 en noviembre; 2 en diciembre; 4 en enero y 3 en febrero. La cantidad varió por las semanas laborables por mes y, en al-

gún caso puntual, por interrupción de la jornada por actividades de la Universidad o feriados nacionales/locales.

En la tercera fase, y al finalizar el ciclo académico, se realizó el post test, para posteriormente, realizar los análisis interpretativos del test y de la producción escrita. El grupo de intervención tuvo una pérdida de tres estudiantes porque no completaron la intervención y no cumplieron el post-test.

5 Análisis de resultados

Se analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS, versión 24. Los datos de medición se expresaron

como media \pm desviación estándar, y las comparaciones entre dos grupos se realizaron utilizando la prueba t para muestras independientes, con una significancia estadística de $P < 0.05$.

La producción escrita se analizó a través del programa NVIVO y con la lógica del análisis del discurso.

6 Resultados

Los estudiantes presentaron una edad promedio de 19 ± 2 años; en la tabla 1 se muestran los resultados de las medias y las desviaciones estándar en el pre y post- test de los estudiantes.

Tabla 1: Medias y Desviación estándar en el Pre y Post-Test

	Grupo	Pre-test			Post-test		
		N	Media	Desv. Desviación	N	Media	Desv. Desviación
OA	Control	34	20,03	5,374	34	19,62	5,965
	Intervención	39	20,79	6,062	36	16,47	4,942
EF	Control	34	16,15	5,383	34	17,06	5,432
	Intervención	39	18,9	5,866	36	14,89	5,564
DI	Control	34	5,82	2,342	34	6,94	3,384
	Intervención	39	5,85	2,312	36	4,72	2,023
EC	Control	34	7,65	2,36	34	7,91	1,929
	Intervención	39	7,59	2,741	36	6,83	2,145

Fuente: Elaboración del autor

Nota: "OA" Obligaciones académicas; "EF" Expediente y expectativas de futuro; "DI" Dificultades interpersonales; "EC" Expresión y comunicación de ideas.

Las medias del grupo de control en la escala de obligaciones académicas, dificultades interpersonales y expresión de las ideas son similares al grupo de intervención en el pre-test.

Además, se pudo observar que las medias de las escalas del test CEAU en el grupo de control pre y post test se mantuvieron o elevaron, a diferencia del grupo de intervención en los que disminuyeron los niveles de estrés (Tabla 1).

Tabla 2: Resultados de la Prueba T de Student en el Pre-Test

Escala	F	Sig.	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95 % de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
OA	0,096	0,758	-0,567	71	0,572	-0,765	1,35	-3,457	1,926
EF	0,002	0,964	-2,076	71	0,042	-2,75	1,325	-5,392	-0,109
DI	0,303	0,584	-0,041	71	0,967	-0,023	0,546	-1,111	1,065
EC	0,804	0,373	0,095	71	0,925	0,057	0,603	-1,145	1,26

Fuente: Elaboración del autor

Nota: "OA" Obligaciones académicas; "EF" Expediente y expectativas de futuro; "DI" Dificultades interpersonales; "EC" Expresión y comunicación de ideas.

Los resultados en el pre-test del grupo de control en las escalas OA (M=20,03 SE=5,374, $t(71)=0,567$, $p < .05$), DI (M=5,82 SE=2,342, $t(71)= 0,041$ $p < .05$), EC (M=7,65 SE=2,36, $t(71)=0,095$, $p < .05$), no presentan diferencias

significativas iniciales que el grupo de intervención. Mientras que la escala de EF presenta diferencias significativas (M=16,15 SE=5,383, $t(71)=2,076$, $p < .05$)(Tabla 2).

Tabla 3: Resultados de la Prueba T de Student en el Post-Test

Escala	F	Sig.	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
OA	2,223	0,141	2,408	68	0,019	3,145	1,306	0,539	5,752
EF	0,376	0,542	1,65	68	0,104	2,17	1,315	-0,455	4,795
DI	12,872	0,001	3,352	68	0,001	2,219	0,662	0,898	3,54
EC	0,291	0,591	2,208	68	0,031	1,078	0,488	0,104	2,053

Fuente: Elaboración del autor

Nota: "OA" Obligaciones académicas; "EF" Expediente y expectativas de futuro; "DI" Dificultades interpersonales; "EC" Expresión y comunicación de ideas.

Los resultados del post-test en los estudiantes, evidencian que el grupo de intervención presenta diferencias significativas en la escala OA (M=16,47 SE=4,942 $t(68)=2,408$, $p < .05$), DI (M=4,72 SE=2,023 $t(68)=3,352$, $p < .05$), EC (M=6,83 SE=2,145 $t(68)=2,208$, $p < .05$), mien-

tras que EF no presenta diferencias significativas (M=14,89 SE=5,564, $t(68)=1,65$, $p < .05$)(Tabla 3).

6.1 Análisis del discurso

De la totalidad de palabras transcritas y analizadas, las 9 que mayor frecuencia presentaron, son:

Tabla 4: Palabras con mayor frecuencia

Palabras	Recuento	Frecuencia	Sinónimos
sentí	77	3,26 %	sentir
espalda	35	1,48 %	espalda
dolor	33	1,40 %	dolor, dolores
tranquilidad	26	1,10 %	tranquilidad
momento	23	0,97 %	momento, momentos
cuerpo	23	0,97 %	cuerpo
respiración	23	0,97 %	respiración
siente	21	0,89 %	siente, sientes
relajación	18	0,76 %	relajación

Fuente: Elaboración del autor

A partir de esta frecuencia de repeticiones, abordamos la interpretación de significados rastreando el sentido que los enunciados construyen en el contexto áulico y de la práctica a la que han sido expuestos los alumnos.

Por lo dicho, se observó en primera instancia, que la palabra "sentí" es la que más presencia reporta. Se entiende aquello desde la premisa de escritura en la cual los estudiantes, tras haber experimentado los estadios a los que lleva la meditación profunda, hablan desde la primera persona y

vuelcan su búsqueda, consiente o no, hacia los registros que su memoria guarda en relación a procesos emocionales, no racionales.

En cuanto a las relaciones que la palabra "sentí" construye en el discurso de los alumnos, debemos resaltar la presencia, la compañía constante de imágenes que evidencian procesos de relajación, en los vocablos repetitivos con que se completan los enunciados en torno a ese "sentir": "calma"; "alivio"; "tranquilidad"; "paz"; "relajamiento".

Es muy interesante el reparar en que, las dos palabras que reportan mayor frecuencia luego de la analizada, son “dolor” y “espalda”. Se entiende aquello desde la dificultad del alumno por guardar una postura recta, separada del espaldar, por 8 u 11 minutos; el dolor, entonces, fue uno de los principales síntomas, aunque, en casi la totalidad de reportes sobre este malestar, se destaca que, una vez que la respiración se focalizaba, el mismo desaparecía dejando espacio a profundos espacios de confort y relajación.

La siguiente palabra con mayor frecuencia fue “tranquilidad”. En los enunciados que con ella se construyen, podemos encontrar vocablos repetitivos como: “paz”, “silencio”, “interior”, “armonía”, “concentración”, “relajamiento” y “calma”.

Las siguientes palabras con mayor presencia son “cuerpo” y “respiración”. El vínculo, obvio, lo resaltamos a través de las imágenes y los enunciados que las crean, a partir, nuevamente, de la repetición de vocablos que son conceptos que los alumnos van asumiendo con la práctica. Así, al referirse al cuerpo, encontramos repetitivas imágenes que se relacionan con “experiencia de paz”, “tranquilidad”, “relajación”, “liberación”.

Y cuando se refieren a la “respiración”, los vocablos/imágenes/conceptos reiterativos hacen relación a, nuevamente, la “relajación”, al “momento”, la “concentración”, al “control” sobre “el dolor y el miedo” y sobre “ruidos”.

7 Discusión

El estrés es un fenómeno presente en los estudiantes universitarios,^{8,19} como se ha observado en el presente trabajo. Mediante la intervención para reducción del estrés con técnicas de pranayama se pudo evidenciar que los niveles de estrés en el factor de obligaciones académicas, que se relaciona con la falta de tiempo para desarrollar las actividades o la sobrecarga académica, presentó una disminución; al igual que las dificultades interpersonales, que se relacionan con los problemas entre compañeros, profesores; y la comunicación de ideas propias, con la participación de actividades en clase y exposiciones, lo que concuerda con otras investigaciones.^{6,20-22}

Mientras que la escala de expediente y perspectivas de futuro, a pesar que se evidencia una disminución del malestar, no es significativamente diferente que el grupo de control; es decir: los estudiantes mantienen una preocupación generada por concluir los estudios en los plazos estipulados, obtener calificaciones elevadas, mantener o conseguir una beca y por la presión familiar.

8 Conclusiones

Por otra parte, el análisis sobre la producción textual de los alumnos, nos permite evidenciar una construcción de enunciados que valoran positivamente la experiencia, asociándola con estadios de relajación, paz, liberación, bienestar físico, emocional que les lleva a una conciencia plena del presente.

El interés de este trabajo se centró en comparar estudiantes en los cuales, un grupo realizó una intervención para reducir el estrés con técnicas de pranayama, con una respiración consiente es decir, manejada a voluntad, lo que produce una disminución de los niveles de estrés, lo que concuerda con hallazgos semejantes en otras investigaciones.^{20,22,23}

Algunas limitaciones del estudio son las características no probabilísticas de la muestra utilizada, y el tamaño del mismo, ya que una muestra mayor seguramente detectaría diferencias más claras. Sostenemos que una práctica regular de las técnicas de pranayama, en el contexto áulico, son de mucha utilidad en la reducción del estrés académico.

9 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

10 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

11 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Oblitas L. Psicología de la Salud. Cuarta ed. México D. F: CENGAGE Learning; 2017.
- Peen State University Counseling & Psychological. Center for Collegiate Mental Health; 2018.
- American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment Spring 2007 Reference Group Data Report (Abridged). *Journal of American College Health*. 2008 mar;56(5):469-480.
- Parra-Osorio L, Rojas- Castaño L, Patiño- Cordova I, Caicedo-Ausecha G, Valderrama-Aguirre A. Correlación entre el síndrome de Burnout y Estrés Académico en Estudiantes de Medicina de una Facultad de Salud en Cali, Colombia. *Rev Colombiana de Salud ocupacional*. 2015;3:31-34.
- Lemos M, Henao-Pérez M, López-Medina D. *iMedPub Journals Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina : Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares Stress and Mental Health in Medical Students : Relation with Coping and Extracurricular Activities Introducción*. *Archivos de Medicina*. 2018;14(2:3):1-8.
- Castillo C, Chacón T, Diaz-Véliz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *investigacion en Educación Médica*. 2016;5(20):230-237.
- Dominguez-Lara SA. Academic emotional exhaustion in university students: How much is it influenced by cognitive emotion regulation strategies? *Educacion Medica*. 2018;19(2):96-103.

8. Pulido M, Serrano M, Valdés E, Chávez M, Hidalgo P, Vera F. Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 2011;21(1):31–37.
9. Rubin D, C F. A Multicomponet Stress Management Program for College Students. *Journal of Counseling and Development*. 1986;64:530–531.
10. Álvarez-silva LA, Gallegos-luna RM, Herrera-lópez PS. Estrés académico en estudiantes de Tecnología Superior. *Universitas Revista de Ciencias Sociales y Humanas*. 2018;(28):193–209.
11. Lilian G. Adaptación escolar y estrés en los estudiantes del primer semestre de la facultad ciencias de la salud, Universidad Nacional de Chimborazo, período 2016; 2016.
12. Quito V, Tamayo M, Buñay P, Neira O. Estrés Académico en Estudiantes de tercero de bachillerato de las unidades educativas particulares del Ecuador. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*. 2017;20(3):253–276.
13. Cabanach RG, Souto-Gestal A, Franco V. Escala de Estresores Académicos para la evaluación de los estresores académicos en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2016;7(2):41–50.
14. Becker I. Uses of yoga in psychiatry and medicine. *Complementary and alternative medicine and psychiatry*. American p ed. Washington; 2000. p. 107–145.
15. Bhajan Y. The Aquarian Teacher KRI: International Teacher Training in Kundalini Yoga as Taught By Yogi Bhajan Level One Instructor Textbook and Instructor Yoga Manual. 4th ed. Training) KKT, editor; 2007.
16. Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, Garbella E, Menicucci D, Neri B, et al. How Breath-Control Can Change Your Life : A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2018;12(September):1–16.
17. Bhajan Y. Praana Praanee Praanayam. Kundalini Research Institute; 2006.
18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. Sexta ed. S A IEdCV, editor. México D. F: McGraw-Hill; 2014.
19. García-Ros R, Pérez-González F, Pérez-Blasco J, Natividad LA. Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad [Academic Stress Evaluation in New Students Joining University]. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2012;44(2):143–154.
20. Cea Ugarte JI, González-Pinto Arrillaga A, Cabo González OM^a. Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto. *Gerokomos*. 2015;26(1):18–22.
21. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2009;15(5):593–600.
22. Falsafi N. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2016;22(6):483–497.
23. Park CL, Riley KE, Braun TD, Jung JY, Suh HG, Pescatello LS, et al. Yoga and Cognitive-behavioral Interventions to Reduce Stress in Incoming College Students: A Pilot Study. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 2017;22(4):1–26.

Recibido: 13 de enero de 2020

Aceptado: 25 de septiembre de 2020



Estrés en profesionales de enfermería del Hospital Psiquiátrico de Villa Clara, Cuba

Stress in nursing professionals of the Villa Clara Psychiatric Hospital, Cuba

Alina Pérez Ruiz*¹, Disley Pedraza Pérez de Prado², Sara Leiva Gutiérrez¹, Lelaine Gonzáles Valenciano¹,
Lisandra Duarte González¹

¹ Hospital Psiquiátrico Provincial de Villa Clara, Cuba

² Universidad Medica de Villa, Cuba

*alipr@nauta.cu

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.689

Resumen

Contexto: El estrés es el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales, ya sea laboral, social que recibe el individuo, a las cuáles se le debe dar una respuesta adecuada, que permita poner en marcha sus recursos de afrontamiento. **Objetivo:** Determinar los principales indicadores y vulnerabilidad al estrés en el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Psiquiátrico de Villa Clara en enero del año 2018. El universo de estudio estuvo constituido por 63 enfermeros. Se aplicó un cuestionario vulnerabilidad – estrés e inventario para la evolución del estrés laboral. Se analizaron variables como: edad, sexo, estado civil, categoría profesional, funciones que desempeñan y años de experiencia. **Resultados:** Prevalció el grupo de edades de 36 – 50 años, el sexo femenino, la categoría de licenciados y funciones asistenciales, la mayoría son casados. Predomina la moderada vulnerabilidad al estrés y moderados síntomas del síndrome de Burnot con ± 16 años de experiencia en la especialidad de psiquiatría. **Conclusiones:** La mayoría de los enfermeros son vulnerables al estrés y al síndrome de burnout por las condiciones de trabajo y las características de los pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: estrés, vulnerabilidad, enfermería .

Abstract

Introduction: Stress is the process that begins in the face of a set of environmental demands, whether labor, social, that the individual receives, to which they must give an adequate response, setting in motion their coping resources. **Objective:** To determine the main indicators and vulnerability to stress in the nursing staff of the Psychiatric Hospital. **Method:** A descriptive cross-sectional study was carried out at the Villa Clara Psychiatric Hospital in January 2018. The study universe consisted of 63 nurses. A vulnerability - stress and inventory questionnaire was applied for the evolution of work stress. Variables such as: age, sex, marital status, professional category, functions they perform and years of experience were analyzed. **Results:** The age group of 36 - 50 years prevailed, the female sex, the category of graduates and care functions, the majority were married. Moderate vulnerability to stress and moderate symptoms of Burnot syndrome predominate with ± 16 years of experience in the specialty of psychiatry. **Conclusions:** Most of the nurses are vulnerable to stress and burn-out syndrome due to the working conditions and the characteristics of psychiatric patients.

Keywords: stress, vulnerability, Nursing.

1 Introducción

El estrés es el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales ya sea laboral, social que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. La actividad profesional que realizan los seres humanos exige al que la ejerce el ejemplo sistemático de recursos psicológicos.¹

Los altos costes personales y sociales generados por el estrés laboral, han dado lugar a que organizaciones internacionales como la Unión Europea y la OMS insistan cada vez más en la importancia que tienen la prevención y el control del estrés en el ámbito laboral.²

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en 1995, se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral, entre los factores desencadenantes de distintos problemas de salud,

el deterioro de las relaciones interpersonales, el absentismo y la disminución de la productividad, se encuentra el estrés. La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999) ha realizado un estudio sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28 % de los trabajadores europeos padece estrés y el 20 % burnout (se sienten "quemados" en su trabajo). Los sectores más afectados son los trabajos manuales especializados, el transporte, la restauración, la metalurgia y profesionales de la salud.¹

En la actualidad se le ha dado fundamental importancia a las teorías interaccionistas del estrés que plantean que la respuesta de estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1984), o avanzando un poco más, de las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas (Folkman, 1984).³

El personal de salud, como se ha dicho, es uno de los más afectados por este síndrome y dado que las enfermeras (os) son los que permanecen mayor tiempo al lado del paciente, en nuestro caso, los que laboran con pacientes psiquiátricos que por las características de los trastornos mentales, el deterioro físico y psíquico así como su descuido por los hábitos higiénicos están sometidos a situaciones más estresantes durante un largo periodo de tiempo que otro personal, nos propusimos determinar los principales indicadores y vulnerabilidad al estrés en el personal de enfermería del Hospital Psiquiátrico para lograr mayor satisfacción en los servicios.

2 Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Psiquiátrico de Villa Clara Enero 2018. El universo de estudio estuvo constituido por 63 enfermeros. Se aplicó un cuestionario de indicadores de vulnerabilidad al estrés e inventario para la Evaluación del Burnot donde formaron parte como datos de interés a los investigadores edad, sexo, estado civil, categoría profesional, funciones que desempeñan y años de experiencia en la especialidad.

Las variables operacionalizadas fueron:

Categoría ocupacional: Máximo nivel alcanzado desde el punto de vista educacional.

Enfermero general: enfermero de nivel técnico profesional.

Enfermero especializado en psiquiatría: enfermero que curso de post grado en psiquiatría,

Licenciado en enfermería: enfermero graduado del nivel universitario.

Master: enfermero que ha cursado maestrías.

Funciones que desempeña: Labor que realiza según la resolución 396.

Jefe de departamento: enfermero que por resolución jurídica se desempeña como jefe de departamento.

Jefes de sala: enfermero(a) que desempeña esta función por resolución jurídica.

Supervisor: enfermero(a) que desempeña esta función por resolución jurídica.

Enfermeros y enfermeras asistenciales: enfermero(a) que realiza las funciones asistenciales en las salas o servicios del hospital.

Estado civil: situación determinada por las relaciones provenientes del matrimonio.

Soltero: no se encuentra casado.

Casado: se encuentra ligado matrimonialmente con otra persona.

Divorciado: cuando se ha roto la unión matrimonial.

Viudo: cuando ha fallecido uno de los dos conyugues.

Variabilidad al estrés

No vulnerabilidad al estrés: cuando se obtiene en el cuestionario entre 0 - 20 puntos.

Escasa vulnerabilidad al estrés: cuando de obtiene en el cuestionario entre 21 - 40 puntos.

Moderada vulnerabilidad al estrés: cuando de obtiene en el cuestionario entre 41- 60 puntos.

Severa vulnerabilidad al estrés: cuando de obtiene en el cuestionario entre 61 -80 puntos.

Evaluación de Burnot

No síntomas de síndrome de Burnot: cuando de obtiene en el cuestionario entre 0-28 puntos.

Ligero síntomas de síndrome de Burnot: cuando de obtiene en el cuestionario entre 29-56 puntos.

Moderados síntomas de síndrome de Burnot: cuando de obtiene en el cuestionario entre 57-84 puntos.

Severo síntomas de síndrome de Burnot: cuando de obtiene en el cuestionario entre 85-112 puntos.

Años de experiencia laboral en psiquiatría: tiempo transcurrido desde que comenzó en el Hospital Psiquiátrico hasta la fecha:

- Rango de 0-5 años.
- Rango de 6-15 años.
- Rango de 16 y más años.

3 Resultados

Según muestra la tabla 1 donde se analizan los grupos de edades y sexo prevalece el de 36 – 50 años con 25 para (39.68 %) y el sexo femenino con 19.

Tabla 1: Grupos de edades y sexo del hospital Psiquiátrico Provincial de Villa Clara Enero 2018

Grupos de edades	Sexo		Total	%
	F	M		
21 - 35 años	13	3	16	25.39
36- 50 años	19	6	25	39.68
51- 65 años	15	5	20	31.74
+ 65	2	0	2	3.17
Total	49	14	63	
%	77.77	22.22	100	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 2 se ofrece una información general donde se observa que la mayor parte del personal que labora en el hospital psiquiátrico son licenciados en enfermería con 39 para un 61.90 % y del sexo femenino 49 (77.77 %).

Tabla 2: Relación de enfermeros (as) según categoría Profesional y sexo

Categoría Profesional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Enfermero general	3	4.76	11	17.46	14	22.22
Enfermero Especializado en psiquiatría	1	1.58	5	7.93	6	9.52
Licenciado en enfermería	10	15.87	29	46.03	39	61.90
Máster	0	0	4	6.34	4	6.34
Total	14	22.22	49	77.77	63	100

Fuente: Cuestionario

En cuanto a funciones que desempeñan predominan los enfermeros asistenciales con 48 (76.19 %), Tabla 3

Tabla 3: Funciones que desempeñan los enfermeros (as)

Funciones	Total	%
Jefes departamento	2	3.17
Supervisor	4	6.34
Jefes de salas	9	14.20
Enfermeros y enfermeras asistenciales	48	76.19
Total	63	100

Fuente: Cuestionario

Al constatar la tabla 4 distribución de frecuencia del estado civil del personal de enfermería encontramos que predomina el estado civil casado con 37 para un (58,33 %)

Tabla 4: Distribución de frecuencia del estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	19	30.15
Casado	37	58.73
Divorciado	5	7.94
Viudo	2	3.18
Total	63	100

Fuente: Cuestionario de lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés

Al relacionar el grupo de edades y la vulnerabilidad al estrés sobresale el rango de 36 – 50 años con 25 profesionales y presentan moderada vulnerabilidad 27. (Tabla 5)

Tabla 5: Relación del grupo de edades y frecuencia de los resultados del cuestionario de vulnerabilidad al estrés

Grupo de edades	Vulnerabilidad al estrés				Total
	No vulnerabilidad	Escasa vulnerabilidad	Moderada vulnerabilidad	Severa vulnerabilidad	
21 - 35 años	7	7	2	0	16
36- 50 años	3	11	11	0	25
51- 65 años	0	1	14	5	20
+ 65	0	0	0	2	2
Total	10	19	27	7	63

Fuente: Cuestionario de lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés

De acuerdo a los años de experiencia resaltan los enfermeros(as) \pm 16 años con 34 y presentan entre moderados y severos síntomas del síndrome de Burnout 33 enfermeros. (Tabla 6)

Tabla 6: Relación de años de experiencia laboral y evaluación del síndrome de Burnot

Años de Experiencia	Evaluación del síndrome de Burnot				Total
	No síntomas	Ligeros síntomas	Moderados síntomas	Severos síntomas	
0 - 5 años	10	9	0	0	19
6 - 15 años	2	8	0	0	10
\pm 16 años	0	1	26	7	34
Total	12	18	26	7	63

Fuente: Cuestionario de lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés

4 Discusión

El estrés es un estado de gran tensión nerviosa originado en la persona por el exceso de trabajo, las aspiraciones no satisfechas, la ansiedad, etc. Suele manifestarse a través de una serie de reacciones que van desde la fatiga prolongada y el agotamiento hasta dolores de cabeza, gastritis, úlceras, etc., pudiendo ocasionar incluso trastornos psicológicos.⁴

La investigación demostró que la mayor parte del personal de enfermería del centro está conformada por femininas, igual resultado obtuvo (Morgan P.), en sus investigaciones, al igual que en otras realizadas en el hospital. En la investigación de⁴ se logró constatar que la población entre edades de 36-40 y con un historial laboral en la profesión

de 16 a 20 años, están más afectadas con este Síndrome influyendo en el desempeño de sus labores. Así mismo todo el personal de enfermería en su momento tiene la posibilidad de superarse. El Hospital Psiquiátrico tiene un alto por ciento de nivel universitario, no encontrando resultados similares con otros trabajos donde se evalúa de forma general la especialidad y no por categoría profesional.

Según el organigrama de cada institución la mayor parte del personal que labora es en lo asistencial para dar salida al objeto social del centro, existe un nivel jerárquico para dirigir y controlar los procesos de la especialidad. Estos resultados coinciden con autores como⁵ donde la mayor parte de los enfermeros son asistenciales.

De acuerdo al estado civil predomina el casado, según Aveiga⁶ menciona que las características demográficas como el sexo, la edad, el estado civil pueden influir positiva o negativamente en el trabajo pudiendo generar estrés como por ejemplo el grupo de casados puede ser propenso a padecer estrés laboral, todas estas cargas de trabajo que cuando son copiosos el empleado estará predispuesto al cansancio, incrementando el riesgo al estrés laboral, afectando así su desempeño laboral.

Cuando evaluamos la vulnerabilidad al estrés observamos que sobrepasa el rango de 36 – 50 años, estos profesionales presentan una moderada vulnerabilidad, según la escala de clasificación que va desde 41-60 puntos, lo que puede estar relacionado con que la respuesta de estrés es un resultado automático del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación.⁷

Ceballos consideró entonces que varias enfermedades como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales eran resultado de cambios fisiológicos resultantes de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados, pero no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés. A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.⁵

El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. Si se sufre de una forma intensa y continuada, puede provocar problemas de salud física y mental: ansiedad, depresión, enfermedades cardíacas, gastrointestinales y musculoesqueléticas. Actualmente, el estrés se identifica como uno de los riesgos laborales emergentes más importantes. Estudios realizados en la Unión Europea sugieren que entre el 50 % y el 60 % del total de los días laborales perdidos está vinculado al estrés. Muchos de estos trabajos coinciden en que el estrés se debe a un desajuste entre los individuos y las condiciones de

trabajo (inseguridad laboral, tipo de contratación, horarios, etc.), la tarea (escasez o excesivo trabajo, monotonía, ciclos de trabajo breves o sin sentido, plazos ajustados de entrega, presión en el tiempo de ejecución, etc.) y la organización de la empresa (ambigüedad en la definición de funciones, poco apoyo en la resolución de problemas, ausencia de sistemas de comunicación y participación, etc.).^{7,8}

La violencia ocupacional es muy generalizada y existen grupos con mayor riesgo de padecerla. La Organización Internacional del Trabajo^{9,10} señala que, los profesionales de la salud padecen un elevado nivel de estrés y un alto riesgo de violencia en el trabajo. Casi un 25 % de la violencia laboral corresponde al ámbito sanitario y ello afecta negativamente al rendimiento y la eficacia de las organizaciones, preferentemente a través de un aumento de las bajas por enfermedad, el ausentismo, las rotaciones del personal, menor productividad y motivación, así como insatisfacción profesional, llevando a un descenso de la calidad de los cuidados y a repercusiones negativas en la imagen de la institución.¹¹

Así mismo cuando analizamos los años de experiencia resaltan los enfermeras (os) \pm 16 años donde la mayoría presentan entre moderados y severos síntomas del síndrome de Burnout, lo que demuestra que los años de experiencia en la especialidad de psiquiatría influye sobre los niveles de estrés del personal de enfermería. Resultados similares obtuvo Alvarado E⁴ cuando argumenta que en su investigación existe la presencia del síndrome de burnout en un 80 % del personal de enfermería investigada y que este ejerce una influencia considerable en el desempeño laboral de las mismas, todo esto debido a las exigencias y demandas del puesto de trabajo, sobrecarga en las actividades, jornadas laborales o “turnos” demasiado largos, trabajos monótonos donde las actividades que realizan son repetitivos, carencia de incentivos laborales y poco personal para la gran cantidad de pacientes que visitan la unidad médica, los cambios emocionales, las desmotivaciones por la falta de prestaciones sociales, agotamiento mental entre otras, lo mencionado anteriormente conlleva a que la población sea proclive a padecer de un estrés crónico no controlado adecuadamente y que al dejarlo desarrollarse manifiesten consecuencias mucho más graves donde se refleja el ausentismo o abandono del puesto de trabajo. Situaciones como estas no se presentan en nuestro Hospital pero si la desmotivación y el deseo de cambiar de puesto de trabajo está presente en la institución, añadiéndole además la escasez del personal asistencial hace que la labor de enfermería se vea doblemente afectada debido a una recarga laboral que no es remunerada.⁴

Según estudios de Chávez M¹² los niveles medios y bajos de burnout no quiere decir que dicho síndrome no esté presente, puesto que el burnout, se manifiesta de una manera sutil y sin que el individuo se dé cuenta.

Es así que Viejo y Gonzales¹³ añadieron que cuando un ambiente laboral es favorable la respuesta del trabajador en relación a su desempeño será bueno, se sentirá estimulado

por la institución donde labora e identificado con la misma, demostrará lealtad y trabajara en equipo pero si el personal percibe un ambiente desfavorable, poco motivador o con una carga de trabajo excesiva serán estos los medios que favorecerán la presencia de estrés en el trabajo.

Por todo lo anterior concluimos que un gran número de enfermeras (os) son vulnerables al estrés y al síndrome de burnout por las condiciones de trabajo y las características de los pacientes psiquiátricos., se debe elaborar estrategias de trabajo que disminuyan el estrés y contribuyan al mejoramiento psíquico del personal de enfermería, logrando mayor satisfacción en los servicios.

5 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

6 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

7 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010. [consulta 8 Marzo 2014]; Disponible en <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS>.
- Arias P, Castro M. Prevalencia del síndrome de burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros(as) profesionales del Hospital nacional de niños durante el mes de septiembre de 2012 [tesis de graduación]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2013.
- Carod-Artal FJ, Vazquez-Cabrera C. Burnoutsyndromein International setting. In Burnoutforexperts. Springer US, 2013; 15-35.
- Alvarado, E. (2015) "El síndrome de agotamiento profesional (burnout) y su efecto en el desempeño laboral de las enfermeras de la unidad médica atlacatl del instituto salvadoreño del seguro social. (Tesis de enfermera).
- Ceballos, P.; Valenzuela, S. Paravic, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. Avances en enfermería. Recuperado el 5 de Noviembre del 2016 <http://www.ucm.cl/uploads/media/publicacion.pdf> en sus artículos publicados.
- Aveiga, M. (2014).Influencia de los factores sociodemográficos y laborales en la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud que labora en el hospital provincial docente Ambato. (Tesis de Médico). Recuperada el 16 de Octubre del 2016 de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8387/1/AVEIGA%20FLORES%20MARICELA%20ELIZABETH.pdf>
- Escribá, V., Más, R., Cárdenas y Pérez, S. (1999). Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: TheNursing Stress Scale. GacSanit. Recuperado el 12 de Octubre del 2016 en http://ac.elscdn.com/S0213911199713506/1-s2.0-S0213911199713506main.pdf?_tid=d61b2d6a-7293-11e7-a5b80000aacb35e&acdnat=1501136673_bc7cae33e0fdb71fa9acbd485b940
- Grau-Alberola, E., Gil Monte, P., García-Juesas, J. A. y Figueredo-Ferraz, H. (2010). Incidence of burnout in Spanishnursingprofessionals: A longitudinal study. International Journal of NursingStudies, 47, 1013-1020.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, B. y Cruz, M. (2011). Vigour and dedication in nursingprofessionals: towards a betterunderstanding of workengagement. Journal of advancednursing, 67(4), 865-875.
- Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicio Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [sede web]*. Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: ILO/ICN//WHO/PSI;2002. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/AT1/textemdash_dialogue/AT1/textemdash-sector/documents/publication/wcms_160911.pdf
- Di Martino, V .Workplaceviolence in thehealth sector – Country casestudies:Brazil,Bulgaria,Lebanon,Portugal,SouthAfrica,Thailand, plus anadditionalAustralianstudy: Synthesisreport. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI; 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf
- Chavez, M.(2016) Factores estresantes del ámbito hospitalario y las características sociodemográficas, académicas y laborales del personal de Enfermería del Centro Médico Naval, Bellavista. (Tesis de enfermera).
- Viejo, S. y Gonzáles M. (2013).Presencia de Estrés laboral, Síndrome de Burnout y Engagement en personal de enfermería del Hospital del niño Morelense y su relación con determinados factores. EuropeanScientificJournal.

Recibido: 20 de febrero de 2020

Aceptado: 19 de agosto de 2020



Consumo de alcohol y drogas en adolescentes de la provincia de Santa Elena

Alcohol and drug consumption in adolescents province of Santa Elena

Nancy Domínguez Rodríguez*¹, Elsie Saavedra Alvarado¹, Bolívar Suárez Lindao¹, Anabel Sarduy Lugo¹

¹ Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador

*ndominguez@upse.edu.ec

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.691

Resumen

Contexto: El consumo de drogas en la actualidad es un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes. La percepción de riesgo y los factores de riesgo, junto al ocio, el tiempo libre y la vida recreativa, son elementos que se deben considerar para comprender esta problemática, la práctica de programas adecuados y eficaces de prevención y tratamiento contribuye a su tratamiento. **Objetivo:** Determinar la percepción que tienen los adolescentes de la provincia Santa Elena en relación con el consumo de drogas y alcohol. **Metodología:** Los datos provienen del cuestionario ASSIST V3.0 OMS, dirigido a los adolescentes del Colegio la Libertad de los bachilleratos diurnos y vespertinos en un total de 431 encuestados. El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado y por conglomerados en varias etapas de muestreo. **Resultados:** el 34 % de los adolescentes encuestados se inclinan al consumo de alcohol, el uso de bebidas alcohólicas son las sustancias que de mayor uso en 142 encuestados, mientras que el consumo de tabaco 55 de ellos lo realizan, donde mencionan que dicho consumo es concerniente a los problemas intrafamiliares presentes en cada hogar, a diferencia del rutina de *cannabis* coligado a la ansiedad o eventos de hiperactividad que pueden ser punto de partida para mayores complicaciones en la salud de los adolescentes. **Conclusiones:** El entorno que rodea a los jóvenes de 12 a 17 años indica que el consumo de drogas está cada vez más presente. Los índices de consumo se han incrementado en la provincia de Santa Elena donde nace la necesidad de desarrollar campañas de promoción y prevención frente a este fenómeno social.

Palabras clave: Adolescentes, Consumo, Drogas, Percepción, Salud.

Abstract

Drug use today is an important social phenomenon that especially affects adolescents, given the high availability, making decisions for not using or abstinence from these. The perception of risk and risk factors, along with leisure, free time and recreational life, are elements that we must consider understanding this problem, the practice of adequate and effective prevention and treatment programs contributes to its treatment. Objective: To determine the perception that adolescents have in the Santa Elena province in relation to drug and alcohol consumption. Methodology: The data come from the ASSIST V3.0 WHO questionnaire, aimed at adolescents from College la Libertad of the day and evening high schools in 431 respondents. The sample design was probabilistic, stratified and by conglomerates in various stages of sampling. Results: 34% of the adolescents surveyed who are inclined to consume alcohol, that the use of alcoholic beverages are the substances that are most used in 142, while 55 of them consume tobacco, where they mention that such consumption is a concern to intrafamily problems present in each home, unlike the routine of cannabis linked to anxiety or hyperactivity events that can be the starting point for greater complications in the health of adolescents. Conclusions: The environment that surrounds our youth between 12 and 17 years of age indicates that drug use is increasingly present. Consumption rates have increased in the province of Santa Elena, where the need to develop promotion and prevention campaigns against this social phenomenon is born.

Keywords: Adolescents, Consumption, Drugs, Perception, Health.

1 Introducción

La dependencia a las sustancias psicoactivas en adolescentes, especialmente las drogas alucinógenas y Psico estimulantes, constituye desde hace unos años un problema de salud pública a nivel mundial, debido a las negativas

repercusiones que tiene en ese grupo de edad, incidiendo en la calidad de vida, salud física, salud mental, desarrollo personal y en el desenvolvimiento familiar y social; además

de que las conductas poco saludables se asocian al consumo de tabaco, alcohol y la falta de actividad física⁵

La última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas en jóvenes entre 14 y 18 años en España, "Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria" (ESTUDES 2014-2015), muestra como el consumo de estas constituye una práctica habitual entre los jóvenes de ese país, por tanto, se hace evidente que la realidad actual en relación con este tema es homogénea en todo el mundo y no respeta sexo, continente ni estrato social.⁶

El problema en relación con este tema es que el mismo se agrava cuando se comprueba que los adolescentes tienen una baja percepción de peligro en el uso de algunas de ellas, las de consumo más habitual, como el alcohol, sin que se aprecie un cambio en su forma de pensar en los últimos años a pesar de las estrategias implementadas en los países para tratar de controlar este flagelo.⁶

También la importancia de lograr un control estricto sobre el uso de drogas por los adolescentes radica, en que precisamente en estas edades está ocurriendo aún el pro-

ceso de crecimiento y maduración física y psicológica de especial vulnerabilidad, que se pone en riesgo con prácticas como las del uso de drogas.

La Organización Mundial de la Salud define como droga a toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, por cualquiera de los medios de administración clásicos o nuevos, es capaz de modificar la actividad del sistema nervioso central y el comportamiento del individuo receptor, así como crear una situación de dependencia o adicción.⁶ El conocimiento que tenga la comunidad científica en relación a la percepción de los adolescentes en relación con el consumo de drogas resulta un factor determinante para la elaboración de estrategias que modifiquen la realidad actual en este sentido, por ese motivo los autores del presente artículo creen prudente y pertinente el desarrollo de la investigación donde se pretende determinar la percepción que tienen los adolescentes de la provincia Santa Elena en relación al consumo de drogas.

2 Resultados y discusión

Tabla 1: Niveles de riesgo por sustancias

VARIABLES	Nivel de riesgo bajo	Nivel de riesgo moderado	Nivel de riesgo alto
Nivel riesgo tabaco	118	17	0
Nivel de riesgo bebidas alcohólicas	110	34	3
Nivel de riesgo cannabis	135	18	1
Nivel de riesgo cocaína	139	3	0
Nivel riesgo anfetaminas	140	4	0
Nivel de riesgo inhalantes	129	10	3
Nivel de riesgo tranquilizantes	132	7	0
Nivel de riesgo alucinógenos	137	3	0
Nivel de riesgo opiáceos	135	5	0
Nivel de riesgo otros	121	4	0

Entre la relación de las variables en siguiente tabla, podemos notar que existe en elevado número de adolescentes que se encuentran en un nivel bajo del consumo de

sustancias estupefacientes, a diferencia del nivel moderado donde se enmarca un 34 % de los adolescentes encuestados que se inclinan al consumo de alcohol.

Tabla 2: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo para usos no-médicos)

	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	353	55
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	267	142
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	355	48
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	361	39
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	359	40

Tabla 3: A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (Solo para usos no-médicos)...*continuación*

f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	357	46
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	358	43
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	362	39
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	360	40
j. Otros - especifique:	309	24

Las respuestas expresadas por los adolescentes encuestados muestran que el uso de bebidas alcohólicas son las sustancias que mayor uso realizan, respuesta en 142 adoles-

centes a diferencia de 55 adolescentes que consumen tabaco sin control.

Tabla 4: ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	1 o 2 veces	cada mes	cada semana	a diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	205	18	16	0	0
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	140	88	9	1	1
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	214	7	0	1	0
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	216	2	0	0	0
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	213	4	0	0	0
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	205	12	3	1	1
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	212	6	0	0	0
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	215	1	0	0	0
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	214	1	0	0	2
j. Otros - especifique:	210	1	1	0	0

Las respuestas obtenidas en esta tabla señalan que el consumo de sustancias en estos tres últimos meses los adolescentes consumen bebidas alcohólicas de 1 a 2 veces por mes sin que sus padres tengan conocimiento y que

los demás consumos de sustancias lo realizan en reuniones con compañeros sin presencia de adultos o alguien los controlen.

Tabla 5: Consumo de drogas problemas de salud, sociales, legales y económicos

	Nunca	1 o 2 veces	cada mes	cada semana	a diario o casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	182	5	11	1	0

Tabla 5: Consumo de drogas problemas de salud, sociales, legales y económicos. . . continuación

	Nunca	1 o 2 veces	cada mes	cada semana	a diario o casi diario
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	164	30	2	2	0
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	179	3	1	0	1
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	183	0	0	0	0
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	182	1	0	0	0
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	179	4	2	0	1
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	182	2	0	0	0
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	182	0	0	0	0
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	182	0	0	0	0
j. Otros - especifique:	178	0	0	0	0

La tabla señala que el consumo de sustancias estupeficientes en los adolescentes son atribuidas al uso de bebidas alcohólicas concerniente a los problemas intrafamiliares presentes en cada hogar expresado por los adolescentes a

diferencia del consumo de cannabis coligado a la ansiedad o eventos de hiperactividad que pueden ser punto de partida para mayores complicaciones en la salud de los adolescentes.

Tabla 6: ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (primera droga, segunda droga, etc.)?

	no, nunca	sí, en los últimos 3 meses	sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	165	5	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	147	20	11
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	160	6	4
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	165	1	2
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	165	1	2
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	163	4	4
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	163	3	2
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	164	1	2
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	164	3	1
j. Otros - especifique:	163	1	2

Por medio de la aplicación de este recuadro se puede identificar que todos los adolescentes encuestados coinciden que sus familiares y amigos más cercano no se interesan por conocer si consumen o no, estos resultados nos

permiten hacer una reflexión en la investigación llevando a la importancia de realizar programas de concientización en los adolescentes dado el riesgo que conlleva el uso de sustancias estupeficientes.

3 Conclusiones

Dentro de la prevención del consumo de sustancias como drogas, alcohol y tabaco, consideramos que la información sobre las drogas es un elemento imprescindible y de gran eficacia para disminuir el consumo de aquellos que, lamentablemente han iniciado, y evitar que lo hagan los que todavía se mantienen al margen de esta cruda realidad.

En la investigación realizada se evidenció que en los últimos tres meses, los familiares y amigos de los adolescentes encuestados no presentaron ninguna preocupación por el consumo de sustancias siendo las bebidas alcohólicas a la mayor preferencia por los adolescentes en provincia Santa Elena, lo que conlleva a direccionar a los consumidores al uso de otras sustancias.

No todo consumo en un adolescente es problemático, pero sí es imprescindible pensar que todo consumo en esta etapa y en especialmente en adolescentes, es considerado de alto riesgo.

4 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

5 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

6 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Alejandro, M. H. (2011). Consumo dealcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 98-109.
2. Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* (Abingdon, England), 101(4), 556–569. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x>
3. José P. Espada, K. W. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portuga*, pp. 9-17.
4. NACIONAL, C. (2005). Tratamiento del consumo de drogas para niños/as y adolescentes en vulnerabilidad social. Santiago de Chile: Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de.
5. Polo-Gallardo R., Rebolledo Cobos R., Mendinueta-Martinez M., y Reniz Acosta K. (2017). Consumo de drogas y la práctica de actividad física en adolescentes:revisión narrativa. *Revista de la Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca*, 19(2), 29-37.
6. Terán Prieto A. (2017). Drogodependencias en el adolescente. Actuación desde la consulta. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. p. 493-501.

Recibido: 15 de julio de 2020

Aceptado: 15 de septiembre de 2020



Estrategia didáctica de la medicina integrativa oriental y occidental en el manejo de la COVID-19

Didactic strategy of eastern and western integrative medicine in the management of COVID-19

Alejandro Bernardo Cervantes Palomino*¹, Arlett María Iglesias Torres², Rogelio Pérez Rivero¹, Anabel Sarduy Lugo³

¹ Hospital Clínico Docente "Ernesto Guevara" de las Tunas, Cuba

² Hospital Liborio Panchana Sotomayor, Ecuador

³ Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador

*cervapal@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.693

Resumen

Contexto: La integración de la medicina tradicional china (oriental) y la medicina moderna (occidental) en el tratamiento del nuevo coronavirus SARS-CoV2 (Covid-19) constituye un desafío para el personal médico y de enfermería en el tratamiento y prevención de la COVID-19. **Objetivo:** establecer estrategias didácticas y de actuación en el tratamiento ante la COVID-19 mediante el empleo de la medicina natural y tradicional integrada a la medicina occidental. En el Hospital Provincial Dr. Ernesto Guevara de la Serna en la provincia de Las Tunas en el mes de mayo del año 2020. **Metodología:** se realizó un estudio de intervención dirigido a médicos y enfermeros que laboran en los diferentes servicios del Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna en Las Tunas, Cuba en mayo de 2020, que atienden a pacientes diagnosticados o con sospecha de COVID-19. Se seleccionaron criterios ya establecidos y normados por protocolos para tratar a estos pacientes. **Resultados:** se diseñó una estrategia didáctica para contribuir con la diversidad del personal médico y de enfermería que laboran en áreas destinadas a enfermos de COVID-19. La estrategia se estructuró a partir de un único objetivo general, además de acciones específicas, que partieron de la unificación de la medicina convencional (occidental) y la medicina natural y tradicional (oriental), las acciones destinadas a cada grupo de personas según el área de desempeño, así como su profesión y desempeño. **Conclusiones:** la estrategia didáctica propuesta favorece el desempeño profesional y la calidad de los servicios por parte del personal médico y de enfermería.

Palabras clave: coronavirus, estrategias, medicina convencional, medicina natural.

Abstract

Introduction: The integration of traditional Chinese (eastern) medicine and modern (western) medicine in the treatment of coronavirus (Covid-19) constitutes a challenge for medical and nursing personnel in the treatment and prevention of COVID-19. **Objective:** to establish didactic and action strategies in the treatment of COVID-19 using natural and traditional medicine integrated into western medicine. At the Provincial Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna in the Province of Las Tunas in May 2020. **Methods:** an intervention study was conducted for doctors and nurses who work in the different services of the Hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna Las Tunas, Cuba in May 2020, serving patients diagnosed with or suspected of COVID-19. Criteria already established and regulated by protocols were selected to treat these patients. **Results:** a didactic strategy was designed to contribute to the diversity of medical and nursing personnel working in areas intended for COVID-19 patients. The strategy was structured around a single general objective, in addition to specific actions, which started from the unification of conventional medicine (western) and natural and traditional medicine (eastern), the actions aimed at each group of people according to the area of performance, as well as their profession and performance. **Conclusions:** the proposed didactic strategy favors professional performance and the quality of services by medical and nursing personnel.

Keywords: coronavirus; strategies; conventional medicine; natural medicine.

1 Introducción

Cuando en el mes de diciembre del 2019 las autoridades de la República Popular China informaron a la Organiza-

ción Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confir-

maron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2. Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y fallo multiorgánico. La mayoría de los casos de COVID-19 notificados hasta ese momento debutaban con cuadros leves.¹

Considerada una pandemia, ha afectado a 216 países, territorios o áreas, con 6 750 521 casos confirmados y 395 779 fallecidos. En nuestro país ascienden a 2 191 confirmados y 83 fallecidos acumulados desde el 11 de marzo de 2020. Los datos corresponden a los existentes en el momento de redactar este artículo.²

La repercusión psicoemocional que conlleva a trabajar bajo circunstancias extremas implica un desmoronamiento en el sistema psico inmunológico por el pánico que engendra estas situaciones. De ahí la importancia de que tengamos claro qué es lo que vamos a hacer, siendo conscientes de los riesgos que implican el no cumplir con todas las normas sanitarias descritas ante tal situación. Igualmente es importante saberse seguros y a buen resguardo a nuestros seres queridos para cumplir con éxito esta noble tarea de salvar vidas. Lo que nos lleva considerar una nueva normalidad, en presencia de una COVID 19 que marcara sin dudas un antes y un después.

Las normas de un lavado de mano adecuado, el uso del nasobuco y cambio frecuente del mismo, utilizar los medios de protección con que contemos, no olvidar que en el traslado desde y hasta el hogar y o al trabajo podemos contagiarnos, por lo que debemos de estar muy alertas para no contaminar a nuestro entorno y conservar la salud de nuestros familiares al retornar a nuestros hogares.

Existen factores de riesgo que predisponen o favorecen la COVID-19:

- Edad
- Déficit inmunológico
- Hacinamiento
- Contaminación ambiental, humo del cigarro o tabaco (ya sea de forma pasiva o activa)
- Enfermedad de base HTA, Diabetes, Cardiopatías, Asma, entre otras.

En gran medida todos somos vulnerables ante esta pandemia. En países desarrollado como China, Italia, España, Francia o Estados Unidos, entre otros, ha quedado demostrado que no importa la edad, sexo, raza, credo o religión, jerarquía o nivel económico, todos, sin excepción, somos vulnerables. Los más disciplinados son los que más posibilidades tienen de sobrellevar mejor a la pandemia ante los menos disciplinados.

Un punto de detección importante de casos de COVID-19 es la urgencia hospitalaria. Lograr realizar la triada correspondiente, tiene como objetivo identificar, priorizar y aislar al paciente grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución.³

Para lograr una adecuada clasificación y calificación de los pacientes, el personal de enfermería debe observar y tomar los signos vitales. En los casos de COVID-19 la gravedad de estos puede variar e incluso es posible que, con frecuencia, no se pueda determinar hasta qué punto esté comprometida la salud del paciente. En la triada, la medición de los cuatro signos vitales tradicionales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) puede suponer un riesgo de transmisión para el personal de enfermería y médicos, así como para el público en general. Por ello el personal médico y paramédico debe elevar todas las medidas de precaución para evitar el contagio.³

Cumpliendo lo planteado por la educación médica superior, desde el mes de marzo, fueron emitidas las indicaciones para la reorganización del proceso docente.⁴ A partir de lo antes señalado el autor considera un grupo de Orientaciones generales

Donde se recomienda.

- 1) Disponer de dispensadores, con solución hidroalcohólica, ofrecer nasobucos y sustitución de estos cuando estén húmedos.
- 2) Establecer dos zonas: una para diferenciar a los pacientes con enfermedades respiratorias y otra a los pacientes con otros motivos de visitas a consultas.
- 3) Se identificará al personal que va a trabajar con cada uno de los grupos, teniendo cada grupo de trabajo los equipos e instrumental independientes para evitar el contagio.
- 4) En el primer contacto, el paciente deberá ser identificado según el grupo que corresponda a medida que vaya llegando al hospital.
- 5) Establecer información visual (carteles, folletos, etc.) en lugares estratégicos para proporcionar a los pacientes las instrucciones sobre lavado de manos, higiene respiratoria y como toser o estornudar en la flexura de la articulación del codo.

2 Material y Métodos

Se realizó un estudio de intervención en el hospital provincial Dr. Ernesto Guevara de Las Tunas en el mes de mayo del año 2020 con el objetivo de crear una estrategia didáctica con el fin de integrar a la medicina occidental y oriental para tratar a pacientes con sospecha o pruebas diagnósticas positivas de COVID-19.

En el mismo se incluyeron a todo el personal de enfermería y medico quedado distribuido por 44 médicos especialistas y residentes de todas las especialidades que laboraron en esta tarea, también por 59 técnico y licenciados en enfermería

En caso de pacientes que requieran de aislamiento se mantendrá hasta transcurridos 14 días desde el inicio de los síntomas, siempre que el cuadro clínico se haya resuelto. El seguimiento y el alta serán supervisados por su médico de atención primaria o de la forma que sea establecida por las áreas de salud según orientación del MINSAP, las opciones

terapéuticas integradas de ambas medicinas siempre que sean los pacientes tributarios serán indicadas.

La vigilancia e investigación de casos y de los contactos son fundamentales para definir e identificar los cambios en la epidemiología de las infecciones humanas y seguirán brindando recomendaciones sobre control de infección. Se harán modificaciones a estas indicaciones, según sea necesario, a medida que se disponga de información adicional.

Se realizara desinfección con el uso del jabón ozonizado para el lavado frecuente de las manos será imprescindible para evitar el contagio, que se realizara: Antes de iniciar las labores, antes de realizar procedimientos invasivos, antes y después de atender pacientes, se usen guantes o no, antes y después de manipular heridas, después de estar en contacto con líquidos de Precaución dispuestos aunque se estén usando guantes, antes y después de entrar en cuartos de aislamiento, Durante la atención de pacientes, al moverse de un sitio contaminado a uno no contaminado del cuerpo del paciente, después del contacto con objetos inanimados en los alrededores inmediatos del paciente, Antes de colocarse y después de retirarse los equipo de protección personal (EPP), antes de ponerse guantes e inmediatamente después de quitárselos, después de usar el baño.

2.1 Tratamiento según clasificación de hospitales

Las políticas de los procedimientos con pacientes y fortalecimiento de la estructura de control de infecciones habitual, la ventilación adecuada, la ubicación correcta de los pacientes e higiene del entorno pueden reducir la diseminación de algunos patógenos respiratorios en los establecimientos de salud.

Evitar contacto de piel o mucosas con sangre y otros líquidos. Aunque se estén usando guantes, lavar las manos antes y después de entrar en cuartos de aislamiento. Durante la atención de pacientes, al moverse de un sitio contaminado a uno no contaminado del cuerpo del paciente. Después del contacto con objetos inanimados en los alrededores inmediatos del paciente. Antes de colocarse y después de retirarse los EPP. Antes de ponerse guantes e inmediatamente después de quitárselos. Después de usar el baño.

Si no existiera un sistema de suministro de aire independiente, deben apagarse los aires acondicionados (climatizadores) y abrir las ventanas para garantizar una buena ventilación. Asegurarse que las ventanas abren hacia lugares alejados del público.

- Siempre que sea posible, debe utilizarse equipo desechable en la atención de los pacientes afectados por nuevo coronavirus 2019
- Evitar procedimientos inductores de tos y esputo (aerosoles, broncoscopia, etc.)
- Todo el personal con acceso a la unidad de aislamiento debe usar Equipos de Protección Personal (EPP). El personal con inmunocompromiso no debe realizar esta actividad

3 Resultados

En el presente trabajo el autor recomienda la utilización de la terapia medicamentosa descrita por el protocolo nacional de salud como terapia occidental y las técnicas de la medicina oriental, también descritas y aprobadas por el ministerio de salud pública, a pesar de que hasta el momento no está identificada una droga antiviral totalmente eficaz, ni una vacuna, para la COVID 19 se propone la integración de estas terapias que se aplicara por los 44 médicos y los 59 enfermeros.

A continuación, se expone la estrategia didáctica de actuación con pacientes sospechosos o portadores de la COVID19. Por el personal médico y de enfermería.

Objetivo general: proponer una estrategia didáctica ante pacientes sospechosos o portadores de la COVID 19 para médicos y personal de enfermería.

El tratamiento médico medicamentos se realizara según protocolo de actuación, donde se recomienda el siguiente tratamiento en pacientes hospitalizados:

- Kaletra (200 Lopinavir -50 Ritonavir) 2 cápsulas cada 12 horas por 30 días.
- Cloroquina (250 mg = 150 mg base) 1 tableta cada 12 horas por 10 días.

En la paciente obstétrica mayor de 17 años con 50 o más kilogramos de peso emplear 500 mg dos veces al día por 10 días. En personas de menos de 50 kg emplear esa dosis los dos primeros días y luego 500 mg una vez al día los siguientes ocho días.

De no existir contraindicaciones ni signos de gravedad, para su administración, Interferón alfa 2b (3 millones de unidades, por vía intramuscular, 3 veces a la semana por cuatro semanas. Evaluar la evolución de la enfermedad y determinar continuidad de este tratamiento.

- Antibióticos de amplio espectro si sospecha sobreinfección bacteriana.
- Tratamiento de las comorbilidades, de acuerdo a su estado de compensación.

Actuación de enfermería

La actuación de enfermería se hará de una forma precisa e inmediata dependiendo del estado del paciente y de las indicaciones médicas se podrán utilizar algunas de las variantes de la medicina tradicional descritas e indicadas, o como acción independiente de enfermería. Pero sin dejar de señalar los elementos que el enfermero considere destacar. Desde la llega del paciente y las indicaciones médicas las que deberán de cumplirse desde la llegada dl paciente a la sala.

3.1 Tratamiento Naturista

Tratamiento de enfermos:

[En pacientes con síntomas leves o manifestaciones generales, utilizar dos o tres puntos de los grupos (1) y (2), en casos graves dos o tres puntos del grupo (3)]:

- 1) Hegu (IG-4), Taichong (H-3), Tiantu (Ren-22), Chize (P-5), Kongzui (P-6), Zusanli (E-36), Sanyinjiao (Bp-6),

- 2) Dazhu (V-11), Fengmen (V-12), Feishu (V-13) Xinshu (V-15), Geshu (V-17),
- 3) Zhongfu (P-1), Danzhong (Ren- 17), Qihai (Ren-6), Guanyuan (Ren-4), Zhongwan (Ren-12)

Según síntomas se podrán utilizar los siguientes puntos:

- Fiebre persistente: Dazhui (Du-14), Quchi (IG-11),
- Opresión en el pecho, dificultad para respirar: Neiguan (Pc-6), Lieque (P-7), Fenglong (E-40), Dingchuan (EXT-1),
- Diarreas, heces blandas: Tianshu (E-25), Fenlong (E-40),
- Febrícula o afebril, vómitos, heces blandas: Feishu (V-13), Tianshu (E-25), Fujie (B-14), Neiguan (Pc-6).

3.2 Unidad de cuidados intensivos

3.2.1 Equipamiento y ambiente

- Si es posible, usar equipamiento desechable
- Asigne equipamientos, como estetoscopios, brazalete de presión sanguínea, termómetros, etc., para individualizar a los pacientes a los que se aplican las Precauciones de Contactos.
- Si es necesario compartir el equipamiento entre pacientes, se lo debe limpiar y desinfectar después del uso con cada paciente.
- Los trabajadores de la salud deben evitar tocarse los ojos, la nariz, o la boca con sus manos con o sin guantes ya que podrían estar potencialmente contaminadas.
- Evite contaminar las superficies ambientales que no están directamente relacionadas con la atención de los pacientes (por ej., manijas de puertas, interruptores de luz).

Ubicación de los pacientes: usar habitaciones individuales o formar cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico etiológico puede facilitar la aplicación de medidas de control de infección.

Equipo Protección Personal: Al ingresar a la sala / al área de aislamiento o al atender a un paciente con una infección transmitida por aire obligada / preferencial en otros entornos, use un respirador para partículas que alcance como mínimo el nivel de protección de un N95 o equivalente.

3.2.2 Ubicación de pacientes

- Coloque al paciente en una sala de prevención para la transmisión aérea (es una "sala de prevención de la transmisión aérea" una habitación con ≥ 12 ACH (12 o más intercambios de aire total por hora) y dirección de flujo de aire deseada, la cual puede lograrse con ventilación mecánica o natural.
- Si no hay disponibilidad de una sala de aislamiento ventilada, ubique a los pacientes en habitaciones separadas bien ventiladas.
- Si no se dispone de habitaciones individuales, forme cohortes de pacientes de acuerdo con el mismo diagnóstico etiológico en lugares bien ventilados.

- Los procedimientos que generan aerosoles con transmisión de patógenos deben realizarse usando el Equipo Protección Personal apropiado en una sala de prevención de la transmisión aérea.

3.2.3 Equipo Protección Personal

- Como mínimo, use un naso buco médico (quirúrgica o naso buco de procedimientos) bien ajustada, al ingresar a la habitación del paciente; el uso de máscara es obligatorio si se trabaja a ≤ 1 m del paciente.
- Cuando realice procedimientos que generan aerosoles asociados con transmisión de patógenos, use un respirador para partículas que alcance como mínimo un nivel de protección de un N95 certificado o equivalente, guantes, bata y protección ocular (gafas protectoras).

Recepción de enfermería

La recepción de enfermería se hará de una forma clara y breve pero sin dejar de señalar los elementos que el enfermero considere destacar, orientación, conciencia, pupila y motilidad. Desde la llega del paciente y la primera impresión del profesional al ver llegar al paciente como llega su estado de concentración, si trae o no puesto el nasobuco, si es torpe al deambular y si necesita de apoyo para trasladarse, si están protegidas las personas que lo acompañan enfatizar en las deposiciones si ha tenido diarrea y en la orina

Hasta el momento no está identificada una droga antiviral totalmente eficaz, ni una vacuna no obstante se recomienda:

- Kaletra (200 Lopinavir -50 Ritonavir) 2 cápsulas cada 12 horas por 30 días.
- Cloroquina (250 mg = 150 mg base) 1 tableta cada 12 horas por 10 días.
- Mantener Interferón A2B: 3 millones de unidades IM días alternos por un mes.
- Ceftriaxona 1gr a 2gr cada 12 horas: en pacientes donde se diagnóstica infección bacteriana asociada.
- La decisión de utilización de otro antibiótico estará determinada por los resultados de estudios de laboratorio y el mapa microbiológico del servicio.
- Uso del Ac Monoclonal Itolizumab (bbo 25 mg) en dosis de 200 mg (8 bbos) en 200 ml de Solución salina a durar 2 horas. La dosis puede ser hasta 400 mg si fuera necesario subir dosis para obtener mayor efecto clínico. Estas dosis estarían en los rangos 2,9 mg por kilo de peso y 5,7 kg de peso, respectivamente. La misma dosis puede ser repetida a los 5-7 días de la dosis inicial, según respuesta.

3.2.4 Otras alternativas terapéuticas

- Surfacen. (instilación por tubos orotraqueal a la dosis recomendada) en pacientes con SDRA. Ver preparación en formulario nacional. 100mg instilados cada 8 horas. Comenzar al intubar precozmente. Sedación y relajación muscular

3.2.5 Mantenimiento de sedación adecuada

- Emplear Midazolam (ampollas de 10 mg/2 ml). La sedación puede ser con bolos de 1-2 mg I.V. repitiendo la dosis hasta el nivel deseado, también Diazepam a 10 mg en bolo, no se aconseja la infusión de Midazolam por la ocurrencia de delirio. La relajación se empleará en casos ventilados que mantengan asincronías con el ventilador que no respondan a esquemas de sedación según los protocolos.
- Alternativa el Propofol con la precaución de vigilancia hemodinámica, a nivel de sedación, bolo 1-1,5 mg x kg, iniciar mantenimiento 0,3 mg x kg x hora, se aumenta en 0,3 cada 10 min solo para mantener el nivel de sedación.
- Relajación muscular: Debe evitarse. De ser necesaria se usarán los relajantes musculares no despolarizantes, con preferencia el Atracurio o el Vecuronio y en menor medida el Pancuronio. Usarla el menor tiempo posible, nunca por un periodo mayor de 48 horas.
- **VECURONIO:** Bolo IV 4mg (0,07-0,10 mg/kg). Infusión 3-10 mg/h (0,02-0,05 mg/kg/h)
- **ATRACURIO:** bolo 20-30 mg (0,4-0,5 mg/kg). Infusión 20-25 mg/h (0,2-0,4 mg/kg/h)
- **PANCURONIO:** solo en bolos 4 mg (0,06-0,08 mg/kg)

3.2.6 Los pacientes que no estén intubados y sean tributarios de la medicina natural

Acupuntura: Dar estimulación media cada dos días en los puntos V13, VG14, P6, E36. Si Hemoptisis: V17, P1, Si tos: P9; Si sudoración fría: C6; Si palpitaciones: C7; Si anorexia: B4, Vc12; Si diarreas: E25; Si trastornos genitales: R3, B6.

Moxibustion: Aplicar una vez al día de siete a diez moxas del tamaño de un grano de arroz en los puntos V13, V43. Se cauterizan durante 7 días y después de descansar 7 se repite el k.o. varias veces. También se puede cauterizar en los puntos V13, PFM 15 (SaJwa) , V17, V19 de la misma forma explicada anteriormente.

Farmacopuntura: Inyectar el medicamento en los puntos mencionados diariamente a lo largo de 20 días y descansar 10, es decir un ciclo de k.o. de 20 días inyectables y 10 de descanso. También se pueden utilizar otros puntos como V16, P1, Ig11 y P6.

3.3 Convalecencia

En la etapa de convalecencia se recomienda el uso de productos naturales como Nutrisol, Moringa en sus diferentes presentaciones, Viprolol Vimang extracto acuoso concentrado, con el objetivo de contribuir a la recuperación del organismo.

3.3.1 Homeopatía

En el tratamiento se propone el empleo del complejo homeopático ABAS (Arsenicum album30CH, Bryoniaalba

30CH, Aconitum napellus30CH y Spongiatosta 30CH) para el tratamiento sintomático de los pacientes. Se recomienda su empleo a razón de 5 gotas sublinguales tres veces al día, pudiendo incrementarse la frecuencia en correspondencia con las características del cuadro clínico en cada caso individual.

3.3.2 Fitoterapia

Caña Santa extracto fluido, vía oral, 20 gotas en medio vaso de agua 2 veces al día.

Antivirales. Ajo Tintura 20%: V/O 20 gotas en $\frac{1}{2}$ vaso de agua 3/v día.

Contraindicaciones: No tomar niños, Embarazadas ni mujeres que estén lactando. Advertencias: Puede producir trastornos digestivos y/o renales.

Propóleos Tintura 10%: V/O de 3 a 15 gotas en $\frac{1}{2}$ vaso de agua se debe de ir aumentando gradualmente.

Manzanilla Tintura 20% V/O 20 gotas en un vaso de agua 3 veces al día.

Jengibre tintura 50% 10 a 20 gotas en un vaso de agua 3 veces por día.

3.3.3 Acupuntura

E36, IG4, IG11, P1, VC17, VG20, VG14, P5, P7

(Aplicar moxibustion directa incompleta en VG14, E36, IG4, IG11.

3.3.4 Otros tratamientos

Insertar agujas en los puntos TF17, E9, VC22, VG14, V12 y P5 y dejar aplicada durante 20 o 30 min. Estimular una vez cada 5 min. Por giro.

Puntos principales: Neiguan(Pc-6), Zusanli (E-36), Zhongwan (Ren-12), Tianshu (E-25), Qihai (Ren-6).

3.4 Otras Alternativas Naturistas

CORTAFUEGOS INTERNO CONTRA EL CORONAVIRUS Medicina Tradicional China (MTC)

Este método se basa en 2000 años de la efectiva (MTC). A través del sistema de acupuntura activamos diversos puntos que les dan un fuerte empuje a nuestras defensas y crean unos cortafuegos internos para nuestro sistema respiratorio.

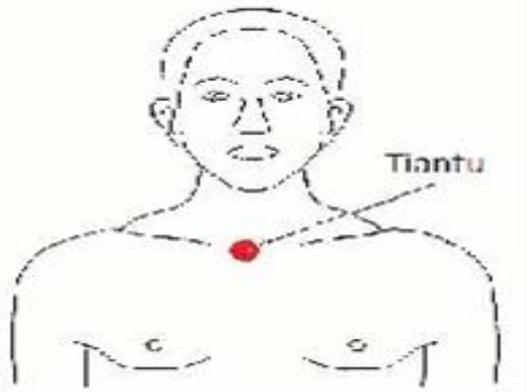
Si usamos este método todos los días nuestro cuerpo formará unos cortafuegos internos contra el virus. El método puede parecer muy simple y las sustancias fáciles de conseguir, pero esto no nos debe llevar a engaño. El método puede activar muy efectivamente nuestras defensas y fortalecer y proteger nuestro sistema respiratorio, especialmente los pulmones, que son los que el coronavirus más pone en peligro.

IMPORTANTE: La mejor protección es no entrar en contacto con el virus. Hay que protegerse contra él. No seamos ingenuos ni descuidados. Debemos evitar aglomeraciones y grupos, así como mantener la distancia con otras personas. Es importante que nos desinfectemos y nos lavemos las manos regularmente. No nos toquemos la cara

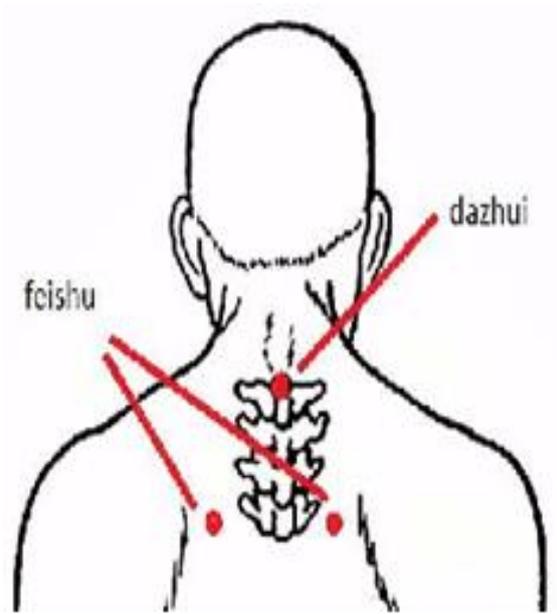
(nariz, ojos y boca). Debemos protegernos con máscaras y ventilar con frecuencia las habitaciones.

PRINCIPIO DEL MÉTODO: Estimular durante 8-10 horas al día puntos de acupuntura específicos, que actúan expresamente contra el virus, contra la fiebre y las enfermedades respiratorias, mejoramos nuestras defensas fortalecemos los pulmones y nuestra fuerza interna.

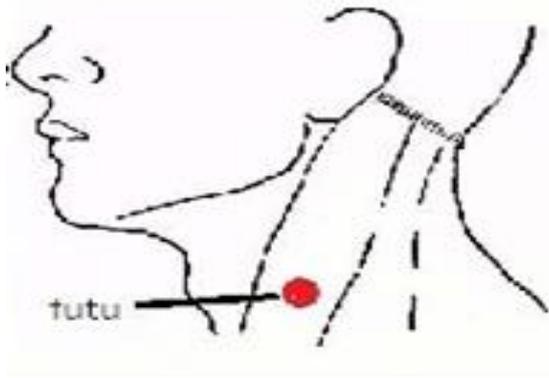
Puntos de acupuntura los parches con determinadas sustancias colocar parches de esparadrapo con bálsamo chino puede estimular el sistema inmunológico.



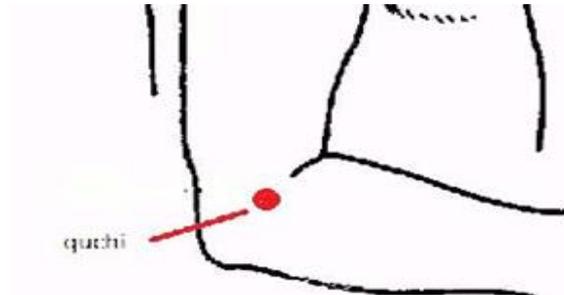
RenMai 22 (Vaso Concepción 22) TianTu天突



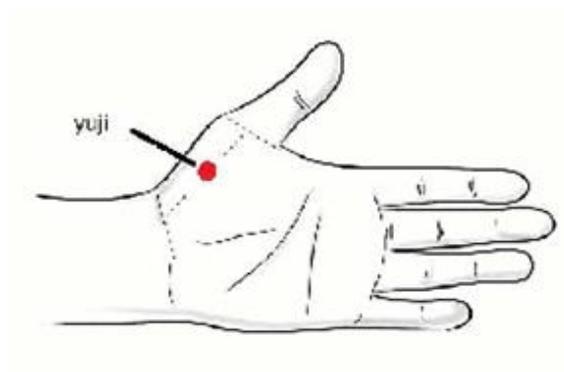
DuMai 14 (Vaso Gobernador 14, DaZhui大椎)



Intestino Grueso 18, FuTu扶突



Vejiga 13, FeiShu. Intestino Grueso 11, QuChi曲池



Pulmón 10, YuJi鱼际



Estómago 36, ZhuSanLi, 足三里

3.5 Digitopuntura

Sistema inmunitario. Mejora CONORAVIRUS COVID-19 la estimulación con digitopuntura en estos puntos con las técnicas apropiadas puede favorecer el sistema inmunológico.



LOCALIZACIÓN: A 6 cm de la línea central del cuerpo, 1cm por debajo de la clavícula

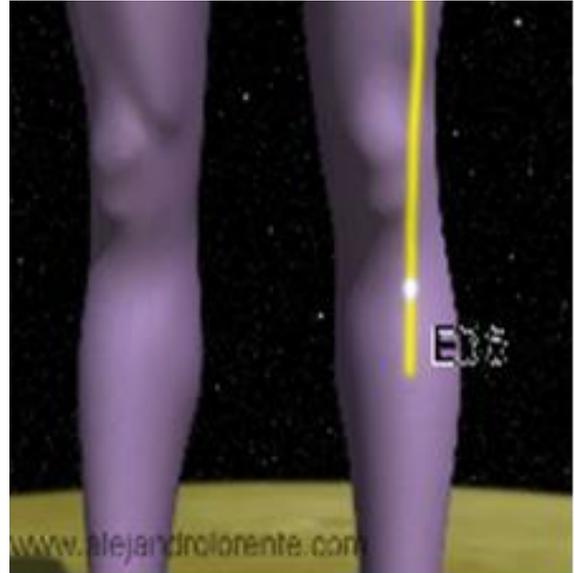


LOCALIZACIÓN: Colocando el dedo índice de una mano sobre el pulgar de la otra llegamos al punto exacto

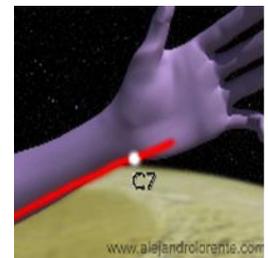


LOCALIZACIÓN: En una montañita situada entre el dedo gordo y el índice HORA ALGIDA 05-07

LOCALIZACIÓN: Interior del codo HORA ALGIDA 05-07



LOCALIZACIÓN: A 3 cm de la rodilla doblada HORA ALGIDA 07-09



LOCALIZACIÓN: A 3 cm del borde superior del maléolo interno, en el borde trasero de la tibia. HORA ALGIDA 09-11

LOCALIZACIÓN: En la cara interna de la muñeca, en el borde que lleva al dedo meñique. HORA ALGIDA 11-13

4 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

5 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

6 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. ENTREVISTA «La combinación de la medicina tradicional china y occidental en el tratamiento del coronavirus (Covid19) ha demostrado ser efectiva» Por @Femenino-Rural Publicado el Abr 1, 2020) – BEIJING, Feb. 18, 2020 (Xinhua) – A pharmacist weighs Chinese herbal medicines for patients infected with the novel coronavirus at Anhui Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine in Hefei, east China's Anhui Province, Feb. 18, 2020. (Xinhua/Bai Bin)
2. Covid19cubadata.uh.cu. [citado 8 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.cusobu.nat.cu/covid/#cuba>.
3. V: 2.1.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN NACIONAL PARA LA COVID -19 Manejo de los casos:
4. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 82/2020. Gaceta Oficial [Internet]. 2020 [citado 8 de junio 2020]; CXVIII (19): [aprox. 4p]. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2020-ex19_0.pdf.
5. Acciones educativas para atender la diversidad estudiantil en Estomatología en el contexto de la COVID-19 Taimí Santos-Velázquez, Sara Elena Panizo-Bruzón, Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica. Las Tunas. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta”. Las Tunas, Cuba. Correspondencia a: Taimí Santos-Velázquez, correo electrónico: taimisantos@ltu.sld.cu Recibido: 1 de junio de 2020 Aprobado: 9 de mayo de 2020 Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 45, número 4 ISSN 1029-3027 | RNPS 1824 julio-agosto 2020
6. la vuelta al mundo en 40 puntos Alejandro Lorente https://youtu.be_ad9_BZ9_m4
7. Manejo en urgencias del COVID-19 Versión de 27 de marzo de 2020. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Juan González del Castillo. Fernando Ayuso Baptista. Guillermina Bejarano Redondo. Francisco Javier Candel. Miguel Garvi García. Esther Gorjón Peramato. Agustín Julián Jiménez. Ferrán Llopis Roca. Cristina López Paredes. Alejandro Martín Quirós. Mar Ortega Romero. Belén Rodríguez Miranda. Martín Ruiz Grinspan. Raúl Sánchez Bermejo. Rodrigo Sanz Lorente. Beatriz Valle Borrego. Andrés von Wernitz Teleki. Juan González del Castillo. Ana Pernía Sánchez. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Francisco Epelde Gonzalo. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Juan Martínez Hernández. Consejo General de Enfermería (CGE). Coordinación. Guadalupe Fontán Vinagre.
8. World Health Organizaiton. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
9. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/>

Recibido: 16 de febrero de 2020

Aceptado: 5 de septiembre de 2020



Complementariedad terapéutica en el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos

Therapeutic complementarity in major depressive disorder with psychotic symptoms

Xavier Fabricio Reyes Trelles^{1*}, Cristhian Javier Rivera Tapia², Braulio Andrés Elizalde Martínez³, Álvaro Fabián Auquilla Guzmán², Yolanda María Malavé Pérez²

¹ Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ecuador

² Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

³ Fundación de Desarrollo Social de El Oro – FUDESO, Ecuador

*fabricioreyestrelles@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.627

Resumen

Contexto: La población clínica con depresión mayor y síntomas psicóticos representa un desafío para la atención tanto psicológica como psiquiátrica, su complejidad inherente resalta la necesidad de diseño de protocolos de tratamiento complementarios, la efectividad en estos tipos de tratamiento implica no solo la coordinación de objetivos y tiempos de intervención, sino también el manejo de un lenguaje común de tratamiento y la cooperación interdisciplinaria. **Objetivo:** la investigación representa una revisión descriptiva alrededor de los procesos de abordaje psicoterapéutico y farmacológico, para lograr una comprensión abarcativa de los recursos terapéuticos efectivos actuales, además de, establecer una propuesta de tratamiento con base en los datos recabados. **Procedimiento:** se realizó una búsqueda y revisión de la literatura científica actualizada a la última década, por medio de las bases de datos *Scopus* y *ResearchGate*, seleccionando investigaciones empíricas, estudios de caso clínico y revisiones sistemáticas. **Resultados:** en tanto al abordaje psicoterapéutico el modelo cognitivo-conductual figura como el principal recurso de intervenciones fundamentadas en evidencia, también, se consideran necesarias intervenciones de corte psicosocial y de rehabilitación de funciones cognitivas. A partir de los mismos se estructuró una planificación psicoterapéutica específica al trastorno. La propuesta desde la farmacología conlleva el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antipsicóticos de segunda generación. **Conclusiones:** La complementariedad terapéutica ideal implica una conjunción coordinada de las intervenciones, así como un abordaje personalizado que se ajusta a los ritmos de evolución de cada caso en particular.

Palabras clave: depresión mayor, sintomatología psicótica, psicoterapia, farmacoterapia, planificación terapéutica.

Abstract

The clinical population diagnosed with major depression and psychotic symptoms represents a challenge for both psychological and psychiatric care; its inherent complexity highlights the need to design treatment protocols using a complementary approach. The effectiveness of these types of treatment implies not only the coordination of objectives and intervention times, but also the management of a common language of treatment as well as interdisciplinary cooperation. Objective: for the research a descriptive review was carried around psychotherapeutic and pharmacological approaches within this disorder, aiming to achieve a comprehensive understanding of the current effective therapeutic resources, as well as to establish a treatment proposal based on the data collected. Procedure: a search and review of the scientific literature updated to the last decade was carried out through the Scopus and ResearchGate databases, selecting empirical research, clinical case studies and other systematic reviews of the literature. Results: the cognitive-behavioral model is the main resource for evidence-based interventions. However, psychosocial interventions and rehabilitation of cognitive functions are also considered necessary. From the results, a psychotherapeutic planning chart specific to the disorder was structured. The pharmacotherapy proposal involves the use of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and second-generation antipsychotics. Conclusions: The ideal therapeutic complementarity implies a coordinated conjunction of the interventions, as well as a personalized approach that adjusts to the rhythm of evolution in each particular case.

Keywords: major depression, psychotic symptoms, psychotherapy, pharmacotherapy, therapeutic planning.

1 Introducción

Los trastornos depresivos afectan a un 5% de la población general y a un 2,6% de la población infanto-juvenil en el mundo.¹ según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la undécima causa de discapacidad mundial.² El trastorno depresivo mayor (TDM) es una patología ampliamente extendida con una prevalencia a lo largo de la vida del 15% de quienes la padecen. Se asocia con costos significativos en la calidad de vida, pérdida de productividad laboral y riesgo de mortalidad. Alrededor de dos tercios de los pacientes no logran una remisión completa, la cual es crucial para restablecer el funcionamiento y prevenir recaídas.³

De acuerdo al DSM-5,⁴ el TDM está caracterizado por un conjunto de síntomas de los que destacan: estado de ánimo deprimido y/o pérdida de placer durante un periodo de por lo menos 15 días, causantes de un deterioro significativo. Además, toma en cuenta especificadores que hacen referencia a características asociadas al trastorno, como los síntomas psicóticos cuando existe la presencia de delirios y/o alucinaciones que, dependiendo de su contenido, pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.⁴ Como propone el Ministerio de Salud Pública del Ecuador⁵ se denomina como TDM con características psicóticas, cuando en un caso se cumplen los criterios del trastorno depresivo grave más cualquiera de los siguientes síntomas: 1) ideas delirantes o alucinaciones diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia y 2) estupor depresivo.⁵

La población clínica con depresión y psicosis comórbida, representa un desafío para la atención clínica pues se asocia a múltiples problemas, incluyendo el suicidio y el deterioro funcional severo. Por consiguiente, es importante evaluar cuidadosamente las necesidades de cada paciente y adaptar la intervención a los problemas clínicos específicos que se presenten. También es importante que se intervenga en un ritmo adecuado, de modo que no se abruma al paciente y se actúe cuando sea más beneficioso. Los tratamientos con medicamentos que los pacientes reciben para la depresión y la psicosis suelen reducir los síntomas, pero también pueden producir efectos adversos que repercuten negativamente en el funcionamiento.⁶

Para el diseño de un plan de tratamiento efectivo se debe partir de criterios fundamentales, sobre los cuales el tratamiento debe ser: basado en evidencia, reforzado por valoraciones psicométricas, complementario y personalizado.³ Es bajo estos criterios que se propone desarrollar el presente documento. Finalmente, se debe hacer hincapié en que no existe evidencia para un modelo psicoterapéutico específico en este subtipo de depresión.²

Aunando todo lo anterior el objetivo de la revisión es lograr una comprensión abarcativa de los recursos terapéuticos efectivos actuales. Posterior a la revisión descriptiva de las diferentes líneas de intervención desde los enfoques preestablecidos, esclareciendo sus pautas principales y evidenciado su efectividad, se pretende esbozar un plan de intervención psicoterapéutico actualizado y contextualizado

que contemple integralmente el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. La elaboración del mismo toma especial énfasis al evidenciar limitaciones en la literatura cuando la depresión se acompaña de síntomas psicóticos, más aun, al tratar de encontrar referencias contextualizadas a nuestro entorno, teniendo en cuenta que las guías locales están enfocadas en aspectos generales.

2 Metodología

Se efectuó una revisión de los artículos encontrados en las bases de datos Scopus y ResearchGate, sobre la temática de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas en el tratamiento de la depresión con síntomas psicóticos. Para la búsqueda en Scopus se utilizó las siguientes palabras claves: “mayor depresion”, “psychotic feats” y “complementary treatment”; mientras que en ResearchGate se utilizaron las palabras “depresión mayor”, “psicosis” y “tratamiento”.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Investigaciones empíricas
- Revisiones de la literatura
- Estudios de caso clínicos
- Muestra de población adulta
- Artículos publicados entre 2010 - 2020
- Investigaciones pertenecientes al área de estudio de la psicología clínica y farmacología

Por otra parte, los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Tesis o investigaciones de pregrado
- Investigaciones diferentes al idioma inglés y español
- Entrevistas a profesionales

En Scopus se encontraron 15 resultados tras la búsqueda con las palabras claves y mediante los criterios de filtro: artículos entre 2010-2020, artículos de acceso abierto, área de estudio de psicología y farmacología. Por otra parte, Research Gate no muestra el número de registros encontrados en los resultados de búsqueda, por tanto, se procedió a realizar una elección manual en donde se descartaron aquellos artículos que no cumplían con los criterios de inclusión. La búsqueda fue complementada mediante la modalidad bola de nieve, con la finalidad de localizar estudios relevantes no encontrados en primera instancia.

Finalmente, se tomó en consideración un total de 39 artículos, entre los cuales 19 fueron aceptados después de una lectura del título, resumen y muestra en el caso de los estudios clínicos e investigaciones empíricas. De este modo, 8 artículos fueron seleccionados de Scopus, 5 de Research Gate y 6 mediante la modalidad de Bola de nieve.

3 Resultados

3.1 Psicoterapia

La terapia basada en evidencia acepta modelos tales como: la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia centrada en la familia y la terapia de ritmos interpersonales y sociales. La TCC se basa en la premisa de que los trastornos del estado de ánimo son consecuencia de

un pensamiento inadaptado y disfuncional, centrándose en que las cogniciones problemáticas pueden modificarse. La terapia centrada en la familia se basa en la premisa de que la crítica y la hostilidad de los cuidadores contribuyen y aumentan el riesgo de recaída, que puede modificarse cambiando la comunicación entre los miembros de la familia y aumentando las aptitudes para resolver problemas. La terapia de ritmos interpersonales y sociales atribuye los episodios de humor asociados como una perturbación de los ritmos circadianos, que pueden modificarse regulando las rutinas diarias y los ritmos de sueño y vigilia.⁷

3.1.1 Terapia cognitivo conductual

La TCC se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados, específicamente respecto a la triada cognitiva planteada por Beck, y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un rol de educador, buscando la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativos y reevaluarlos. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones, mediante tareas y ensayos de nuevas conductas.⁸

En estudios de tipo meta-analítico, entendiendo la TCC como una terapia basada en la evidencia, su eficacia se reporta similar al uso de medicación antidepressiva.⁹ Veleza et al.¹⁰ demostraron que la TCC es eficaz para la depresión en adultos y que puede aplicarse cuando existe resistencia al tratamiento psicofarmacológico, así mismo el tratamiento complementario mejora significativamente la eficacia del tratamiento.¹⁰

Puerta y Padilla¹¹ refieren que la TCC, se presenta como la estrategia de tipo no farmacológico por excelencia en el tratamiento de la depresión, definiendo como objetivos en este diagnóstico: disminuir pensamiento disfuncional, incrementar el autocontrol, la capacidad de resolución de problemas y habilidades sociales.¹¹ Acevedo y Gélvez¹² ejemplifican un proceso efectivo de intervención cognitivo-conductual de 14 sesiones, utilizando como técnicas la reatribución y conceptualización alternativa, así mismo, fortalecieron el plan de intervención con mediciones pre y post tratamiento.¹²

Mira et al.¹³ proponen el desarrollo de un protocolo basado en la psicología positiva integrada con TCC para el tratamiento de síntomas depresivos.¹³ Este protocolo se demuestra viable, con mejoría significativa frente a los síntomas depresivos y ansiosos, aumento del afecto positivo, la orientación al disfrute y aceptación del tratamiento.

Rodríguez y González¹⁴ tras un estudio de caso, refieren que la TCC en conjunto con la terapia centrada en soluciones resulta eficaz en el tratamiento terapéutico del TDM, aplicando técnicas como la relajación muscular, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. Los resultados tras la intervención mostraron mejoría importante en los niveles de depresión, así como en el grado de alteración de los pensamientos

asociados al trastorno, aumento de asertividad y niveles de autoestima.¹⁴

Respecto a intervenciones sobre la depresión con diversos tipos de sintomatología asociada, se reporta que las intervenciones psicológicas y farmacológicas tienen una eficacia similar, destacando que el tratamiento combinado podría duplicar el beneficio en comparación con intervenciones individuales. Añadir la TCC al tratamiento psicofarmacológico habitual en pacientes con depresión resistente mejoró significativamente la gravedad de los síntomas, también se recomienda utilizarla como reforzador de adherencia al tratamiento.⁷

En otras presentaciones clínicas, como la psicosis temprana con síntomas depresivos, no se encontró que la TCC fuera más efectiva que los tratamientos convencionales, en la reducción del cuadro depresivo durante la fase activa del primer brote. Sin embargo, la TCC parece mejorar tanto la sintomatología como el funcionamiento en los pacientes durante las fases de síntomas negativos.¹⁵

En contraste, otra revisión meta-analítica sobre sintomatología psicótica encontró que la TCC demostró ser eficaz para reducir la gravedad de los síntomas, sin embargo, en seis estudios no se encontraron diferencias significativas con otros tratamientos. Su capacidad en contra de la recaída se registró como pobremente eficaz en un conjunto de 21 estudios revisados.¹⁶

Del mismo modo, Pérez¹⁷ realiza una revisión sistemática en la cual afirma que aún cuando las intervenciones psicológicas se utilizan ampliamente y se recomiendan, a menudo tras el fracaso de la medicación en el TDM, falta de evidencia científica sobre su efectividad, lo que pone en relieve la urgente necesidad de realizar estudios con un diseño robusto y controlado sobre esta temática.¹⁷

3.1.2 Intervenciones psicosociales

Las intervenciones de tipo psicosocial, resultan complementarias pues se centran menos en la reducción de los síntomas y más en volver a participar en actividades que mejoren el funcionamiento. Se ha demostrado que reducen las futuras recaídas en depresión y psicosis, manteniendo aceptación y credibilidad desde los pacientes. Estas intervenciones pueden ser utilizadas para apoyar la recuperación a largo plazo en esta población.⁶

Desde un caso clínico de TDM,¹⁸ una intervención de activación conductual con técnicas como la relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales, reportó mejorías significativas de relaciones familiares e interpersonales, además de un manejo efectivo de emociones y la disminución de los sentimientos de tristeza.¹⁸ En consecuencia, se concluye que la aplicación tuvo impacto positivo para el tratamiento de depresión y que las técnicas fueron las adecuadas para poder responder a las demandas presentadas.

Romero, Poves, y Vucinovich,¹⁹ reportaron que la activación conductual resulta efectiva para el tratamiento de un trastorno psicótico no especificado con sintomatología de-

presiva, el estudio se centró en: regulación de higiene del sueño e incremento en la calidad de relaciones sociales, además se destaca la importancia del aprendizaje de habilidades de autocuidado.¹⁹ Se concluye que la intervención ha sido eficaz para disminuir la sintomatología depresiva y psicótica, considerando que los mismos procesos psicológicos se expresan como factores de mantenimiento.

3.1.3 Otras intervenciones psicológicas

Se debe considerar que se han encontrado varios mecanismos neurobiológicos que pueden contribuir a la disfunción cognitiva en TDM, incluyendo la sobre-activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, desequilibrios en las vías de la supervivencia y muerte celular. La disfunción cognitiva en el TDM abarca varios dominios, como las funciones ejecutivas, memoria verbal y atención. Además de ser una manifestación frecuente, puede persistir durante la fase de remisión, por esto, se debe disponer de un protocolo de contingencia en rehabilitación cognitiva para cuando estos síntomas se manifiesten.²⁰

Carrasco²¹ por su parte, plantea la posibilidad de integrar técnicas y principios de diversos enfoques psicológicos, psicodinámicos y humanistas, con el objetivo de poder utilizar cualquier técnica de otro modelo, partiendo de la condición de que existan puntos comunes sobre la patología y su tratamiento.²¹

3.2 Farmacoterapia

La fisiopatología de la depresión es compleja y, en parte, todavía enigmática. En su desarrollo contribuyen múltiples factores biológicos, genéticos, de estructura y función cerebral, mecanismos inflamatorios y endocrinológicos.¹ Por esto es importante que cualquier abordaje incluya los principios establecidos por las ciencias biológicas, específicamente los tratamientos farmacológicos.

González et al.,² realizan una actualización de los trastornos depresivos sobre factores etiopatogénicos, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial, pronóstico, complicaciones y comorbilidad.² Respecto al subtipo de TDM con síntomas psicóticos establecen el uso de antidepresivos y antipsicóticos entre 12 a 24 meses; en caso de resistencia, alto riesgo o agitación severa, el tratamiento de primera línea es la terapia electroconvulsiva. El uso de antidepresivos sumado con antipsicóticos de segunda generación, se ha evidenciado como un tratamiento efectivo, con adecuada adherencia al tratamiento y mantenimiento de sus efectos, significativamente superior a la monoterapia con antidepresivos.²²

El desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos, incluye opioides, psicodélicos, ketamina e inclusive cannabinoides, además de los constantes intentos por perfeccionar las opciones ya disponibles. Sin embargo, ante las condiciones propias de cada contexto, se vuelve perentorio optimizar el uso de las opciones farmacológicas que están disponibles en el contexto del paciente. Existen varios medicamentos psicotrpicos disponibles, pero lograr una respuesta terapéutica óptima resulta un verdadero desafío. El TDM y los síntomas psicóticos representan fenómenos heterogéneos y las respuestas a los medicamentos varían entre pacientes.³

3.3 Planificación de la intervención psicológica

Con base en lo expuesto, resulta necesario estructurar una guía para las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas en TDM con síntomas psicóticos. Las técnicas se aplican en función de las problemáticas relevantes expresadas por cada caso particular. Y pueden estructurarse en función de las necesidades y avance del caso, las técnicas se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1: Planificación psicoterapéutica del trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos

Técnicas	Ef*	Problemas relevantes	Objetivo de la técnica	Descripción
Psicoeducación	CG	Adherencia al tratamiento Ausencia de conciencia de enfermedad y necesidad de tratamiento	Explicar la fundamentación de la TCC Generar adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico Fomentar la motivación al cambio	Mediante un abordaje directivo explicar la naturaleza de la enfermedad, formas de intervención y condiciones del tratamiento
Reestructuración cognitiva	CG	Estado de ánimo deprimido Sentimientos de inutilidad/culpa inapropiada Ideación suicida Triada cognitiva alterada	Adquirir formas más adaptativas o flexibles en su estructura cognitiva eliminando aquellos pensamientos automáticos desadaptativos que están en la base del espectro depresivo	Aprendizaje y clasificación de las distorsiones cognitivas Registro del pensamiento Cuestionamiento/evaluación de las distorsiones Flecha descendente Cuestionamiento socrático Análisis y evaluación empírica Aprendizaje de formas alternativas de pensamiento
Entrenamiento en resolución de problemas	CG CC	Manejo inefectivo de estresores recientes y situaciones ligadas al mantenimiento	Estructurar nuevas formas de actuación efectivas y adaptativas frente a diversas situaciones vitales presentes y que pueden surgir a futuro	Recolección de información Definición del problema Generación de alternativas Toma de decisiones Verificación de resultados

Tabla 1: Planificación psicoterapéutica del trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos... (continuación)

Técnicas	EF*	Problemas relevantes	Objetivo de la técnica	Descripción
Psicoeducación	CG CC	Alteración del sueño Agitación psicomotora	Reducir la activación fisiológica elevada por medio de técnicas de respiración y relajación. Centrar al paciente en la realidad para desligarlo de su condición para que consiga conciliar de forma adecuada el sueño.	Respiración al cuadrado Variante de la relajación progresiva de Jacobson
Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad, manejo social, empatía	CG CC	Funcionamiento social perturbado	Mejorar destrezas sociales deficientes o conflictivas favoreciendo la asertividad, la convivencia y aumentar la cantidad de apoyo	Role-playing para ensayar situaciones sociales difíciles para el paciente para ser extrapoladas a situaciones reales
Entrenamiento en técnicas de autocontrol	CG CC	Pensamientos catastróficos e ideación suicida	Reducir la tendencia a responder impulsivamente para pensar la situación encontrando una solución razonable	Técnica de reatribución Conceptualización alternativa
Manejo de contingencias Establecimiento de hábitos saludables e higiene del sueño	CC	Fluctuaciones del peso Alteraciones en el patrón del sueño	Fomentar la aparición de conductas adaptativas por medio del establecimiento de reforzadores	Análisis funcional de la conducta: Identificar los antecedentes y consecuentes de las conductas empleadas por el paciente Aprender formas alternativas de actuación Establecer reforzadores Ejecutar alternativas
Activación conductual/ Programa de actividades agradables	CC	Anhedonia Actividad reducida Incumplimiento de sus actividades diarias	Establecer actividades o estrategias simples que le mantengan activo durante el día Incrementar la frecuencia de actividades sociales placenteras Reinsertar al paciente en sus actividades cotidianas y laborales	Consiste en monitorear las actividades evaluándolas en función del placer y dominio para asignar actividades inter sesión. Además, reinsertarle en sus tareas diarias en las diversas áreas de funcionamiento del paciente
Psicoeducación en prevención en recaídas	CG CC	Abandono del tratamiento farmacológico	Darle la completa responsabilidad del proceso y fortalecer el compromiso con la adherencia farmacológica	Establecimiento de las pautas a seguir extra terapéuticamente, atribución del locus de control y cierre del proceso

Fuente: Elaboración propia

Nota: *EF=Enfoque; CG= Cognitiva; CC= Conductual

4 Conclusiones y consideraciones al tratamiento

El plan terapéutico presentado previamente representa un conjunto de técnicas diversas fundamentadas en la TCC, que se proponen ser aplicadas de acuerdo a las necesidades específicas que cada caso amerite. Es fundamental que cualquier intervención psicológica se desarrolle en sintonía con la evolución del tratamiento farmacológico dentro de un marco de colaboración con el equipo multidisciplinario.

El tratamiento farmacológico, a rasgos generales contempla la administración conjunta, en periodos de entre 12 a 24 meses en una fase inicial de antidepresivos y antipsicóticos. La dosificación de estos últimos disminuye conforme ceden las alucinaciones y delirios. La prescripción farmacológica ideal implicaría el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la Fluoxetina y antipsicóticos de segunda generación como la Quetiapina, pues tienen aplicaciones y principios antidepresivos. Sin embargo, la farmacopea local y las condiciones de uso están sujetos a la disponibilidad.

De acuerdo con la literatura, cuando desaparece la sintomatología psicótica es el momento adecuado para iniciar un tratamiento psicoterapéutico con objetivos concretos fundamentados en las capacidades que presenta el paciente. Durante la fase previa, la intervención psicológica está centrada en el acompañamiento del paciente y su familia,

del mismo modo, se enfoca en evaluar la evolución de los síntomas en un proceso de comunicación activa con el psiquiatra.

En conclusión, un abordaje eficaz del TDM con síntomas psicóticos implica un tratamiento combinado. La TCC es la principal forma de intervención fundamentada en la evidencia que se demuestra eficaz por la literatura académica disponible. El tratamiento farmacológico se fundamenta en el uso de antidepresivos ISRS y antipsicóticos de segunda generación, regulando los niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina.

5 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

6 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

7 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Álvarez, M., Pereira, V., & Ortuño, F. Tratamiento de la depresión. *Medicine*. 2017;12(4), 2731-2742.
2. González, X., Martín, M., Sánchez, M. & Mirapeix, I. Trastornos del humor: trastornos depresivos. *Medicine*. 2015;11(85), 64-74.
3. Ceskova, E., & Silhan, P. Novel treatment options in depression and psychosis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 741-747.
4. American Psychological Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Bogotá: Medica Panamericana; 2014.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2017.
6. Gaudiano, B., Busch, M., Wenzel, S., Nowlan K., Epstein, G., & Miller, I. Acceptance-based Behavior Therapy for Depression With Psychosis: Results From a Pilot Feasibility Randomized Controlled Trial. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015; (21), 320-332.
7. O'Brien, O., Lee, D., Swann, A., Mathew, S., & Lijffijt, M. Psychotherapy for Mixed Depression and Mixed Mania. *Psychiatric Clinics of North America*. 2020; (43), 199-211.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Galicia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.
9. Sanz, J., & García, M. Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*. 2017;38(3).
10. Veleza, G., Lopes, M., Silva, R., Jansen, K., Neufeld, C., & Souza, L. Effect of cognitive-behavioral therapy after treatment for adults with major depression. *Psicología: Teoría e Práctica*. 2019;21(3), 345-365
11. Puerta, J., & Padilla, D. Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Magdalena*. 2011; (2), 251-257.
12. Acevedo, M., & Gélvez, L. Estrategias de intervención cognitivo conductual en un caso de depresión persistente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2018;55(1), 156-158.
13. Mira, A., Enrique, A., Díaz, A., Rachyla, I., González, A., Brentón, J., & Botella, C. Viabilidad de una intervención psicológica clínica positiva para síntomas depresivos: Una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2018;27(3), 381-392.
14. Rodríguez, D., & González, M. Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2020;22(1), 147-179.
15. Sönmez, N., Romm, K., Østefjells, T., Grande, M., Hunnicke L., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I., & Røssberg, J. Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*. 2019.
16. Jauhar, S., McKenna, P., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; (204), 20-29.
17. Pérez, A. La depresión resistente al tratamiento farmacológico y/o psicológico en adultos: una revisión sistemática. Universidad de la Laguna; 2013.
18. Salinas, J. El tratamiento de la depresión con un enfoque de activación conductual: Un caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2010;13(3), 105-126.
19. Romero, R., Poves, S., & Vucinovich, N. Efectos de la activación conductual sobre la sintomatología depresiva, la sintomatología psicótica y el nivel de discapacidad percibida: a propósito de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2015;143(45), 59-73
20. Bortolato, B., Miskowiak, K., Köhler, C., Maes, M., Fernandes, B., Berk, M., & Carvalho, A. Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? *BMC Medicine*, 2016;14(9).
21. Carrasco, A. Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*. 2017;51(2), 181-189.
22. Kim, D., Rascati, K., Richards, K., Ford, K., Wilson, J., & Beretvas, S. Medication Adherence and Persistence in Patients with Severe Major Depressive Disorder with Psychotic Features: Antidepressant and Second-Generation Antipsychotic Therapy Versus Antidepressant Monotherapy. *Journal of managed care & specialty pharmacy*. 2016;22.

Recibido: 10 de mayo de 2020

Aceptado: 5 de octubre de 2020



Postulados filosóficos católicos, repercusiones en el cuidado humano: revisión sistemática

Catholic philosophical postulates, implications on human care: a systematic review

Katerine Bustamante¹, Lorena Ñamagua^{1*}, Tatiana Loja¹, Liliana Tapia¹, Deysi Ortiz¹, Zoila Castro¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*blinamagua12@est.ucacue.edu.ec

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.694

Resumen

Resumen: La religión /filosofía católica influye en el cuidado humano, la enfermería como disciplina innata para este propósito, estipula una correspondencia con la religión, de cómo esta impulsa la salud y el bienestar en las personas. Considerando las creencias cristianas, nos ayuda a entender su situación, y otorgar e inducir un cuidado más sensible, de amor y confianza hacia el prójimo, teniendo empatía enfermo o necesitado. **Objetivo:** Conocer como los principios de la filosofía católica pueden influir en el cuidado humano, desde su atención hasta la recuperación de las personas. **Método:** Se realizó una búsqueda principalmente en las bases de datos Scielo, Dialnet y SCOPUS, sobre la importancia de la filosofía católica en el cuidado humano. Los estudios otorgados por las fuentes, mediante el análisis del título, resumen y texto completo, se acontecieron finalmente los estudios potenciales para la revisión en función de criterios de inclusión y exclusión, tras un proceso de tamizado. **Resultados:** La recolección de los estudios acogió 105 referencias, tras un proceso de cribado se excluyeron 92 estudio irrelevantes, concluyendo con la elección de 13 estudios para el análisis cuantitativo que cumplieron con los criterios de inclusión y objetivo de estudio. **Conclusión:** La filosofía católica en el cuidado humano, precisa la importancia para la dignidad humana, por la sugestiva prevalencia en la salud de las personas. Señala que el cristianismo, es una actividad que emana, la calidez, solidaridad y sensibilidad humana respetando las creencias y valores, encaminados en comprender todas las dimensiones del ser humano, promoviendo la conciencia y desarrollo de actitudes y actividades en virtud del propio cuidado en preservar la salud mediante la vida digna, además el amor al prójimo, ante la enfermedad o necesidad de las personas, en brindarle un cuidado de calidad.

Palabras clave: Filosofía católica, cuidado humano, enfermería, cristianismo, personas enfermas.

Abstract

Abstract: Catholic religion /philosophy influences human care, nursing as an innate discipline for this purpose, stipulates a correspondence with religion, of how it promotes health and well-being in people. Considering Christian beliefs, it helps us understand their situation, grant and induce a more sensitive care, of love and trust towards others, having empathy sick or needy. **Objective:** Know how the principles of Catholic philosophy can influence human care, from their care to the recovery of people. **Method:** A search was carried out mainly in the Scielo, Dialnet and SCOPUS databases, on the importance of Catholic philosophy in human care. The studies granted by the sources, through the analysis of the title, abstract and full text, were finally followed by potential studies for the review based on the inclusion and exclusion criteria, after a screening process. **Results:** The collection of studies received 105 references, after a screening process, 92 irrelevant studies were excluded, concluding with the choice of 13 studies for the quantitative analysis that met the inclusion criteria and study objective. **Conclusion:** Catholic philosophy in human care specifies the importance for human dignity, due to the suggestive prevalence in people's health. He points out that Christianity, is an activity that emanates, the warmth, solidarity and human sensitivity respecting beliefs and values, aimed at understanding all the dimensions of the human being, promoting awareness and development of attitudes and activities under personal care in preserving health through a dignified life, in addition to love of neighbor, in the face of illness or folly of people, in providing quality care.

Keywords: Catholic philosophy, human care, nursing, Christianity, sick people.

1 Introducción

Basado en el enfoque de una revisión sistemática, esta investigación pretende analizar la importancia que ha venido teniendo, los principios de la filosofía católica respecto al cuidado humano, su influencia, sobre todo el papel que tienen profesiones que se han dedicado a esta tarea como es la enfermería.^{1,2} Por historia ha sido esta profesión dedicada y responsable de velar por el cuidado y bienestar de la humanidad, además de ser un aspecto de la conciencia humana para su auto cuidado. Los motivos se deben a que las personas en su conjunto social son dependientes de cuidados para mejorar y mantener su salud. En ello la calidad de una asistencia tiene un rol imprescindible, para fomentar el cuidado y bienestar de las personas, como también expedir la educación en la salud. Por lo cual son aspectos que deben ser ejecutados como un derecho prevalente, sin discriminación y enfocados a tal propósito que contemplan, apegado a la compasión, comprensibilidad y empatía, de la parte humana que encarnen los principios del cristianismo – o filosofía católica, como ente creador del cuidado.^{3,4}

La filosofía de la enfermería, y más aun la que sustenta el nombre de filosofía cristiana. No son cuestiones habituales en la mayor parte de los contenidos anunciados, por revistas relativas a la ciencia de la enfermería.⁵⁻⁷ Sin embargo tratar de entender, el posible vínculo que existe entre los cuidados de la enfermería y la filosofía católica resultan importantes, la posibilidad de ésta asociación confiere el establecimiento y el intento por averiguar de qué manera se podría fomentar el cuidado humano. En lo cual este artículo está dedicado a los siguientes apartados: cuidado humano, la filosofía cristiana y la conveniencia de su vinculación.⁸

Desde luego el cuidado humano apreciado desde dicho punto de vista, abarca principios éticos, morales y religiosos. En ello la filosofía de la enfermería reside en procurar el cuidado humano, como razón de la praxis profesional, en lo cual no se limita solo a concepciones teóricas, conocimientos y prácticas, que sí bien enriquecen a la disciplina por medio del cuidado, sino ir más allá de este hecho, en otras palabras no solo ser imperante al apartado técnico sino también humano en el contexto de la vida misma.^{9,10} En ello la importancia de contemplar principios de la filosofía católica, enmarcan un cuidado mucho más versátil, factible y gratificante sobre todo de calidad. En lo cual el encargado de cuidar, el bienestar humano, comprende y aprende de sí mismo y del paciente en el contexto sobre el cual se sitúa, que lo llevan a conocer mucho mejor a los individuos como pacientes que requieren de atención, de tal manera que pueden ofrecer adecuadas intervenciones para tal cometido, con calidad, hospitalidad y amabilidad en provecho de mejorar la salud y el cuidado, tanto en forma física, psíquica como social.¹¹⁻¹³ Siendo considerados como elementos que deben estar en armonía, para lograr el bienestar general en las personas.

Por todo lo enunciado, es pertinente decir que el cuidado se ha convertido en una actividad de satisfacción únicamen-

te ante la necesidad de enfermedad de los pacientes, pero este hecho cada vez se aísla más, debido que las interacciones, sean vuelto en atenciones poco acogedoras y solitarias de entendimiento, empatía, sensibilidad y disposición para escuchar.¹⁴⁻¹⁶ Esto ha alterado la verdadera esencia y razón de la praxis de enfermería obviando su efecto.

Esto es producto, de que a medida que la tecnología ha progresado, esto ha incurrido en carencias en los sistemas y servicios de salud, debido al aumento en la demanda.^{28,39} El exceso de la actividad administrativa y las políticas de las entidades, han aportado al abandono del cuidado de calidad, apuntando y promoviéndose hacia una atención más tecnológica, fragmentada y despersonalizada.

Bajo este aspecto, el estudio impartirá nuevos conocimientos a partir de la metodología aplicada y desde los propios sujetos de estudio que permitirán acrecentar la firmeza de la indagación así como también hacer alusión a los aportes significativos para mejorar el cuidado impartido a las personas desde la óptica de los principios católicos.

Debido a la conformidad del cristianismo se introdujo el cuidado en las personas hacia los enfermeros, con lo cual se acogieron valores en base a una nueva filosofía de la vida, en la cual se concibe el amor al prójimo y la salvación del alma, dejando de lado las riquezas.^{17,18} Dicha perspectiva se encamina a los primordiales destinatarios de los cuidados como son los enfermos y necesitados. Siendo esta filosofía la que inflige en muchas personas y de ahí su importancia, a dedicarse con gran generosidad e imprecisos de conocimientos al cuidado de personas enfermas en condiciones de pobreza, puesto que fueron admitidos como desperdicios sociales que sucumbían solitarios y sin ayuda correspondiente.^{19,20} Por lo que, tener este aspecto en cuenta dentro de la enfermería acervara la proliferación de la humanidad en formación de la disciplina.

1.1 Objetivo

El presente estudio tiene como fin, conocer como los principios de la filosofía católica pueden influir en el cuidado humano, desde su atención hasta la recuperación de las personas.

2 Métodos

Esta investigación para su estudio se ciñe en una observación cualitativa y de análisis, haciendo uso de revisiones bibliográficas. En la recepción de los fundamentos teóricos se basaron en aquellas que susciten los postulados de la filosofía católica en el cuidado humano, haciendo hincapié en las personas enfermas y las prestaciones de atención que debe ofrecer un profesional de enfermería, bajo los aspectos éticos, filosóficos, morales y humanos del cuidado de la salud, como también de la relación de los cuidados humanos con el cristianismo, todos estos fundamentos son utilizados como estrategia de inclusión de la información para limitar el estudio con datos de utilidad.

2.1 Fuentes de información

Para poder ser ocupada en esta revisión sistema, se precisa, el análisis y la simplificación de 13 estudios de varias fuentes de información, sobre temas que traten de los principios de la filosofía católica en el cuidado humano. Sobre esto se buscó principalmente información de los últimos 5 años (2016 a 2020) basándonos en todo tipo de documentación científica como; artículos, tesis, revistas y libros, cuya documentación reposa en las bases de datos, repositorios y sitios web de ciencia médica, como fuentes de información, por lo que tienen gran prestación que se apresta para concretar la búsqueda de la información a temas, campo de estudio, año de publicación y autores específicos, siendo relevante para la investigación estas medidas. Entre las fuentes bibliográficas de estudio tenemos:

- Bibliotecas de universidades como; la Universidad Libre de Colombia y la Universidad de Huelva México, y como páginas científicas El Instituto de Bioética de la Universidad de Finis Terrae y la Fundación INDEX junto con la revista de enfermería ENE.
- Como bases de datos se aplicaron a Scielo, Dialnet, ScienceDirect, SCOPUS y NCBI.
- Para el desarrollo en el acopio de tal información se estipulo en los periodos de los meses de abril – mayo del 2020, para los fines de búsqueda pertinentes (desde el 24 de abril al 5 de mayo la última búsqueda). Haciendo uso de fichas bibliográficas como medio de registro de las fuentes de información confiadas para este tipo de revisión metódica.

2.2 Criterios de Selección

Respecto a la elegibilidad se definió lo siguiente, para precisar de documentación valida, obviando aquellas que no cumplan con tales condiciones de inclusión, estas son:

- 1) Como población se incluye a todas las personas con petición de los cuidados humanos.
- 2) La información de las publicaciones recabadas debería estar en los lapsos de emisión entre 2015 a 2020, para que el estudio sea de novedad científica.
- 3) Tener acceso a documentos completos, en los artículos, evitando desperdicio a registros de validez.
- 4) Para hacer reproducible la indagación, que el título, resumen o palabras clave contengan las frases de postulados filosóficos católicos y su efecto en el cuidado humano, concepto que deberá ser de carácter diverso sin extremarse a situaciones particulares sino más bien universales.
- 5) Como idioma y a efecto de enriquecer el estudio, con opiniones diferentes pero alusivas al tema, que sean en inglés, portugués y español.

En este proceso se suprimieron, fuentes de información que no centren su análisis sobre los postulados de la filosofía católica respecto al cuidado humano, precisamente documentos cuyos temas no aborden la concepción básica expuesta, dada la evidencia de similitud de conceptos, pero

que no confieren como ámbito de estudio los cuidados humanos en el prospecto de la salud.

2.3 Método de búsqueda

Como estrategia para la captación de la información, esta estuvo afianzada a variables, que han sido fundamentales para este estudio, dado que permiten hacer búsquedas mediante los; títulos, autores, tipo de revistas por la diversidad de disciplinas y años de publicación con lo cual se obtiene información de calidad y de variedad concorde al tema de estudio. Para ello, el procedimiento de búsqueda estuvo basado en hacer uso de filtros y key Word (como: Postulados filosóficos católicos, cuidado humano o por el uso de palabras semejantes o sinónimos) y los límites de indagación, años de publicación, idioma y tipo de documento, a través del filtro siendo algunas de las herramientas, que permiten hacer la exploración al completar los campos de título y resumen, que suscita la base de datos para la recuperación de reseñas, dispuestas en el contenido de los artículos. Otras de las virtudes como estrategia de búsqueda, también es el uso de conectores lógicos (principalmente OR, AND y NOT) con los cuales se pudo delimitar la búsqueda haciéndola más concisa y exhaustiva, así también el uso de índices de búsqueda que tienen un efecto similar en combinación con conectores y condiciones de búsqueda; título o resume. Permitiendo realizar búsquedas especiales, los cuales se identifican por códigos; ti: título del artículo, au: autor, KW: palabras clave, country: país, entre otro.

En el caso de la base de datos Scielo, permite realizar la investigación de artículos por palabras del resumen, títulos y limitar los años de publicación, el siguiente algoritmo permite definir el esquema de búsqueda de información de calidad e interés del tema:

Expresión: Postulados filosóficos católicos Or Cristianismo en el cuidado humano

Filtros aplicados: cluster publications:(Año de publicación: 2016) (Año de publicación: 2020).

En este procedimiento recalamos la delimitación del tema por palabras clave; postulados filosóficos y cuidado humano, periodo de publicación y conectores para relacionar las palabras clave, que acogen las concepciones principales de la investigación.

2.4 Selección de estudios

Mediante los criterios de selección y estrategias de búsqueda aplicados en las fuentes de datos, se llegó a la recolección de varios artículos considerados elegibles. Sin embargo para respaldar a que el proceso de selección sea transparente, y que permita identificar los potenciales estudios y reducir el riesgo de información irrelevante. Se analizaron los estudios y se los clasificó como incluidos y excluidos.

La revisión comprende de etapas (Figura 1), como la eliminación de artículos replicados, la lectura del título, resumen y palabras claves, las cuales precisan los estudios

y que estos estén en concordancia con el objetivo de investigación (Postulados de la filosofía católica en el cuidado humano) para ser escogidos caso contrario descartados, luego de esto se hizo una revisión considera más exhaustiva y la última, que es la lectura del texto completo. Dando como resultado final de este proceso sucesivo de cribado, un total de 15 estudios de investigación seleccionados para esta revisión sistemática en la cual se apoyará su desarrollo.

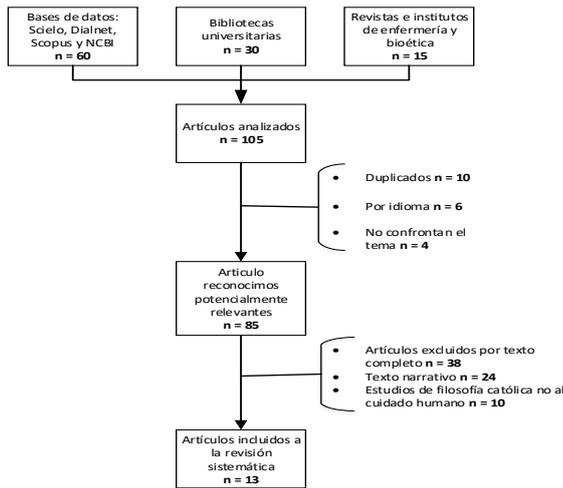


Fig. 1: Selección de estudios de filosofía católica implicada en el cuidado humano

Fuente: Autores

2.5 Proceso de extracción de los datos

En la sustracción de los datos, se determinó en primera instancia la evaluación de los estudios incluidos de forma independiente por los miembros del grupo de investigación. En sí, la validez de los resultados obtenidos, fue puesta a consideración siendo socializados los datos, de forma que las diferencias originadas fueron discutidas y solucionadas por común acuerdo.

De tal forma que los datos a extraer tuvieron en cuenta los atributos más relevantes de los artículos incluidos; como autor, fecha de publicación y tipo de estudio, permitiendo apreciar con claridad las aportaciones de los resultados de aquellos relacionados con los principios de la filosofía católica en el cuidado humano desde la óptica de la enfermería. Siendo pertinente para este proceso el uso de hojas electrónicas en formato Excel, en las cuales se recogieron los datos (véase la Tabla 1).

Tabla 1: Extracción de datos de los artículos incluidos

Tema de estudio	Autor	Año	País	Metodología de estudio
Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado	Dandicourt Thomas, Caridad Hernández Valdez	2020	Ecuador	Revisión sistemática

Tabla 1: Extracción de datos de los artículos incluidos... continuación

Tema de estudio	Autor	Año	País	Metodología de estudio
Valores religiosos y morales como factores en el desenvolvimiento de enfermería	Puelma C., Dora Donoso M., Beatriz	2018	Brasil	Cualitativo
El cuidado y la enfermería	Rocha, Patricia Kuerten Do Prado	2016	Brasil	Cualitativo y descriptivo
Enfermería en el mundo cristiano	Aquichan	2015	Colombia	Revisión sistemática
La enfermería y la religión	Sanz, González	2015	Ecuador	Observación y análisis
Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería	Rivera, María Soledad Herrera, Luz María	2017	Chile	Descriptivo
Filosofía de la ciencia del cuidado analogía del mito de la caverna de platón con la profesión de enfermería	Díaz Rentería, María Guadalupe	2018	Colombia	Revisión sistemática
Bioética y catolicismo: dificultades en torno a la constitución de una identidad colectiva	Gabriela Irrazábal	2018	Panamá	Revisión sistemática
Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson	Rosa Gurrero Ramirez, Mónica Elisa Meneses	2019	Ecuador	Observación y análisis
Modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural	González, Daniel Leno	2016	Ecuador	Descriptivo
Cristianismo y la medicina	Dueñas, Ángel Fernández	2018	Colombia	Descriptivo
La religión y su influencia en las conductas de salud	Rodríguez, Yoján Carrasco	2019	Ecuador	Revisión sistemática
Introducción a la relación entre cuidado y filosofía	Jesús Pinto Freyre, Santamaría García, José María Santamaría Pérez, Adrián Martínez Botija, Sergio	2020	Uruguay	Descriptivo y cualitativo

Nota: «En esta tabla se describe la información relevante de cada estudio seleccionado, la información expuesta fue adaptada por los autores en base a los fuentes de estudios incluidos en esta revisión. Tomada de:(Dandicourt Thomas et al., 2017; Dueñas, 2016; Irrazábal, 2015; Momennasab et al., 2019; Neil Cope et al., 2016; Puelma C. & Donoso M., 2014; Quintero Laverde, 2015; Rivera & Herrera, 2016; Rocha et al., 2019; Rodríguez, 2015; G. Sanz, 2016; Tapia & Guzmán, 2018; Żolnierz & Sak, 2017)»

2.6 Lista de datos

Las variables de búsqueda que se emplearon en los estudios seleccionados, han permitido precisar de información de calidad y relevancia, respecto a los principios de la

filosofía católica en el cuidado humano, para tal propósito fueron diseñadas estas variables mediante la estrategia Población, Intervención, Comparación y Resultado (PICO) (véase la Tabla 2), dado que esta toma en cuenta todas las características del objetivo de investigación y criterios de selección, con lo cual nos permitió obtener datos de novedad e interés.

Tabla 2: Lista de variables de búsqueda en base a la estrategia PICO

P	I	C	O
Impacto de la filosofía católica en las personas	Cuidado humano y el bienestar de las personas	La empatía por las personas enfermas	Reducir las atenciones frías hacia los pacientes
El cristianismo en la enfermería	La calidad de asistencia en la recuperación de las personas	Ceñirse a la práctica solamente técnica de la enfermería	Mejorar la calidad de atención y flexibilidad de recuperación de las personas Formación de profesionales de enfermería con valores éticos, morales y cristianos.

2.7 Riesgos de sesgo de estudios individuales

Dentro de los métodos ocupados para reducir el nivel de riesgo por sesgo en la información. Es permitir evitar errores sistemáticos a fin de aislarse de los propósitos de la investigación y de la población de análisis, que serán ocupados dentro del tema central referente a los principios de la filosofía católica en el cuidado humano vistas desde la concepción de la enfermería, sobre los estudios incluidos.

En ese sentido ha sido pertinente optar por estrategias que permitan la evaluación del riesgo de sesgo, para lo cual ha sido conveniente establecer el uso de la estrategia por generaciones aleatorias y la escala de calificación por dominio (determine en alto o bajo nivel de sesgo), otorgadas por la herramienta de colaboración Cochrane. Por lo que estas estrategias serán aplicadas a nivel de los estudios y de forma individual en cada documento, de tal forma que se presida de resultados fiables en función de la respectiva validez de los datos para así concebir los conceptos relevantes, que permitan la síntesis de la información la cual se representa por porcentajes limitantes en escalas de máximo y mínimo.

2.8 Medidas de resumen

Dada la extensibilidad de los contenidos en los estudios incluidos, es necesario el aporte de herramientas, que consoliden los resultados de los estudios primarios en una sola representación. Para lo cual la práctica estadística permite juntar varios estudios en un solo gran estudio, como modo de síntesis cuantitativa.

Para el efecto nos hemos permitido acoger como medida de resumen la técnica Odd Ratio, la cual aporta en forma probabilística sobre la relevancia de un resultado, respecto

a la irrelevancia de otro. En el aspecto de la filosofía católica y el cuidado humano; podemos decir aspectos de validez como ayudaría en la asistencia de la enfermería la adopción de principios católicos, en la recuperación y atención sanitaria, y otros aspectos como la hospitalización, el tratamiento y ambiente de confort y sensibilidad por las personas enfermas. Por lo que estos criterios podrían ser combinados por métodos estadísticos, de tal manera que podemos armonizar los diferentes resultados en una representación común, de tal forma que nos permiten situarnos y dar pertinencia, fiabilidad a los datos obtenidos, dando a conocer así los riesgos relativos, al cabo de valorar la precisión de los resultados en los artículos.

2.9 Síntesis de resultados

En la manipulación y combinación de los datos de importancia de los estudios, a fin de hacer una valoración de la eficacia de los resultados, sea a estipulado el establecer como técnica el meta análisis, con el cual podemos hacer el cotejamiento de los contenidos respecto a la semejanza y diferencia de las evidencias encontradas (homogeneidad y heterogeneidad). Para así definir las limitaciones del estudio y la interpretación e implicación de los resultados, con el objeto de minimizar los errores y concertar los diferentes resultados.

En este análisis se representara a los resultados de la evaluación del meta análisis, través del intervalo de confianza (CI al 95%) y el cegamiento ($p < 0.05$) cuyas valores son estándares, que permitirán observar el nivel de validez de los datos en los estudios seleccionados.

2.10 Riesgos de sesgo entre estudios

En esta intervención, se ha podido observar la importancia de la evaluación de la calidad en los diversos estudios, para la validez y confianza de la información, en lo cual detectar sesgos en los artículos generara las apropiadas expectativas de la investigación, es así para que para el tema de esta investigación, se ha identificado algunos tipos de sesgos como de publicación, información y selección en los artículos (12, 15 y 20). Los cuales aportan y previenen errores como en los lapsos de las publicaciones de los artículos y permiten realizar la selectividad de la información.

Ante esto se ha definido una clasificación en función del riesgo de sesgo; alto, bajo e indeterminado riesgo de sesgo, que mediante el acoplamiento con base a la metodología del diseño han podido ser analizados pertinentemente por los autores de manera individual, habiendo un conceso para definir la homogeneidad de los resultados en los estudios primarios.

2.11 Análisis adicionales

Como análisis adicional de esta revisión sistemática, se pretende exponer datos descriptivos de la filosofía católica en la enfermería al cabo de conocer cuál es el beneficio percibido en atención de las personas y las conductas de salud, así como los motivos de por los cuales las atenciones

se vuelven frías y poco confiables que se alejan de los principios de cuidado humano. Para el efecto se realizará el análisis por subgrupos de acuerdo a las características pertinentes de cada uno, haciendo la agrupación de los artículos seleccionados.

3 Filosofía del Cuidado Humano

Desde el comienzo de la humanidad la enfermería, ha venido dedicándose a velar por el cuidado y preservación de la salud de las personas, consagrándose como función primordial de esta profesión.^{21,22} Acompañada de principios filosóficos, esta disciplina tiene en cuenta consideraciones éticas y procesos encaminados a salvaguardar el bienestar humano mediante la práctica del cuidado. Por lo cual se remite a la existencia humana constituyendo una condición primitiva, en el cual cada individuo preserve la vida precedidas de actos consientes en lo cual se involucra la enfermería estando al servicio y dispuesta, en forma consiente y con el conocimiento de apelar al cuidado por el otro ser en un vínculo de alteridad.

Ubicándola bajo la óptica filosófica, el cuidado de la salud se apoya en bases y cuestiones de principios que aluden este concepto.²³ Es así que constituye un factor inherente dentro de las estructuras sociales a tener una salud física, psíquica y social, cuya mejora y goce depende del cuidado (enfermería). De hecho todo individuo, comunidad y familia (personas de todas las edades y clases sociales) requieren como derecho para posibilitar la calidad de vida y bienestar.^{16,24,25}

Así la filosofía de la enfermería, es un factor imprescindible en la civilización humana, su propósito es ofrecer una mejor calidad de vida a las personas, por el hecho de que la salud está concebida, como el fundacional necesario de la vida pública de cualquier individuo, ocupándose, en brindar servicios, recursos y cumplir derechos estipulados innegables de cada individuo concerniente al cuidado de la salud.^{25,26,38}

Por ende la práctica del cuidado humano, es la razón en esencia del quehacer profesional de enfermería. (Ferrerres, 2017) La filosofía de este hecho elemental, precisa de reflexionar sobre sus anomalías, dado que son las bases que contribuyen a formar conocimiento y fundamentar la identidad de este campo. Por ello el individuo es el sujeto de cuidado, y como tal implica vínculos intersubjetivos y de experiencia que hacen particular la acción del cuidado.²⁷⁻²⁹

Es así que la asociación, en la formación – cuidado, es necesaria porque la formación es garantía de la calidad del cuidado ante una persona, de esto se desprende que la interacción entre el oficio de enfermería y paciente debe ser mutua y de confianza, poniendo de manifiesto la insistencia cristiana o católica.^{14,16,24} No solo ofrece la asistencia sino también de conocer y sensibilizar por lo que pasa el paciente, de una u otra forma esto facilita aún más dicho aspecto de cuidado en base a un ambiente de confort.^{8,23,30} Los profesionales de la rama deben saber manejarse en aspectos de cómo; saber convivir, compartir sentimientos

y crear vínculos afectivos, que los lleven al intercambio de información, conocimiento y vivencias. Para lograr el cometido de cuidado que necesita una persona enferma.

Desde la formación para la dedicación al cuidado humano, la enfermería involucra varias concepciones, que no solo se centran en el confín académico, sino que van más allá, desde principios ético científicos, valores y moral, actitud crítica, personalidad subjetiva, conocimiento, creatividad y principios espirituales.^{5,26,31} Tanto que la concepción cristiana, impulsa desde esta perspectiva, la responsabilidad social, como factor que incentiva la divulgación del bienestar y cuidado humano.

Todo esto, juega un papel vital bajo el concepto del cuidado. Beneficia la calidad de asistencia mejorando la situación del cuidado de las personas, dónde se promulgue la equidad intergeneracional, el respeto y la armonía con la naturaleza, siendo aspectos importantes que se apiadan y solo tienen la intención del cuidado humano en condiciones de dependencia a cualquier persona.^{28,32,33,39} Para el logro de mejores niveles de bienestar en la gente, siempre encaminadas al cuidado de la salud y atención, siendo los roles imperantes de este ámbito.^{12,34} Hacer conciencia de este aspecto y el autocuidado son primordiales dentro del cuidado humano, porque este está representado en categorías; El sujeto y persona, el ser, enfermedad y conciencia de la vida y muerte.

4 La religión en el cuidado humano

Peculiarmente la enfermería y la filosofía católica o religión cristiana, han estado en recíproca interacción desde la concepción del cuidado humano. (Blanco Enríquez et al., 2019) En términos precisos contempla la ética tanto en la atención como cuidado de la vida humana, en el ámbito biomédico. Esta estimación surge por la noción de que la fe, es abordada como un factor de solvencia a problemas del sentido moral y de razón del hombre.^{16,35,36} En vista de ello la ética cristiana es otro elemento primordial, sus aportes hacen posible la apreciación desde diversas racionalidades y cosmovisiones vigentes en la sociedad contractual.

Resulta oportuno considerar que el enfoque cuantitativo, desde el cual es comprendida la enfermería y sobre la cual se ha fundado, no es suficiente para concebirla completamente.^{13,33,37} Al ser la salud humana apoyada mediante el cuidado, esta área de aplicación precisa de conocimientos basados en la empatía de la naturaleza humana y la reacción hacia el entorno, dado que muchas veces es un tema poco profundizado a pesar de que podemos aprender y comprender de ello, sobre las creencias, religión y estigmatismos de la humanidad, al cabo de sustentar la ciencia del cuidado humano en la enfermería.^{3,4,38} Es así que esta base considera también importante para su impulso y progreso la fenomenología, sobre la cual se instaura el interés de contribuir con el cuidado integral estribado en las necesidades incluyentes de cada persona.

La enseñanza social que otorga la iglesia católica constituye un imperante tesoro de sabiduría en la forma de

forjar una sociedad justa y de vivir una vida de santidad por sobre los desafíos de la sociedad contractual.^{2, 12, 19, 23} Puesto, que la enseñanza de la sociedad religiosa actual, se ha conformado a través de una tradición de legados; documentos, papales, conciliares y episcopales. Comprender el legado de los escritos, nos permite concebir de mejor forma y plenamente la relevancia e imprescindibilidad de esta tradición. Esta reflexión apela e incide en varias temáticas claves, que están centradas en torno a la esencia de la práctica social católica.^{13, 26, 32, 35, 39}

Es propicio e inevitable, inspeccionar filosóficamente estos conceptos del cuidado y de poder adentrarnos en materia de los enunciados filosóficos a cabo de conocer hacia donde nos pueden orientar.⁴⁰⁻⁴² Sobre lo cual respaldan y sustentan sus autores., ya que ello posibilita la determinación de propiedades y particulares propias del cuidado humano que se desenvuelven en una práctica bien definida, teniendo esto secuelas inmediatas en la salud de las personas. Ante ello, la aplicación de la perspectiva de los estudios en este campo como Kikushi y Simmons,⁴³ contribuyen para la realización del análisis filosófico desde diversos puntos de vista del cuidado de enfermería, consintiendo la reflexión sobre diferentes dimensiones; como la ontológica, epistemológica y éticas de la enfermería.

Podríamos partir de que los cuidados de la enfermería, serían aquel conjunto de atenciones que facilitan las enfermeras a las personas, mediante una correspondencia profesional dada en cualquier lugar y circunstancia en la que se encuentre.²⁹ Por lo tanto cuando se trata, de la formación de futuros profesionales de enfermería, es preciso aclarar que se está discutiendo de la configuración del núcleo conceptual y actitudinal de cada profesional, algo que resulta esencialmente importante por sobre cualquier dominio tecnológico en el enfermero, pertinente a lo concebible al tipo y calidad de los cuidados que luego serán capaces de prestar, de forma oportuna y correspondientemente.^{1, 11, 28, 31}

Por otra parte, y persistir en el avance se debe tener en cuenta las aportaciones que puede otorgar y de la cual podemos aprender de la filosofía cristiana, puesto que la hace digna de ser tomada en consideración incluso ante situaciones difíciles de la vida.^{32, 40, 44, 45} Por lo que el interés de está prevalece, en que nos enseña a vivir ya que se apega a un paradigma de la sabiduría antigua forjada a través de años de existencia, pudiendo ser adquirida por quienes todavía aún no son ancianos, a partir de lo cual es prometedor porque puede ayudar y tener sentido, en momentos difíciles, pero la atención no solo está concentrada en este aspecto, sino también en la vida de los demás.^{1, 2, 8, 13} Pues al asumir que la principal función de la filosofía es aprender a vivir, la enfermería requiere apremiadamente de ella, de forma que si tanto los que son cuidados como los que cuidan necesitan aprender a vivir, y estos últimos, además a vivir cuidando.^{17, 27, 30, 33}

4.1 Religión y antropología en las conductas de salud

En el ámbito concorde al tratado de la salud, se orienta a determinadas conductas en las personas, donde por varias razones y desde hace mucho diferentes religiones han intentado regularlas. La relación que persiste entre la conducta humana y la religión, se la preside desde hace siglos, las formas concretas entorno al comportamiento social, han sido observadas desde un punto de vista científico y exhaustivo, de forma concluyente no se puede precisar, de que la religión pueda influir en la salud de las personas, por lo que es un tema que sigue en debate.^{21, 34, 38}

Cabe mencionar que los estudios desarrollados exclusivamente se fundan en la evolución de la asistencia de los servicios religiosos, que resulta en cierta medida en hallazgos poco confiables y verosímiles.^{4, 42, 44} No obstante, existen estudios más actuales que tienen en cuenta varios enfoques como en el aspecto; sociodemográfico, la solidaridad económica y social y conductual. Cuyos fundamentos han sido preconcebidos en base a principios inherentes de la religión como la fe, la plegaria y la reflexión.^{7, 17, 19, 30, 45}

Las prácticas y rituales religiosos, son considerados como acondicionadores que pueden influir de manera inmediata o interactiva en los estereotipos de vida, a los creyendo de una religión en concreto. En si el impacto de este factor se sitúa en fomentar la salud, razón por la cual se entiende que la práctica católica asocia a proceder más saludable en los creyentes, que en la mayoría de las religiosidades tiene creencia en la manifestación par del cuerpo y el alma.^{2, 4, 22, 34} En lo que confiere a la apreciación de la parte espiritual o religiosa, se entendería como el tratado del alma siendo la parte fundamental y sagrado de la existencia humana. Donde el cuerpo bajo el aspecto religioso, podrían admitirse como algo terrenal una mera parte que consigna la vida espiritual, por lo que es atribuido como elemento relevante incluso sagrado, como un organismo de nuestro cuerpo que debe ser cuidado para otorgar una mejor calidad vida tanto en forma intrínseca como extrínseca.^{30, 32, 33, 41} Debido a que Dios es la representación de la bondad, carisma, solidaridad, pureza y consagración, indican que la religión espera en sus creyentes esa misma característica de una condición de vida sana, como Dios lo muestra y espera para alcanzar la salud.

Las diferentes religiones tiene como propósito común, en sus devotos, de invitarles a la práctica de un buen proceder que se orientan en beneficiar la salud del cuerpo, que atienden a estilos de vida más saludable, donde sea predilecta al consumo de ciertos alimentos y repruebe otros, o el consumo de bebidas o sustancia que sean nocivas para el cuerpo., el desarrollo de este tipo de comportamiento suponen una asociación en aprovechamiento para la salud del alma constituida en el cuerpo como lo más sagrado. Dentro de toda cultura religiosa, la comunión espiritual, la asistencia de actividades religiosas, la contribución y apoyo comunitario, hacen a una mejor persona en todos sus aspectos.^{13, 15, 19, 39}

La evidencia documentada en varios estudios, demuestran que la conducta humana influida por el aspecto religiosa, favorecen al bienestar y la salud de las personas lo cual resulta un hecho conocida desde hace tiempo, siendo una concepción impartido por parte de la psicología de la salud, en dar a conocer el apartado del comportamiento saludable frente a su contrario los de riesgo.^{12,21,24,38} En referencia al cuidado humano, asume un fenómeno en torno a aspectos psicológicos, biológicos, sociales, subjetivos, cognoscientes, emocionales, conativas, psicodinámicas, psicofisiológicas y conductuales. Tradicionalmente es posible señalar las limitaciones dadas por la religión, desde aprobar el consumo de un determinado alimento a causa de no ocasionar una ofensa divina o un perjuicio a la moralidad, por encima de este enfoque la religión encamina fragmentos en calidad preventiva de la salud física y psicológica.^{11,19,30,32,33}

En fin las religión en sus devotos, induce a la realización de conductas concretas, que se fundamentan en las creencias de fe que encaminan a la espiritualidad, que bien dicho sea de paso en verdad ese modo de comportamiento se lo utiliza por sus prestaciones en provecho de la salud humana.^{2,12,22,26} No obstante, a diferencia de la religión teísta, la dogmas son asignadas por el deseo de Dios al cual catalogan como “La Palabra de Dios”, donde la pretensión de la figura divina es que sus religiosos dispongan de salud, a razón de conservar su vida y dignidad en lo cual sus fieles aprueban sin vacilación, porque según su fe Dios es el ser supremo y de poder divino que los observa, protege y vela por su bienestar. Sin embargo, esto no tiene el mayor respaldo de autenticidad desde una perspectiva imparcial, pues se sabe que los escritos fueron creados por el ser humano, por lo cual se considera que es un aspecto místico, acogido desde épocas remotas por las personas.^{8,13,19,27,30,39} Sin embargo, la objetividad de investigaciones hechas desde una apreciación antropológica y sociológica, infiere que los hechos recopilados en los escritos religiosos, manejan dos hipótesis que pudieran ser alterados a la largo del tiempo o fueron acoplados a diferentes entornos por su geografía y cultura.^{5,17,33,37,41}

5 Resultados

5.1 Selección de estudios

Durante la búsqueda en las fuentes de datos se recopiló 105 referencias, que fueron acontecidas gracias a las

estrategias de búsqueda. Una vez obtenidos los artículos se procedió con los respectivos procesos de tamizado. Para ello se fijaron los criterios de inclusión y exclusión, y en base a un análisis de las referencias. Se excluyeron 10 estudios por duplicados, 6 por idioma que no correspondía con los aceptados para esta revisión que eran en inglés y español, posterior a esto se analizó los artículos por tema y resumen eliminando 4 estudios. De cuyo proceso se obtuvo 85 artículos de potencial interés, al realizar la examinación por texto completo se eliminaron 72 estudios que no cumplían con los criterios de inclusión y con las expectativas y resultados esperados para la investigación. Llegando finalmente a la identificación de 13 referencias principales que cumplieron correctamente en los criterios de selección.

5.2 Características de los estudios

Los estudios incluidos en esta revisión, principalmente fueron publicaciones de los años 2015, 2018 y 2019. Se tomaron estudios de varios países primordialmente de Ecuador, Brasil y Colombia. La mayoría de los estudios se basan, en revisiones sistemáticas, análisis descriptivos, estudios de casos y aportaciones teóricas, hubo estudios que por el título del tema y resumen se centraban en los objetivos de la investigación en los cuales prevalecen las temáticas como objeto de estudio; la influencia de la filosofía católica en el cuidado humano, el aspecto del cuidado humanizado, la importancia de la religión en la enfermería del cuidado, el cristianismo y la medicina, la ética religiosa en el cuidado humano y la religión en la salud humana. Es pertinente mencionar que los estudios son de texto completo y están disponibles.

6 Discusión

6.1 Resumen de evidencias

Para este análisis se utilizó la herramienta RevMan.5, que por medio de las variables de estudio se logró la estratificación de los artículos incluidos, así nos permite conocer la homogeneidad o divergencia de los resultados entre los estudios, cuyo evaluación se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3: Resumen de evidencias entre los estudios potenciales incluidos

Autor-Año	Tema	Resultados	Similitud	Diferencia	Discrepancia	Complementación
Toma D., entre otros – 2020	Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado	La enfermería es vital para el cuidado, esta debe considerar las capacidades y diversas costumbres y creencias que permitan formar vínculos en bien de la salud, y a apreciar los cuidados humanos desde una perspectiva de atención de confianza	Moderada	Baja, entre estudios un 20.33 %	Bajo, 14.5 % (0.145)	36.7 %, Sí

Tabla 3: Resumen de evidencias entre los estudios potenciales incluidos. . . *continuación*

Autor-Año	Tema	Resultados	Similitud	Diferencia	Discrepancia	Complementación
Dora D., entre otros – 2018	Valores religiosos y morales como factores en el desenvolvimiento de enfermería	La enfermería y la religión son dos aspectos de importancia, para proveer cuidados de calidez y de empatía ante la situación de enfermedad – recuperación	Moderada	Baja, entre estudios un 15 %	Moderada, 33.14 % (0.3314)	15.6 %, No
Patricia R., entre otros – 2018	El cuidado y la enfermería	El cuidado al ser práctico, acogido por fuerzas espirituales y del entorno, expresan el progreso del cuidado diferenciado y convertido en compromiso de profesionales. Las doctrinas hipotéticas de la filosofía respeto a la atención de la enfermería han provisto a esta área el conocimiento para conceptuar el cuidado	Fuerte	Baja, entre estudios un 8 %	Bajo, 21.05 % (0.2105)	78.25 %, Sí
Aquichan – 2015	Enfermería en el mundo cristiano	La atención y el afecto a los necesitados y moribundos. La enfermería percibe la filosófica católica en la entrega de valores como la ayuda, el respeto por la vida y el compasión son aseverados la dogma de creencia en Dios para la atención de las personas	Fuerte	Moderada, entre estudios un 36.4 %	Bajo, 13.5 % (0.135)	81.63 %, Sí
González S. – 2015	La enfermería y la religión	La salud y religión espiritualidad, son pilares para las creencias religiosas, y desarrollo de hábitos de salud y determinar reglas en beneficio de la salud.	Fuerte	Baja, entre estudios un 8 %	Bajo, 9.64 % (0.964)	34.14 %, Sí
María R., entre otros – 2017	Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería	La experiencia conlleva a formar criterios apegados a la conciencia, que se imparte por medio del vínculo de con la enfermería contribuyen a difundirlos, en lo cual la asistencia que sea de empatía, flexibiliza los procesos e incluso incentivan la congregación de los sujetos involucrados, dese la condición de impotencia desfavorece la salud y limita prácticas que hacen camino para nuevas oportunidades de salud.	Moderada	Baja, entre estudios un 6.39 %	Bajo, 25.31 % (0.2531)	58.23 %, Sí
María D., entre otros – 2018	Filosofía de la ciencia del cuidado analogía del mito de la caverna de platón con la profesión de enfermería	La enfermería es una disciplina en constante cambio, que se desenvuelve conforme surten los procesos étnicos, epidémicos, sociales, familiares, y demás cuyo origen surge de la humanidad al constituir una práctica asumida e inherente para el cuidado por siglos, que la venido creciendo desde su praxis teórica hasta el despliegue de sus versiones de filosofía y nociones originales	Moderada	Moderada, entre estudios un 56.82 %	Bajo, 7.32 % (0.0732)	35.78 %, No
Gabriela I. – 2018	Bioética y catolicismo: dificultades en torno a la constitución de una identidad colectiva	La ciencia en términos de la biomedicina, consiente a la religión como elemento promotor en procurar la vida a través de investigación y observación de los adelantos en la medicina y el derecho, lo cual sustenta como el ámbito pertinente para definir nociones de la filosofía y antropología, conforme a las percepciones de inicio y termino de la vida estipuladas y considerando la dimensión de ser humano en general	Fuerte	Fuerte, entre estudios un 75.21 %	Moderada, 64.23 % (0.6423)	53 %, Sí
Rosa G., entre otros – 2019	Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson	El cuidado enfocado con prioridad en el enfermo, a las dolencias físicas y psicológicas, esclarecen el factor espiritual del paciente enfermo respecto a sus dogmas, tradiciones y religión, como aquello que permite acercarse a la acción del cuidado humano y la pretensión de atribuir ayuda práctica con una atención cimentada en la sensibilidad y empatía, haciendo hincapié en una comunicación positivista fundada en la esperanza y la fe	Fuerte	Baja, entre estudios un 27.53 %	Moderada, 57.95 % (0.5795)	45.36 %, No

Tabla 3: Resumen de evidencias entre los estudios potenciales incluidos... *continuación*

Autor-Año	Tema	Resultados	Similitud	Diferencia	Discrepancia	Complementación
Daniel G., entre otros – 2016	Modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural	El trabajo científico sobre la religión y su impacto en la salud mental del hombre, confirmando el efecto positivo de la religión en la salud mental, social y física. La religión y la espiritualidad son aspectos importantes de la salud y afectan la calidad de la vida humana	Fuerte	Baja, entre estudios un 18.63 %	Bajo, 4.25 % (0.0425)	85.47 %, Sí
Ángel D., entre otros – 2018	Cristianismo y la medicina	La aparición del cristianismo significaría para la medicina, desde el punto de vista ético, la introducción de una doble noción antropológica la condición personal y espiritual de la persona y la concepción del amor hacia ella que entrañaría una influencia benefactora en el cuidado asistido	Fuerte	Moderada, entre estudios un 65.24 %	Moderada, 42.17 % (0.4217)	22.3 %, No
Yojanán R. – 2019	La religión y su influencia en las conductas de salud	Se prescinde que las, dogmas religiosos inciden en disciplinar el comportamiento humano, desde la manera de alimentarse, de socializarse con las personas entre otros. Es por ello que la psicología estudia este efecto, que sostiene la pericia religiosa en la salud evidencias existen sobre su estrecha relación	Fuerte	Baja, entre estudios un 2.35 %	Bajo, 15.24 % (0.15.24)	73.13 %, Sí
Jesús P., entre otros – 2020	Introducción a la relación entre cuidado y filosofía	Es imprescindible que la religión y la enfermería deban afianzarse más, por ser conformemente relacionadas a un propósito común, pero esta propuesta no es del todo tomada en cuenta en la práctica, con precisión se conoce que la percepción de la salud de las personas involucra la religiosidad, por ende se reconoce su importancia para las personas	Moderada	Moderada, entre estudios un 54.18 %	Bajo, 2.36 % (0.0236)	45.17 %, Sí

Nota: «En esta tabla se describe la información relevante de cada estudio seleccionado, la información expuesta fue adaptada por los autores en base a los fuentes de estudios incluidos en esta revisión. Tomada de: (Dandicourt Thomas et al., 2017; Dueñas, 2016; Irrazábal, 2015; Momennasab et al., 2019; Neil Cope et al., 2016; Puelma C. & Donoso M., 2014; Quintero Laverde, 2015; Rivera & Herrera, 2016; Rocha et al., 2019; Rodríguez, 2015; G. Sanz, 2016; Tapia & Guzmán, 2018; Żohnierz & Sak, 2017)»

6.2 Sustentación teórica

Según la evaluación en los resultados de los estudios incluidos, en la apreciación de las variables de estudio, se obtuvo un valor de moderado a fuerte conforme a las similitudes con las muestras representativas del análisis. En lo cual se identificaron 8 estudios de calidad fuerte y 5 de ellos de calidad moderada. Siendo así esta atribución respecto al nivel similar entre los estudios. Se apreció como factor más relevante de esta característica que la filosofía católica en el cuidado humano, involucra la incursión en directrices desde dos aspectos, el primero la influencia de la religión en el condicionamiento de conductas saludables en las personas, percibiendo en ellos, sus valores, creencias y costumbres.^{26,39} La segunda en la enfermería que al ser por excelencia dedicada al cuidado humano, tiene en cuenta la religión como parte de los valores de la disciplina por tener empatía y apoyo a los enfermos y con los que necesitan cuidados por amor al prójimo, a consecuencia de recuperar y cuidar su salud de una forma cálida y sensible a tal punto de que este proceso sea grato.^{1,14,21,22,26} Por lo que ambos criterios reflejan la parte humanitaria, en el cuidado de las personas desde el punto de vista de la religión, creencias católicas, y la influencia del cristianismo, como factores

que promueven la recuperación y el cuidado, en provecho de la salud de las personas.

Las diferencias entre los resultados atribuidos por las referencias, se establecieron en un rango de bajo a alto nivel, por lo cual se observó que 8 de los estudios tienen un nivel bajo, 4 estudios un nivel moderado y 1 estudio un nivel fuerte. Por lo que la disimilitud de los resultados entre los estudios incluidos, estima una representación global del 26.3 % la cual podemos catalogarla como un factor de diferencia despreciable en los resultados. De los estudios rescatados la diferencia de los resultados se relaciona en las diversas costumbres, culturas, creencias y a factores éticos, morales y espirituales de las personas de diferentes regiones.^{4,11,17,33,40} Se evidencia que la religión en el cuidado humano, se sitúa en un aspecto de la pretensión social y cultural de como se aprecia la dignidad humana, al relacionar el cuidado humano con el amor y compasión del ser supremo representado en nuestro Dios, en los cuidados que el ofrecía a los indefensos y enfermos y con la bondad y calidez, a los cuales asistía, hacen concebir al cuidado y a religión como nociones estrechamente relacionadas.^{1,13-15,22,44} Razón por la cual le otorga una categoría especial de valor sagrado para la vida humana, sin embargo la condición social se convierte en un ente

que hace diferencia en los resultados al otorgar a ciertos grupos en virtud de su posición o status social el cuidado, por lo cual la dignidad humana pierde su valor absoluto y sagrado convirtiéndose en un asunto relativo y social, siendo el principal contraste en el cuidado humano.

En el análisis las discrepancias de los datos acontecidos, señalan un 24 % de disconformidades, los cuales en mayor medida son con respecto a las creencias y status social. En los diversos ámbitos, que emana el cuidado de las personas, la filosofía católica infringe en las cualidades pertenecientes a todos los seres humanos sensibles y como es de suponer la libertad moral.^{20,32,38,43,45} Lo cual involucra en estar dispuestos a la comprensibilidad y el respeto encaminados a la calidad para llevar una vida digna que no solo es una cuestión de salud sino también de convivencia, ya que los principios de la religión católica definen como aspecto central el carisma para el cuidado de las personas, siendo esta propuesta extensible, que además es contemplada por el área de la salud como la enfermería en proveer cuidados gratos a las personas respetando sus creencias, valores y religión por el hecho de que las atenciones sean visto opacadas e interferidas por la ciencia en el desarrollo tecnológico que dejan de lado el verdadero significado del cuidado humano y dejando de ser el centro de la asistencia las personas convirtiéndose en intervenciones frías y poco afables para el cuidado de calidad, siendo de vital importancia la apropiación de fundamentar los principios de la religión cristiana en el cuidado y protección de la salud social.

La complementariedad del estudio, señala una significativa relación con los resultados aportados con los cuales podemos abordar y tener en cuenta varios ámbitos de la filosofía católica en el cuidado humano, pues se tiene que en consecuencia la religión permite generar la conciencia por el propio cuidado para mantener una vida saludable y digna, evitando ser objeto de presunción y discriminación

social, de tal manera que el cristianismo asigna valores éticos y morales, por amor y cuidado propio y al prójimo, evitando aspectos perjudiciales en la salud, considerando que el ser humano reciba un trato respetuoso y no interfieran estratos sociales.^{8,19,30,36,41} Por lo que deben ser las personas el punto de atención y no como un medio de algo subjetivo. Del mismo modo esta propuesta también es acogida y resulta base fundamental en el área de la salud, caso concreta de la enfermería para ofrecer atenciones que sean de calidad para los pacientes enfermos, en tratar de establecer vínculos que permitan la interacción a tal punto de comprender y conocer la situación de las personas y así ayudarles a mejorar y proteger la salud, con una atención que contemple todo lo que incurre el aspecto humano.

Como se aprecia la religión en el cuidado humano, encara no solo el ámbito social sino también de la enfermería cuyo propósito exclusivo en definitiva es preservar con calidad la dignidad humana para una vida plena, cuyas nociones se nutren en la conciliación de algunos conceptos que involucran a la bioética, la humanización de tal de forma que recibe matices que amplían de sobre manera el significado de la filosofía católica en la atención de las personas en condición de enfermedad o necesidad, en donde se refiere a la solidaridad, la bondad, la igualdad y la actitud de mutuo respeto.^{2,7,18,27,31} Siendo estos elementos el común de todo ser humano donde la subjetividad de cada persona prima en la dignidad para el cuidado tanto desde óptica social como de atención médica, siendo la principal aportación de la religión cristiana en el cuidado humano hacia la enfermería en dotar de estas características, para que la disciplina mantenga un servicio de calidad, respeto y sensibilidad humana por compasión a los enfermos siendo estas las áreas que debe avistarse en todo profesional de la salud.^{9,23,28,29,37} La siguiente Figura 2, muestra la relación conceptual de los principios de la filosofía católica respecto al cuidado humano.

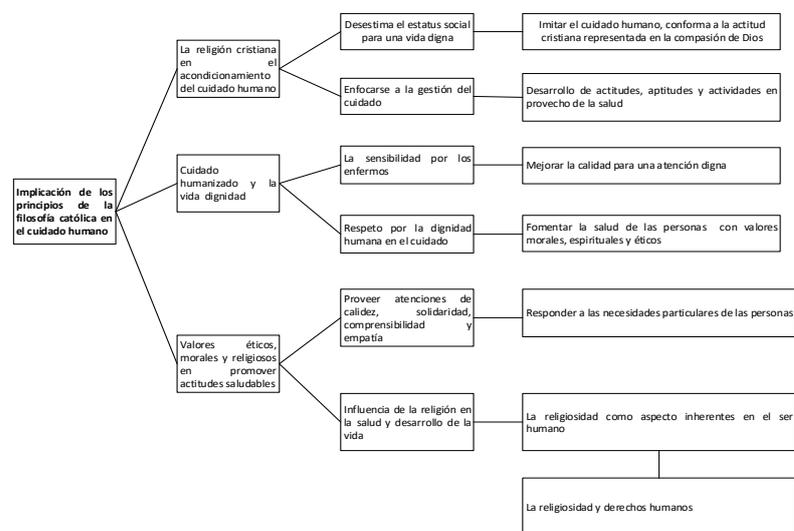


Fig. 2: Matriz de categorías de la filosofía católica en el cuidado humano

Fuente: Autores

7 Conclusiones

La religión es una forma donde las personas manifiestan su espiritualidad siendo aspecto inherente en éstas, en la cual se sabe que afecta la salud en forma positiva o negativa, según como esta influye en la existencia por el poder que tienen en el desarrollo de la vida de las personas.

En el escenario del cuidado humano, la contribución de los principios de la filosofía católica ha tenido gran interés y expectativa, al considerar todo el aspecto humano; desde el respeto mutuo, las creencias, cultura, principios morales, éticos y religiosos. En función de los cuales conforman al cuidado, como un asunto de la dignidad humana. Dado que se ha perdido la estima y sensibilidad por el cuidado de las personas y no tener en cuenta la condición específica en la que se pueda hallarse ante necesidad o enfermedad. Siendo un tema subjetivo a estratos sociales concretos, en suponerlos como únicos merecedores de concebir un cuidado digno, que no están en el mismo contexto de lo que involucra la filosofía religiosa en las personas, puesto que el representante principal de los cuidados humanos dentro de la filosofía cristiana constituye Dios, cuyo accionar se ve envuelto en el amor al prójimo y la empatía por los demás, que vela por el bienestar de enfermos mediante el cuidado caritativo, respetuoso y solidario sin tener en cuenta su condición social, política y creencia. Esto hace que los principios religiosos condicionen el cuidado humano, al desarrollo del cuidado propio y evada los factores de riesgo que afecten la calidad de vida en las personas al crear conciencia, aptitudes, actitudes y actividades que contribuyan sobre la misma para conservar la salud de las personas.^{3,20,26,28,34,40,45}

Sin duda a esta concepción, la enfermería es la que mayor apego pretende en el cuidado de las personas como parte inherente de su praxis, donde la atención debe ser vista desde todas las dimensiones del ser humano, donde la actitud y capacidad estén orientadas a la sensibilidad humana, apegadas al respeto, al derecho y a comprender que cada persona es única y se asocia a responder a necesidades particulares sin generalizarlas, donde la función compartida entre el enfermero y el paciente sano o enfermo es la planificación de actividades que fomente la salud.

Por ende el cuidado es una ciencia comprendida desde una base moral y filosófica entendida para la enfermería, en lo cual la filosofía religiosa tiene gran relevancia, pues menciona que el cuidado, no se limita a la ejecución de la capacidad técnica profesional y uso de equipos enmarcados, en un asunto de la asistencia social, seguimiento y conservación por la sanación de las personas, sino que va más allá de algo que envuelve una relación por gestionar el cuidado.^{11,24,29,35,38,39,41} De forma que el aspecto religioso suscita el cuidado humanizado no solo al aspecto profesional, son también a la habilidad por conocer y comprender al paciente respondiendo a sus esencias más profunda y exteriorizadas.

Aprender la dignidad para el cuidado, es una necesidad tanto entendida desde la óptica social como de la salud,

que presta la atención de la gente como es la enfermería. Por lo que incurrir en la necesidad de que el cuidado humano implique la participación de la condición del aspecto de la filosofía católica, en como esta contribuye a proporciona una vida digna a través del cuidado humanizado, en lo cual el cuidado ha incidido en la deshumanización de tal forma que este se centra en el desarrollo de habilidades, técnicas y procedimiento que no sustentan en su totalidad las necesidades biopsicosociales y espirituales de las personas, pues existe evidencia de que los profesionales tiene mayor formación científica pero deficiencia en el trato amigables, de sensibilidad y delicado para cuidar a las personas.

8 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

9 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

10 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

1. Neil Cope, C., Azofeifa Ugalde, E., & Calderón Montero, L. (2016). Intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de la persona hospitalizada. *Enfermería En Costa Rica*, 33(2), 58–65. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art1.pdf>
2. Żołnierz, J., & Sak, J. (2017). Modern research on religious influence on human health. *Journal of Education, Health, and Sport*, 7(4), 100–112. <https://doi.org/10.5281/zenodo.376746>
3. Blanco Enríquez, F., Caro Castillo, C., Gómez Ramírez, O., & Cortaza Ramírez, L. (2019). José, una mirada al ser: análisis de una narrativa de enfermería de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy. *Ene*, 13(1), 13110. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2019000100010>
4. Health, B. (2018). Proceedings of the 4th IPLeria's International Health Congress. *BMC Health Services Research*, 18(S2). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>
5. Baldacchino, D. (2015). Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions*, 6(2), 594–613. [urlhttps://doi.org/10.3390/rel6020594](https://doi.org/10.3390/rel6020594)
6. Sanz, G. (2016). La enfermería y la religión. Retrieved from http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/11985/La_religion_y_su_influencia.pdf?sequence=2
7. Toker, K., & Çınar, F. (2018). Perceptions of Spirituality and Spiritual Care of Health Professionals Working in a State Hospital. *Religions*, 9(10), 312. <https://doi.org/10.3390/rel9100312>

8. Rincón Rueda, A. (2018). La religión y la formación de la civilidad. *Sophía*, (24), 171. <https://doi.org/10.17163/21.soph.n24.2018.05>
9. De Diego Cordero, R., Suero Castillo, C., & Vega Escaño, J. (2019). La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (53). <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.29>
10. González, D. (2016). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22, 1–14. Retrieved from https://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
11. Dandicourt Thomas, C., Hernández Valdez, E., Espinoza Moreno, T. M., & Pérez Siguan, R. E. (2017). Pasado y presente de la función enfermera en el acto del cuidado. *Health Care & Global Health*, 1(1), 49–54. <https://doi.org/10.22258/hgh.2017.10>
12. Gijssberts, M., Liefbroer, A., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
13. Thiengo, P., Gomes, A., Das Mercês, M., Couto, P., França, L. & Da Silva, A. (2019). Espiritualidad e religiosidad no cuidado em saúde: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
14. López-Tarrida, Á., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Caring with meaning: the spiritual care in healthcare from the professional's perspective | Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Espanola de Salud Publica*, 94.
15. Momennasab, M., Shadfard, Z., Jaber, A., Saeed Najafi, S., & Naeemi Hosseini, F. (2019). The Effect of group reflection on nursing students' spiritual well-being and attitude toward spiritual care: a randomized controlled trial. *Investigación y Educación En Enfermería*, 37(1), e9. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e09>
16. Puelma C., D., & Donoso M. (2017). Valores religiosos y morales como factores en el desenvolvimiento de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 29(3), 26–33. <https://doi.org/10.1590/0034-716719760003000010>
17. Rodríguez, Y. (2015). La religión y su influencia en las conductas de salud. Retrieved from http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/11985/La_religion_y_su_influencia.pdf?sequence=2
18. Irrazábal, G. (2015). Bioética y catolicismo: dificultades en torno a la constitución de una identidad colectiva. *Religião & Sociedade*, 30(1), 101–116. <https://doi.org/10.1590/s0100-85872010000100006>
19. Fajardo-Ramos, E., & Henao-Castaño, A. (2019). Bienestar Espiritual de los Estudiantes de Enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 33(54). <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.03>
20. Puelma C., & Donoso M. (2014). Valores religiosos y morales como factores en el desenvolvimiento de enfermería. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 29(3), 26–33. <https://doi.org/10.1590/0034-716719760003000010>
21. Flessa, S. (2016). Christian milestones in global health: The Declarations of Tübingen. *Christian Journal for Global Health*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.15566/cjgh.v3i1.96>
22. Morillo Martín, M., Galán González-Serna, J., & de Llanos Peña, F. (2017). Nurses attitudes to the spiritual and religious care in a general hospital | Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General. *Index de Enfermeria*, 26(3).
23. Dueñas, Á. (2016). Cristianismo y medicina (Vol. 165). Hechavarría, Rodney; López, G. (2016). Cuidado humano desde la perspectiva católica. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
24. Rosa Gurrero Ramirez, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. Retrieved from <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Sanz, J. (2016). La universidad como marco para una filosofía de la enfermería; The university as a frame for nursing philosophy. Retrieved May 7, 2020, from https://www.researchgate.net/publication/301295873_La_universidad_como_marco_para_una_filosofia_de_la_enfermeria_The_university_as_a_frame_for_nursing_philosophy
26. Gómez Serna, J., & Giraldo Zuluaga, C. (2019). De la “Cura amoris” en Pascal, un vistazo ético-antropológico a “Les Pensées.” *Escritos*, 27(59), 198–221. <https://doi.org/10.18566/escr.v27n59.a01>
27. Rocha, P., Do Prado, M., De Gasperi, P., Sebold, L., Watterkemper, R., & Bub, M. (2019). El cuidado y la enfermería. *Care and Nursing*. (English), 27(1), 102–109. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=44530114&lang=es&site=ehost-live>
28. Unicef. (2016). ¿Cómo se relacionan la enfermería y la religión? - Diario Dicen. Retrieved April 23, 2020, from <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/como-se-relacionan-la-enfermeria-y-la-religion-ddimport-056223/>
29. Tapia, W., & Guzmán, S. (2018). Cuidado humanizado desde la percepción del paciente, familiar cuidador y enfermero. Hospital I el Buen Samaritano - Essalud 2017 Tesis.
30. Díaz Rentería, M. (2016). Filosofía de la ciencia del cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / Philosophy of science of caring the allegory of the cave by plato with the nursing profession. *RICS Revista Iberoamericana de Las Ciencias de La Salud*, 2(3), 21. <https://doi.org/10.23913/rics.v2i3.17>
31. Ferreres, L. (2017). La presencia de los valores en la práctica enfermera.
32. Rivera, M., & Herrera, L. (2016). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(spe), 158–163. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072006000500019>
33. Hefti, R., & Esperandio, M. R. G. (2016). The Interdis-

- ciplinary Spiritual Care Model – A holistic Approach to Patient Care. *HORIZONTE*, 14(41), 13. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p13>
35. Martins, A. (2019). Ética social católica e saúde pública: Em busca de uma bioética libertadora. *Perspectiva Teológica*, 51(3), 461. <https://doi.org/10.20911/21768757v51n3p461/2019>
36. O'Neill, D. (2017). Practice and presence: a gathering for Christians in health care - finding God in all things. *Christian Journal for Global Health*, 4(2), 103. <https://doi.org/10.15566/cjgh.v4i2.185>
37. Quintero Laverde, M. (2015). Enfermería en el mundo cristiano. *Aquichan*, 42–45.
38. Rudilla García, D., Barreto Martín, P., & Oliver, A. (2015). Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. *Psicooncología*, 11(1). https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44913
39. Giménez Béliveau, V., Irrazábal, G., & Griera, M. (2018). Salud y religiones: prácticas y sentidos en diálogo y disputa. *Salud Colectiva*, 14(2), 153. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1958>
40. Aguiar, N., Meira, D., & Raquel, S. (2015). Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, 121, 7–32. <https://doi.org/10.5209/rev>
41. Guerrero-Ramírez, R., Riva, E. M.-L., De, M., & Cruz-Ruiz, L. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao. In *Rev enferm Herediana* (Vol. 9).
42. Pinto Freyre, J., Santamaría García, J., Santamaría Pérez, A., & Martínez Botija, S. (2017). Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. *Ene*, 11(3). Retrieved from <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/735/cuidadosofia>
43. Hospicio, D. E. (2017). El cuidado cuando no podemos curar.
44. Arriaga-García, A., & Obregón-De La Torre, M. (2019). Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de Lima. *CASUS. Revista de Investigación y Casos En Salud*, 4(2), 102–110. <https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.213>
45. Nathan, A., & Scobell, A. (2016). Cuidados humanos desde la marco de la Filosofía Católica. *Foreign Affairs*, Vol. 91, p. 287. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Recibido: 20 de junio de 2020

Aceptado: 10 de noviembre de 2020



Caso clínico: Diabetes Mellitus Tipo I, Pie de Charcot

Clinical case: Diabetes Mellitus Type I, Charcot Foot

Rosa Elvira Minchala-Urgilés^{1,3}, María de los Ángeles Estrella-González¹, Andrés Alexis Ramírez-Coronel^{1*},
Pedro Carlos Martínez-Suárez¹, David González-Pando^{5,6}, Larry Miguel Torres-Criollo⁵, Diana Marcela
Estrella-González³, Joaquín Sepúlveda-Aravena⁴

¹Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

²Hospital José Carrasco Arteaga (IESS), Cuenca, Ecuador

³Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, Cuenca, Ecuador

⁴ Centro de Educación Emocional Positiva (CEDEMOP), Talca, Chile

⁵Grupo de Investigación PEPLAU, Ecuador

⁶Facultad de Enfermería de Gijón, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España

*andres.ramirez@ucacue.edu.ec

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.656

Resumen

Contexto: La enfermedad de Charcot es un grupo de trastornos neuromusculares que afectan, especialmente, a los nervios periféricos que conectan la médula espinal y el cerebro con los músculos y los órganos sensoriales. Esta patología es de gran interés para la atención médica de los pacientes diabéticos por todas las especialidades médicas y dirigido especialmente a la atención primaria de salud. **Objetivo:** describir el caso de un paciente con diabetes mellitus de tipo 1 con pie de Charcot, de difícil manejo clínico y psicológico, con tendencia a la necrosis; y precisa de una resección de tejidos para resolver el problema, mediante intervención quirúrgica. **Metodología:** se realizó limpieza quirúrgica del pie con aproximación de bordes más tratamiento con antibioticoterapia, que luego de 28 días de hospitalización, se va con el alta en mejores condiciones. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, de 23 años de edad, soltero, de educación superior, acude a emergencia por presentar en el pie derecho edema grado II perilesional, piel del contorno descamativa, dolor intenso de tobillo, úlcera en región plantar de 4x4x4cm, con tres meses de evolución, tunelizada, exudado de mal olor y color amarillo.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 1; Atención a la Salud; Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth.

Abstract

Context: Charcot's disease is a group of neuromuscular disorders that affect, especially, the peripheral nerves that connect the spinal cord and the brain with the muscles and sensory organs. This pathology is of great interest for the medical care of diabetic patients by all medical specialties and directed especially to primary health care. **Objective:** to describe the case of a patient with type 1 diabetes mellitus with Charcot foot, difficult clinical and psychological management, with a tendency to necrosis; and requires a tissue resection to solve the problem, through surgical intervention. **Methodology:** surgical cleaning of the foot was performed with approximation of the edges plus treatment with antibiotic therapy, which after 28 days of hospitalization, the patient was discharged in better condition. **Clinical case:** 23-year-old male patient, single, with higher education, attended the emergency room due to the presence of grade II perilesional edema in the right foot, scaly skin around the contour, intense ankle pain, 4x4x4cm ulcer in the plantar region, with three months of evolution, tunnelled, exudate with a bad smell and yellow color.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 1, Health Care, Charcot-Marie-Tooth Disease .

1 Introducción

En 2014, el 8,5 % de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2015 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes en 2012.¹

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, metabólica-degenerativa, que en la actualidad va tomando proporciones alarmantes, por los cambios asociados al estilo de vida, causando un gran impacto socio-sanitario y aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada

es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.¹⁻³ Es un problema de salud de gran impacto sanitario y global, con una gran prevalencia, siendo una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, potenciada, además, por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la obesidad la hipertensión arterial y la dislipidemia.⁴

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Sus síntomas consisten en: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.¹

El aumento de la esperanza de vida conlleva a un aumento de pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes y sus diferentes complicaciones. Dentro de las complicaciones diabéticas, la isquemia no tiene por qué presentarse en los pacientes afectados por la enfermedad y hoy en día, para el manejo de las úlceras neuroisquémicas, se dispone de una gran variedad de exploraciones, medicamentos y apósitos que intentan en la medida de lo posible evitar la amputación del miembro.⁵ Las úlceras y la amputación de las extremidades inferiores son la principal causa de morbilidad, discapacidad y costos para los pacientes diabéticos.³ Las neuropatías de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.¹

La artropatía neuropática es uno de los trastornos degenerativos de las articulaciones de mayor interés, cada vez más comunes dentro de la patología ortopédica. Se define como una artropatía degenerativa, crónica y progresiva que afecta a una o más articulaciones periféricas y se desarrolla como resultado de la falta de percepción sensorial normal en la inervación de estas últimas.²

Los primeros síntomas de la enfermedad de pie de charcot suelen ser debilidad muscular en los pies que pueden pro-vocar anomalías como el pie cavo, cavo-varo, dedos en garra y plantarflexión de pri-mer metatarsiano (1 MTI). A medida que avanza la enfermedad los músculos de la extre-midad inferior, y en ocasiones los de las manos, se debilitan. Las personas con este trastorno también pueden sufrir dolor o ardor en los pies y la parte baja de las piernas o in-cluso disminución de la sensibilidad al tacto y temperatura. Los síntomas pueden variar en severidad incluso en individuos de una misma familia, aunque este trastorno no suele afec-tar a la esperanza de vida en la mayoría de pacientes.⁶ En ocasiones, la presentación isquémica del miembro puede ser de evolución rápida, instaurándose lesiones en el pie de difícil manejo, con dolor, infección y necrosis.⁵

La exploración biomecánica del pie es imprescindible para la identificación precoz de los factores de riesgos de ulceración.³ Esta patología es de gran interés para la atención médica de los pacientes diabéticos por todas las especialidades médicas y dirigido especialmente a la atención primaria de salud.⁷

El objetivo de este trabajo es describir el caso de un paciente con diabetes mellitus de tipo 1 con pie de Charcot, de difícil manejo clínico y psicológico, con tendencia a la necrosis, que precisa de una resección de tejidos para resolver el problema, mediante intervención quirúrgica, registrado en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador, 2019.

2 Metodología

2.1 Representación del caso clínico

Paciente de 23 años de edad, sexo masculino, soltero, procedente y residente en Cuenca- Ecuador, con instrucción superior. Con diagnóstico de DMT 19 años evolución, pie de charcot cinco meses de evolución, pie diabético grado III en la Escala de Wagner, neuroisquémico, con alto riesgo de amputación, paciente de alto riesgo social (véase en el Anexo 1).

Con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia respiratoria tipo I, neuropatía diabética, retinopatía diabética, mal control metabólico, trastorno emocional, diabetes mellitus tipo I desde los 14 años, coma diabético por dos ocasiones a los 15 y 18 años por falta de adherencia al tratamiento.

Motivo de consulta: paciente de sexo masculino, de 23 años de edad, acude a emergencia por presentar en el pie derecho edema grado II perilesional, piel del contorno descamativa, dolor intenso de tobillo, ulcera en región plantar de 4x4x4cm, con cinco meses de evolución, tunelizada, exudado de mal olor y color amarillo, pero que desde hace 5 días presenta signos de inflamación e infección, por lo que se aplica tratamiento casero sin encontrar mejoría, posterior acude a la Unidad de Pie Diabético, tras valoración se decide al ingreso a hospitalización.

Examen físico: apariencia general regular, presión arterial 130/90, hipertermia de 38.5, taquicardia 110 por minuto, SO₂ 90 %, FiO₂ 21 %, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, actividad psicomotora conservada, abdomen con presencia de tejido adiposo prominente, blando, depresible, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación, presencia de zonas con signos de inflamación periumbilical por la administración de insulina, miembros inferiores con tono y fuerza muscular conservada, pie derecho presenta edema grado II perilesional, piel del contorno descamativa, dolor de tobillo, ulcera en región plantar de 4x4x4, tunelizada, exudado de mal olor y color amarillo, signos de infección e inflamación, pulsos femoral 3/3, poplíteo 3/3, maleolar 2/3 y pedio 2/3.

Los datos de valoración en los patrones de estudio, según Marjory Gordon⁸ son:

Percepción de salud: regular, con pronóstico incierto (riesgo de amputación) y con dificultades para el autocuidado.

Metabólico nutricional: paciente con sobrepeso (IMC 26.9%), incremento de peso en los últimos años, se alimenta de dieta hipercalórica, hiperproteica.

Actividad y ejercicio: en reposo relativo, taquipnea 30 por minuto, tono y fuerza muscular conservada, de miembro inferior derecho poco disminuida, marcha inestable por presencia de lesión en el pie.

Autopercepción: falta de motivación, ansiedad, depresión, problemas de autoestima y de personalidad.

Relaciones: soltero, conflicto con familiares, apoyo insuficiente de familiares, estudiante de instrucción superior, fuma 10 cigarrillos por semana e ingiere alcohol desde los 15 años de manera ocasional.

Tolerancia al estrés: con dificultad de afrontar la crisis y el estrés, dependiente familiar.

Valores y creencias: actitud ante el sufrimiento y dolor, preocupación por su enfermedad.

Exámenes complementarios:

- Examen de pie derecho en tres posiciones, resonancia magnética.
- Se descarta lesiones estenóticas y oclusivas de vasos distales y trombosis venosa profunda, mediante un ecodoppler.
- Laboratorio: glicemia 383 mg/dl, urea 45.4mg/dl, neutrófilos 58.8%, linfocitos 31.5%, hematocrito 37%, hemoglobina 12.4%, HbA1c 12.4%. se administra Insulina lantus 30-0-0, Insulina Rápida 10-20-10

2.2 Evolución

Paciente desde los 14 años diagnosticado de diabetes mellitus tipo I, coma diabético por dos ocasiones a los 15 años y 18 años, hace 3 años presenta cambios tróficos en los pies como: edema, hiperqueratosis, hormigueo, hace 1 año camina descalzo provocándose una ulcera de difícil manejo (3 meses), cada año presenta ulcera por mal cuidado de los pies. Paciente ingresa el 9 de abril y es dado de alta el 28 de mayo del 2019 (50 días de hospitalización). El 24 de abril ingresa a la Unidad de cuidados intensivos por edema agudo de pulmón/neumonía, por sobrecarga de líquidos, insuficiencia respiratoria tipo I, SO₂ 89%, FiO₂ 36%, ingresa a ventilación mecánica, el 30 de abril es dado de alta a piso con cuadro recuperado. Egres del hospital el 28 de mayo luego de recibir curaciones y mejoría de la ulcera en el pie. Cuatro meses después, (el 20 de septiembre) reingresa por presentar temperatura de 38,5 grados, malestar general, dificultad a la deambulación, edema e inflamación en la cara dorsal y plantar del pie y tobillo, dolor de moderada intensidad, se observa colección tabicada de aproximadamente 22 x 16 cm entre el tercer y quinto dedo de la región metatarsiana, por lo que se realiza destechamiento plantar más limpieza quirúrgica (Anexo 2) del pie derecho, con aproximación de bordes (Anexo 3), colocándose férula de yeso posterior, se complementa

con tratamiento farmacológico: losartan 100mg cada día, simvastatina 20mg cada día, Insulina Lantus 36 UI cada día, Insulina Novo rapid 6UI predeayuno y prealmuerzo, 10UI premerienda, imipenem 500mg cada 6 horas por 10 días, linezolid 600mg cada 12 horas por 10 días. Paciente es dado de alta luego de 12 días de hospitalización, con educación en autocuidado y controles por consulta externa.

Paciente con trastornos de adaptación al medio y estrés grave, ha evolucionado favorablemente, luego del alta de cuidados intensivos, recibe capacitación y ayuda psicológica todos los días, con material de apoyo, para que el paciente desarrolle habilidades y destrezas en el manejo de la enfermedad.

3 Desarrollo y Discusión

La diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) es una enfermedad autoinmune cuya etiología implica predisposición genética y factores ambientales. Los polimorfismos de algunos genes se encuentran entre los factores genéticos más importantes que influyen en la autoinmunidad.⁹

De acuerdo con la Asociación Americana de la Diabetes, más de 25 millones de personas en Estados Unidos tienen esta enfermedad, alrededor de 8% de la población también la padece y no está diagnosticada. De 60-70% de las personas con diabetes desarrollan daño en los nervios periféricos y hasta 29% de estos pacientes pueden presentar artropatía de Charcot. En la mayoría de los casos esta complicación es tardía, por lo general aparece después de que el paciente ha padecido diabetes durante un largo período.¹⁰

En Ecuador, según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%, demuestra que la prevalencia de la obesidad está aumentando en todos los grupos de edad; 3 de cada 10 niños en edad escolar presenta sobrepeso y obesidad; 2 de cada 3 ecuatorianos entre los 19 y 59 años tiene sobrepeso y obesidad, lo que constituye un serio problema de salud pública.¹¹

La enfermedad de Charcot es un grupo de trastornos neuromusculares que afectan fundamentalmente a los nervios periféricos que conectan la médula espinal y el cerebro con los músculos y los órganos sensoriales. Los primeros síntomas suelen ser debilidad muscular en los pies que pueden pro-vocar anomalías como el pie cavo, cavo-varo, dedos en garra y plantarflexión de primer metatarsiano.⁶

Loupa, reporta un caso de un paciente joven de 28 años, diabetes tipo I, 12 años de evolución, HbA1c= 14.9%, con pie diabético que fue tratado con éxito al momento del diagnóstico con descarga bilateral de aire. Desafortunadamente, debido a la depresión y el incumplimiento, la enfermedad progresó a lesiones graves y permanentes más adelante.¹²

Sánchez, 2018,³ presenta a un paciente con diabetes tipo I con amputación transtibial por vasculopatía diabética, que presentaba hiperqueratosis en primer y quinto metatarsianos en zona plantar así como alteraciones tanto en la sensibilidad superficial como profunda, un caso es de gran inte-

rés para la atención médica de los pacientes diabéticos por todas las especialidades médicas y dirigido especialmente a la atención primaria de salud Vallés Gamboa AS,⁷ analiza un paciente de 21 años, con diabetes mellitus de tipo 1 con pie de Charcot, por presentar una artropatía neuropática de Charcot, en el estadio tres de Eichenholtz, con 12 años de evolución, un mal control metabólico, hemodiálisis por insuficiencia renal y en su posterior evolución comenzó a presentar pericarditis urémica con fallo cardíaco y fallecimiento posterior.

Un estudio en Perú,¹³ donde se incluyeron 330 pacientes con diabetes, la prevalencia de neuropatía periférica fue de 44,2 % y analiza un caso de paciente de 38 años con DM tipo I por hiperglucemia con cetosis, poliuria y polidipsia intensa de 3 semanas de evolución, acompañado de la pérdida de 12Kg en el último año, glucemia 340mg/dl, IMC: 17Kg/m², tensión arterial 145/95mmHg y frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, hemoglobina glucosilada al debut fue de 13,4 %. Datos importantes reflejados en relación al estudio de caso que se presenta con el paciente de 21 años, con presión arterial 130/90, hipertermia de 38.5, taquicardia 110 por minuto, glicemia 383 mg/dl, HbA1c 12.4 %, con complicaciones clínicas y psicológicas.

El tratamiento se centra principalmente en la interrupción del proceso inflamatorio y el alivio del dolor utilizando dispositivos de descarga de pies. En casos más graves, puede ser necesaria una intervención quirúrgica. Además, el uso de plantillas personalizadas y zapatos ortopédicos personalizados es obligatorio.¹²

La educación diabetológica es el proceso de proporcionar al paciente un conocimiento de las habilidades necesarias para llevar a cabo el autocontrol y el manejo de las crisis, y para realizar cambios en el estilo de vida. Como resultado de este proceso, el paciente conocerá y será un participante activo en su enfermedad.⁴ La relación médico paciente es fundamental para lograr la adhesión del mismo al tratamiento, del que la información y la educación forman parte. La mayor posibilidad de curación del pie de Charcot yace en el temprano reconocimiento de la enfermedad y en el tratamiento conservador con correcta inmovilización, en la mayoría de los casos.¹⁴

La orientación del equipo multidisciplinario es indispensable en el desarrollo del autocuidado, favoreciendo la independencia y la adaptación del paciente a sus actividades diarias. El personal profesional de salud responsable del cuidado debe tener conocimiento especial sobre el manejo y educación al paciente-familia y al mismo tiempo adaptarlo al entorno social.¹⁵ El equipo multidisciplinario debe estar conformado por podólogo, traumatólogo, internista, cirujano vascular, endocrinólogo y enfermeras capacitadas en la especialidad.

4 Conclusiones

Paciente con 28 días de hospitalización, se va con el alta en mejores condiciones, se educa sobre el manejo adecuado de su enfermedad, propuesta por parte del paciente elaborar

un documental para compartir con los otros pacientes. Se sugiere seguimiento en clínica de heridas y unidad de pie diabético.

Dada la magnitud de la población en riesgo de padecer la enfermedad, resulta imposible que todos los pacientes sean atendidos por el médico especialista, por lo tanto, es necesario que los de atención primaria cuenten con herramientas, sencillas y actualizadas que les permitan el abordaje (educación), la evaluación y el tratamiento del paciente diabético, así como decidir cuándo deberían referirlo al especialista (endocrinólogo, oftalmólogo, nefrólogo etc.). Es importante la inspección minuciosa de los pies todos los días, al igual que el control glucémico periódico.

5 Anexos



Anexo 1. Motivo de ingreso



Anexo 2. Limpieza quirúrgica



Anexo 3. Aproximación de bordes

6 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

7 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

8 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- López E, Parra, Vázquez J. La neuroartropatía de Charcot en el pie diabético. Rev. Acta Ortop Mex. 2016; 30(1).
- Sánchez M, Alcazar E. Análisis cinemático de tobillo en plano sagital de paciente diabético con amputación transtibial: A propósito de un caso. Rev Cuest de fisioter. 2018;47(3): 224-232.
- Gil LE, Sil MJ, Domínguez ER, Torres L, Medina JH. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Méd del Inst Mexi del Seg Soc. 2013;51(1): 1-16.
- Fernández VL, Llatas FP, Pujalte BF, Talamantes CS. Manejo del paciente diabético con úlcera neuroisquémica: A propósito de un caso. Enferm Dermat. 2012;6(16):34-38.
- Sarroca N, Gallart J, González D, Valero J. El pie en la enfermedad Charcot Marie Tooth: A proposito de un caso. 2017;38(2): 22-29.
- Vallés AS, Velázquez W, Osorio CM. Diabetes mellitus de tipo 1 y pie de charcot en el tercer estadio de Eichenholtz. Rev cubana. 2015;16(1).
- Herdman T. Kamitsuru S. NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación. Edición Hispanoamericana Elsevier; 2015.
- Samahy M, Toaima D, Elshami Y. Effect of Estrogen Receptor- alpha gene polymorphism (IVS1-397 T>C) on microvascular complications of Type 1 Diabetes Mellitus. Rev. Curr Diabetes. 2019.
- Morrison WB, Shortt CP. Ting AYL. Imaging of the Charcot foot. Brooklandville: Data Trace Publishing Company; 2010.
- Naranjo Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. Rev Finl. 2016; 6(1): 1-2.
- Loupa CV, Meimeti E, Kokas A, Voyatzoglou ED, Donou A. An atypical and bilateral presentation of Charcot foot disease. BMC Endoc Disord. 2019;19(1):1-5.
- Oliveros L, Egaña N, Aramburu M, Yoldi A, Goena Iglesias M. Debut de diabetes mellitus en paciente joven: diabetes tipo 1. Rev. Endoc y Nut. 2012;59(4):275-276.
- Schinca N, Alvarez J. Artropatía Neuropática o Pie de Charcot. Rev. Biomed. 2012;7(1): 44-50.
- Minchala R, EstrellaM. Caso Clínico: Abordaje de Ostomías. Rev. Méd HJCA; 2017;9(2): 181-185.

Recibido: 3 de febrero de 2020

Aceptado: 16 de agosto de 2020



Caso clínico: Supervivencia a Covid-19 de un paciente vulnerable

Clinical case: Covid-19 survival of a vulnerable patient

Rosa Elvira Minchala-Urgilés^{1*}, Andrés Leonardo Vázquez-Cárdenas¹, María Eloisa López-Solórzano¹, María de los Ángeles Estrella-González², Andrés Alexis Ramírez-Coronel²

¹ Hospital José Carrasco Arteaga (IESS), Cuenca, Ecuador

² la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

*rosaeminchalauhotmail.com

DOI: https://doi.org/10.26871/killkana_salud.v4i3.659

Resumen

Contexto: La Covid-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-Cov2, que afecta a las personas, detectado en diciembre del 2019, en la provincia de Hubei, en China. Es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo y sobre todo a personas más vulnerables. **Objetivo:** describir la supervivencia de un paciente adulto mayor vulnerable, con comorbilidades y recuperado de covid-19; y brindar cuidados de enfermería de calidad mediante la valoración de los dominios de estudio, según los Diagnósticos Enfermeros de NANDA Internacional. **Metodología:** Se procedió al ingreso hospitalario, realización de análisis complementarios: radiológicos, de laboratorio, gasometría, y examen físico. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, de 86 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, obesidad grado II, EPOC, poliglobulia, acude a emergencia por presentar 24 horas antes del ingreso artralgias, disnea de pequeños esfuerzos, hipertermia, hipoxemia severa, mejorando la saturación con 6 a 8 litros de oxígeno. Al examen físico de ingreso, presentó mala mecánica ventilatoria, con disociación toracoabdominal respiratoria, PAFI: 104, por lo que se procede a intubación rápida e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, toma de muestra para prueba rápida de Covid, dando IGG, IGM positivo. Permanece intubado por 9 días, es dado alta a hospitalización, donde se mantiene con apoyo de oxígeno por 12 días, más tratamiento farmacológico, recibe alta médica con medidas de aislamiento, fármacos, oxigenoterapia y educación en autocuidados.

Palabras clave: supervivencia, Covid-19, paciente vulnerable, pandemia.

Abstract

Context: Covid-19 is an infectious disease caused by the SARS-Cov2 coronavirus, which affects people, detected in December 2019, in Hubei province, China. It is a pandemic that affects many countries around the world and especially the most vulnerable people. **Objective:** to describe the survival of a vulnerable elderly patient, with comorbidities and recovered from covid-19; and to provide quality nursing care by evaluating the study domains, according to the NANDA International Nursing Diagnoses. **Methodology:** We proceeded to hospital admission, carrying out complementary analyzes: radiological, laboratory, blood gas, and physical examination. **Clinical Case:** 86-year-old male patient with a history of hypertension, type II diabetes mellitus, grade II obesity, COPD, polyglobulia, went to the emergency room due to arthralgia 24 hours before admission, dyspnea on small efforts, hyperthermia, severe hypoxemia, improving saturation with 6 to 8 liters of oxygen. On admission physical examination, he presented poor ventilatory mechanics, with respiratory thoracoabdominal dissociation, PAFI: 104, for which he proceeded to rapid intubation and admission to the Intensive Care Unit, sample collection for rapid Covid test, giving IGG, IGM positive. He remains intubated for 9 days, is discharged to hospitalization, where he is maintained with oxygen support for 12 days, plus drug treatment, receives medical discharge with isolation measures, drugs, oxygen therapy and self-care education.

Keywords: Survival, COVID-19, Vulnerable patient, Pandemic.

1 Introducción

Los coronavirus son viejos conocidos de la humanidad, estos patógenos se caracterizan por atacar principalmente al sistema respiratorio humano; se conocían seis tipos de coronavirus con la capacidad de infectar a los humanos, de ellos, cuatro ocasionan un resfriado común y casos graves en inmunocomprometidos, los otros dos incluyen

el Síndrome Respiratorio Agudo (SARS) y al Síndrome de Medio Oriente (MERS), los cuales causaron preocupación mundial¹. A fines de diciembre de 2019, se reportaron varios casos de neumonía viral de etiología desconocida en el hospital de Wuhan de China, un nuevo brote de coronavirus surgía, se trataba del SARS-CoV-2, responsable de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), denominada así por la Organización Mundial de la Salud

(OMS),² y se diseminaba por todo el mundo, los esfuerzos por parte de los países para contener el virus y frenar su propagación fueron insuficientes y poco efectivas, así se convirtió en una emergencia de salud pública mundial, siendo catalogada como una pandemia por la OMS.³

El SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, es un virus de ARN monocatenario, perteneciente a la orden *Nidovirales*, familia *Coronaviridae* y de subfamilia *Orthocoronavirinae*, y se convierte en el séptimo coronavirus en infectar a los humanos.⁴ El análisis filogenético basado en secuencias genómicas completas muestra que los murciélagos son el reservorio de origen del SARSCoV-2.⁵

En 31 de diciembre del 2019 la Organización Mundial de la Salud fue informada por las autoridades sanitarias chinas de la aparición de casos de neumonía de origen desconocido en la ciudad de Wuhan en China. El 7 de enero de 2020, científicos chinos identificaron a un nuevo coronavirus como el agente etiológico de la enfermedad denominada COVID-19. La secuenciación del genoma del nuevo coronavirus mostró gran similitud con el coronavirus (Covid-1 o SARS-CoV) causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), ocurrido también en China entre los años 2002-2003.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en abril del 2020 declaró a la infección por corona virus como una emergencia de salud pública de preocupación Mundial. La pandemia que azota a todo el planeta, se desarrolla como una infección multisistémica con afectaciones principalmente pulmonares graves. Los factores de riesgo dependen del huésped, el agente y el medio ambiente. Desde el inicio de la pandemia se describieron factores de riesgo relacionados con la edad del paciente, la presencia de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y aquellas asociadas a inmunodepresión como cáncer, VIH y otras patologías autoinmunes.

La vulnerabilidad se define como la “exposición continua al riesgo”, en salud indica la susceptibilidad de la/s persona/s a problemas y daños de la salud, siendo un claro indicador de inequidad y desigualdad.⁷ Canchari A. y col., realizaron una revisión bibliográfica a partir de un total de 84 referencias bibliográficas. En los diferentes colectivos vulnerables analizados se evidenció el incremento del riesgo de contagio y a desarrollar estadios graves por infección del SARS-CoV-2, aun no existe un consenso en cuanto al manejo y tratamiento de la COVID-19 en adultos mayores, personas con comorbilidad e inmunosuprimidos.⁸ Los adultos mayores presentan síntomas más graves que las personas jóvenes o de mediana edad. El foco de contagio son los hijos que salen a la calle y que son asintomáticos, por lo que se recomienda evitar las visitas a los padres y abuelos en estas épocas.

Se ha informado que alrededor de 2 a 10% de los pacientes con COVID-19 presentaban síntomas gastrointestinales como diarrea, vómitos y dolor abdominal, y otros síntomas más infrecuentes son la ageusia y agnosia.⁹ Para el diagnóstico se realizan pruebas moleculares como el RT-

PCR, a tiempo real que se realiza en muestras respiratorias y la prueba serológica ELISA de IgM. La combinación de ambas, mejora la sensibilidad de detección.¹⁰ Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y los hace más vulnerables a la COVID-19; por tal razón la implementación de medidas preventivas que disminuyan el contagio por SARS-CoV-2 son prioritarias.¹¹ En Chile, indican que 7,2% de los casos correspondió a personas de 60 años a más. Otro estudio en Italia, reportó que el promedio de edad de personas fallecidas por el SARS-CoV-2 fue de 81 años.¹²

Liu y otros, realizaron un estudio en el Hospital Universitario de Jiangnan, donde compararon pacientes con un IMC normal y elevado, encontraron que los que los de mayor masa corporal tenían mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad grave ($27,0 \pm 2,5$) en comparación con los que tenían un IMC adecuado ($22,0 \pm 1,3$) ($p < 0,001$).¹³ El tratamiento de los pacientes con alto grado de obesidad se complica, debido a que los equipos se dispondrán solo en centros hospitalarios especializados y también presentan mayor dificultad durante la posición prono, utilizada en la estancia hospitalaria. Los primeros datos disponibles acerca del papel de la obesidad en COVID-19 sugieren que las personas con obesidad severa tienen más riesgo de hospitalización, cuidados intensivos, ventilación mecánica y/o muerte, independientemente de otras comorbilidades¹⁴

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud¹⁵ señala: Los trabajadores de la salud están en la primera línea del COVID-19 en respuesta al brote y, como tal, están expuestos a peligros que ponen en riesgo de infección. Los riesgos incluyen la exposición a patógenos, largas horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento ocupacional, estigma físico y psicológico. Sin embargo, el objetivo fundamental es el cuidado de la vida, la recuperación de la salud de los pacientes y la reinserción en el entorno social. En relación a ello; Minchala R. y col.,¹⁶ Manifiesta: Brindando atención con amabilidad, respeto y empatía; el conocer día a día la evolución del paciente, aportando conocimientos y habilidades en la gestión de los cuidados; habilidades que se ven limitadas debido al miedo de contagio, la cantidad de protección que lleva puesta, no poder expresar o demostrar una sonrisa y expresiones de aliento; no deja de causar temor, ansiedad, al saber que el contagio se lo realiza de persona a persona y más aún al no disponer de material de protección adecuado.

El objetivo del estudio es describir la supervivencia de un paciente adulto mayor vulnerable, con comorbilidades y recuperado de covid-19; y brindar cuidados de enfermería de calidad mediante la valoración de los dominios de estudio, según los Diagnósticos Enfermeros de NANDA Internacional.

2 Metodología

2.1 Representación del caso clínico

Paciente de 86 años, sexo masculino, jubilado, viudo, con instrucción bachiller; diagnosticado de diabetes mellitus tipo II (metformina), hipertensión arterial (clopidrogel 75mg, losartan50m), EPOC desde hace 20 años, exfumador crónico, durante 50 años. Con diagnósticos de ingreso de Covid-19 (Virus identificado SARS cov2 (U071)). Permanece ingresado previamente en el hospital con prueba PCR positiva para Covid, desde el 27 de mayo del 2020 hasta el 12 de junio, es dado de alta en mejores condiciones, con apoyo domiciliario de oxígeno 2 litros por minuto con SO₂ de 90 %. Durante su estancia hospitalaria recibió ceftriaxona (7 días) y azitromicina (5 días). Tres días después acude a emergencia por hipoxemia grave, artralgias, luego de intubación ingresa a cuidados intensivos.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, EPOC, obesidad grado II (IMC 31.2), diabetes mellitus tipo II, poliglobulia, insuficiencia respiratoria tipo I y trastorno emocional.

Exámenes complementarios:

- Radiológicos: TAC de tórax: infiltrado alveolo intersticial difuso bilateral, con imágenes de aspecto consolidativo en patrón de vidrio esmerilado de distribución central y periférico, derrame bilateral moderado, áreas de atrapamiento aéreo, bandas atelectásicas bilaterales.
- Laboratorio: PCR 28.20, urea 84, creatinina 1.38, potasio 147, cloro 107, calcio total 7.89, bilirrubina total 1.55, magnesio 1.82, fosfatasa alcalina 62, proteínas totales 4.7, albumina 2.3. INR 096 %: 104, TP 115, TTP 27.7, Na 137, K 3.62, AST 127, ALT 326, LDH 508, GGT 157, Leucocitos 7.13, Hemoglobina 18.5, Hematócrito 57.5, Linfocitos 1.78, Neutrófilos 2.58, Plaquetas 225, glucosa 132.
- Gasometría: BE: -3000, HCO₃: 28.0, O₂SAT: 83.20, PCO₂: 82.800, PHS: 7.147, PO₂: 63.6.

Tomografía de tórax.

Motivo de consulta: paciente de 86 años de edad, acude a emergencia por presentar disnea y malestar general, taquipnea, lenguaje entrecortado. Paciente previamente ingresado al hospital con diagnóstico de Covid-19, con reporte de PCR positivo, al alta se envía con oxígeno domiciliario a 2 litros, luego de tres días postalta es traído a emergencia por los paramédicos por presentar artralgias, sensación de alza térmica, disnea con mayor requerimiento de oxígeno, de 6 a 8 litros, tras valoración y por los antecedentes, se decide al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos posterior a intubación orotraqueal en emergencia.

ESCALAS: PAFI: 28/06/2020: 315 FIO₂ 28 %

MEWS COVID19: 1-07-2020: 10 puntos/riesgo muy alto de complicación

Examen físico: presión arterial 130/90, hipertermia de 38.5, taquicardia 132 por minuto, taquipnea 38 por minuto, SO₂ 85 %, FiO₂ 60 %, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, actividad psicomotora disminuida, tórax

con utilización de músculos accesorios, disociación toraco abdominal, abdomen con presencia de tejido adiposo prominente, blando, depresible, timpánico a la percusión, miembros inferiores con tono y fuerza muscular disminuida.

2.2 Evolución

Ingresa con diagnóstico de Covid-19, con 15 días previos en hospitalización; reingresa por emergencia por presentar disnea de pequeños esfuerzos, mala ventilación mecánica, hipoxemia severa, PAFI: 104, por lo que se procede a intubación rápida, administración de cristaloides y vasoactivos; paciente hemodinamicamente inestable, pronado durante 4 días, recibe dosis de tocilizumab, se realiza progresión ventilatoria con buena tolerancia, se extuba luego de siete días, se mantiene con apoyo suplementario de oxígeno, FIO₂ 32 % con saturación sobre los 90 %, el 27/06, sale a hospitalización, permanece afebril, cumpliendo antibioterapia con piperacilina/tazobactam. Luego de 19 días de hospitalización, es dado de alta, con hisopado nasofaríngeo negativo, temperatura de 37.4 grados, TA 100/57 mmHg, FC: 99 por minuto, FR: 22 por minuto, SO₂ 90 %, FIO₂ 28 %, tolera bien la alimentación. Paciente con evolución favorable, condición estable y pronóstico bueno.

Los datos de valoración en los dominios de estudio, según los Diagnósticos Enfermeros de NANDA Internacional¹⁷ son:

Dominio 2: Nutrición; Clase 1. Ingestión; Obesidad – 00232. Acumulación excesiva de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso. IMC 31.2.

Clase 4. Metabolismo; Riesgo del nivel de glicemia inestable- 00179. Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa. Glicemia 132 mg.

Dominio 3: Eliminación e intercambio; Clase 2; función gastrointestinal. Riesgo de estreñimiento – 00015. Paciente con estreñimiento, mejora con la ingesta de líquidos y actividad física.

Clase 4: Función respiratoria: Deterioro del intercambio de gases – 00030. Déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo/capilar. Es necesario la administración de oxígeno a domicilio 2 litros por minuto con SO₂ de 92 %.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 2: Actividad/ejercicio. Deterioro en la deambulación – 00088. Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno. Requiere ayuda y es cuidado por enfermera particular.

Clase 5: Autocuidado. Disposición para mejorar el autocuidado – 00182. Realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y es reforzado con rehabilitación física.

Dominio 7: Rol/relaciones; Clase 2: Relaciones familiares. Disposición para mejorar los procesos familiares – 00159. A pesar de las medidas de aislamiento recibe apoyo constante de su hija.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés; Clase I: Respuestas postraumáticas. Riesgo de síndrome postraumático – 00145. Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante el acontecimiento traumático, para lo cual recibe terapia con médico psicólogo.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar – 00075. Patrón de manejo de las tareas adaptativas, el mismo que es reforzado por la enfermera que lo cuida.

Dominio 11: Seguridad/protección; Clase 1: Infección. Riesgo de infección – 00004. Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, debido a la afectación de su sistema inmunológico.

Clase 6: Termorregulación. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal – 00005. Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal, riesgo de hipertermia debido a la infección.

Dominio 12: Confort; Clase 1: Confort social. Aislamiento social – 00053. No recibe visitas de sus familiares, pero tiene cuidado permanente por una enfermera particular.

3 Desarrollo y Discusión

Tras el brote de una enfermedad por un nuevo coronavirus (COVID-19) que se produjo en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei, en China, se ha producido una rápida propagación a escala comunitaria, regional e internacional, con un aumento exponencial del número de casos y muertes. El 30 de enero del 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). La COVID-19 se ha propagado a los 54 países y territorios de la Región de las Américas. Hasta el 10 de agosto del 2020 la OPS/OMS reportan 10.697.832 casos confirmados y 390.850 muertes.

El coronavirus asedió de manera drástica a los hospitales a nivel mundial desde los meses de febrero y marzo, ocasionando una genuina revolución en la condición de trabajar, adaptando espacios improvisados para la hospitalización, con incremento considerable de camas y ventiladores en las UCIs y otros espacios para pacientes menos graves; una redistribución de personal sanitario y asignación de recursos presupuestarios.

El Covid-19 ha despojado a la humanidad y a la fragilidad que representa ser individuo de sociedad en un sistema globalizado, sin respetar condición social o económica. Más allá de cómo o cuándo, el coronavirus se ha convertido en una pandemia de gran escala sin registros históricos por la rapidez con la que se ha transmitido, y los números de mortalidad a la fecha avalan esa afirmación demostrando que los sistemas de salud son vulnerables por las capacidades instaladas de atención.⁸

Las investigaciones con SARS-CoV establecieron que este virus ingresa a las células utilizando como receptor a la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ECA 2).

También se confirmó que SARS-CoV-2 utiliza esta misma enzima ya que no se habla de un mecanismo en sí para ingresar a sus células blanco, especialmente a nivel del sistema respiratorio. ECA-2 es una proteasa integrante del sistema renina angiotensina “alterno o no canónico” con importantes acciones regulatorias sobre los sistemas cardiovascular, renal y pulmonar, entre otros.⁶

La detección en tiempo real de la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (rRT-PCR) se considera la prueba de laboratorio estándar para el diagnóstico de COVID-19. No existe un agente antiviral probado contra el SARS-CoV-2, por lo que el tratamiento es sintomático y tiene como objetivo la prevención de las complicaciones. El brote de COVID-19 ha llevado a la implementación de extraordinarias medidas de salud pública en todo el mundo. El distanciamiento social y la contención comunitaria se han implementado en varios países y han jugado un papel importante en la prevención de nuevos brotes.¹⁸ Estudios revelan que la tasa de supervivencia de los pacientes con Covid-19 que se encuentran en la UCI ha mejorado un 33 %, desde el comienzo de la pandemia, debido al menos en parte a una mejor atención hospitalaria.

Algunos síntomas, como la falta de aliento y los problemas de coagulación, pueden tratarse con medicamentos, pero los expertos señalan la variedad de terapias que podrían llegar a ser necesarias, como la terapia respiratoria, física, ocupacional o de habla. Debido a esto es muy probable el aumento en la demanda de fisiatras, neurólogos y especialistas de la salud mental.

4 Conclusiones

Regularmente el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo de morbilidad y mortalidad prematura, con repercusiones directas sobre la calidad de vida de las personas; más que un factor de riesgo es considerado como una enfermedad primaria que demanda altos costos en la atención sanitaria.

La pandemia del COVID-19 ha sacudido a los especialistas de todas las áreas, provocando crisis e incertidumbre, rapidez de contagio y la urgencia de adoptar medidas, sea internacionales dictadas por la OMS, nacionales dictadas por los gobiernos o cantonales decididas por los municipios.

Las medidas terapéuticas son básicamente de soporte. Aún no se ha demostrado que los productos farmacéuticos sean seguros y efectivos para el tratamiento de COVID-19.

La orientación del equipo multidisciplinar es indispensable en el desarrollo del autocuidado, el aislamiento social, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y el retorno y adaptación del paciente.

Se trata de un caso de supervivencia a covid-19 de un paciente adulto mayor, vulnerable, que fue tratado en la Unidad de cuidados intensivos, con ventilación mecánica, posterior a hospitalización y luego a domicilio, recibe educación sobre el manejo de aislamiento, medidas de protección, seguimiento epidemiológico y el autocontrol de la

diabetes, hipertensión y medidas higiénico dietéticas. Se da seguimiento al caso y el paciente se encuentra recuperado y en mejores condiciones.

5 Recomendaciones

Indicaciones al alta: aislamiento domiciliario, habitación y vajilla individual, oxígeno domiciliario para saturar >90 %, terapia física y respiratoria, control de oximetrías, dieta balanceada, medidas de bioseguridad, uso de mascarilla y lavado frecuente de manos, seguimiento epidemiológico, tratamiento farmacológico de enoxaparina 60mg, losartan 50mg. Un mes después del alta, un familiar señala que el paciente se encuentra en buenas condiciones, con signos vitales dentro de parámetros normales, no requiere oxígeno, deambula con ligera dificultad y se alimenta muy bien.

6 Abreviaturas

COVID-19: Coronavirus disease 2019.
TAC: Tomografía axial computarizada
IMC: Índice de masa corporal
PCR: Proteína C reactiva
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
EPOC: Enfermedad obstructiva pulmonar

7 Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado.

8 Conflicto de Intereses

No existen conflictos personales, profesionales, financiero de otro tipo.

9 Consentimiento Informado

Los autores cuentan con el consentimiento informado de los pacientes para la investigación, la publicación del caso y sus imágenes.

Referencias Bibliográficas

- Ahn DG, Shin HJ, Kim MH, Lee S, Kim HS, Myoung J. Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Rev. J Microbiol Biotechnol.* 2020 Apr 15; 30(3): p. 313-24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32238757>
- Singhal T. A. Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Rev. Indian J Pediatr.* 2020 Apr 15; 87(4): p. 281-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32166607>
- Chung RV, Dong D, Li MM. Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak. *Rev. BMJ.* 2020 Apr; 369: p. 1329. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32238351>
- Rabaan AA, Al-Ahmed SH, Haque S, Sah R, Tiwari R, Malik YS, et al. SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-CoV: A comparative overview. *Rev. Infez Med.* 2020 Apr 15; 28(2): p. 174-84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32275259>
- Gao Y, Yan T, Huang Y, Liu F, Zhao Y, Cao L, et al. Structure of the RNA-dependent RNA polymerase from COVID-19 virus. *Rev. Science.* 2020 Apr 16; 368(6488). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32277040>
- Ramírez-Sagredo A, Ramírez-Reyes A, Ocaranza MP, Chiong M, Riquelme J, Jalil J, Lavandero S. Antihipertensivos en pacientes con COVID-19. *Rev. Chilena de Cardiología.* 2020; 39(1): p. 66-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602020000100066>
- Brennan VM. Vulnerability. *Rev. J Health Care Poor Underserved.* 2017 Apr 15; 28(3): p. 8-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28804061>
- Canchari A, Renzo C; Quispe Arrieta R; Huaman Castillon K. Covid-19 y su relación con poblaciones vulnerables. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas.* 2020; 19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7445889>
- Gu J, Han B, Wang J. COVID-19: Gastrointestinal Manifestations and Potential Fecal-Oral Transmission. *Rev. Gastroenterology.* 2020 Apr; 132(7). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32142785>
- Li Y, Xia L. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Role of Chest CT in Diagnosis and Management. *Rev. Am J Roentgenol.* 2020 Apr 17; 215: p. 1-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32130038>
- Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *Rev. BMJ.* 2020 Apr 19; 368: p. 1052. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32169830>
- Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Ginebra: Organización Mundial de la Salud. ; 2020 Apr 17. <http://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>
- Liu M, He P, Liu HG, Wang XJ, Li FJ, Chen S, et al. Clinical characteristics of 30 medical workers infected with new coronavirus pneumonia. *Rev. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi.* 2020 Apr 20; 43: p. 3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32062957>
- Petrova D, Salamanca-Fernández E, Rodríguez Barranco M, Navarro Pérez P, Jiménez Moleón JJ, Sánchez MJ. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Rev. Atención Primaria.* 2020; 52(7): p. 496-500. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.003>
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. 2020. [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health)
- Minchala Urgilès R, Estrella Gonzalez M, Prieto Chalen E. Vivencias y emociones del personal de enfermería con pacientes covid-19;. *Médica y de Enfermería Ocronos.*

2020 May; 3(1): p. 20. ISSN 2603-8358

17. Internacional NANDA. Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación 2015-2017. 9781118914939th ed. España: Elsevier; 2014.
18. Shishir P, Ganesh D, Anisha Ch, Tulsi Ram B, Ojash D. La pandemia del coronavirus: ¿qué muestra la evidencia?. Rev. J Nepal Health Res Counc. 2020 Abril 19; 18(1). doi:<http://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i1.2596>



Recibido: 5 de agosto de 2020

Aceptado: 28 de octubre de 2020

Directrices para autores. Normas de presentación y estructuración

Guidelines for authors. Presentation and structuring rules

Consejo editorial - Revista Killkana Salud y Bienestar

Universidad Católica de Cuenca, Cuenca Ecuador

killkana.editorial@ucacue.edu.ec

Resumen

Este documento tiene por finalidad proporcionar las instrucciones y normas para la presentación de artículos a la Revista Killkana Salud y Bienestar. Se dan reglas sobre las fuentes de financiamiento, conflicto de intereses, limitaciones de responsabilidad, tipos de artículos que pueden ser publicados, el uso de la bibliografía. Se manifiesta el sistema de arbitraje de la revista, así como los tiempos para la realización de la misma.

Palabras clave: El autor debe proporcionar palabras clave (en orden alfabético), un mínimo de 3 y un máximo de 6, que ayuden a identificar los temas o aspectos principales del artículo.

Abstract

Debe contener la traducción del resumen en idioma Inglés (traducción con alta calidad).

Key words: Contiene la traducción de las palabras claves al idioma Inglés.

1 Introducción

La revista KILLKANA SALUD Y BIENESTAR de la Universidad Católica de Cuenca, el principal objetivo es difundir la producción científica de los docentes investigadores desde los ámbitos locales, regionales e internacionales; siempre cumpliendo criterios de calidad en contenidos, técnicas y formalidades. Los trabajos publicados están en español e inglés y son estrictamente originales, y pasan por un sistema de arbitrajes de doble par ciego. Las temáticas tratadas son las relacionadas con la Medicina y el Bienestar de las personas, entre otras.

2 Normas de presentación y estructuración

Le solicitamos a los autores que lean las directrices para que puedan identificar de una manera correcta el tipo de publicación que desean presentar y sus características. Entre la documentación a enviar se hace necesario que por cada artículo presenten una **Carta de Originalidad**, la Declaración de Responsabilidad y Autoría, y el Formulario de Declaración de Posibles Conflictos de intereses en la cual firme el autor o los autores de los artículos. De igual forma es necesario que con la presentación de cada texto, se facilite el documento de aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos y el consentimiento informado para la realización de las investigaciones.

Fuentes de financiamiento: estas son las subvenciones, los equipos, medicamentos y/o cualquier otro apoyo

que facilitó la realización de la investigación descrita en el artículo o la escritura del artículo mismo. En caso de haber recibido alguno se declara de igual forma.

Conflicto de intereses: Cada artículo debe presentarse acompañado del Formulario de Declaración de Posibles Conflictos de intereses según el formato establecido por el Comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE). La Revista Killkana Salud y Bienestar tiene su propio formato basado en el establecido por el ICMJE. El formato en idioma inglés puede descargarse en el siguiente enlace: www.icmje.org/coi_disclosure.pdf Para descargar el formato en idioma español, hacer clic en Formulario de Declaración de Posibles Conflictos de Intereses.

Limitaciones de responsabilidad: Cada artículo luego de la información de las fuentes de financiamiento debe venir acompañado de la declaración del/los autor/es sobre que los puntos de vista expresados son de su/s responsabilidad/es y no de la institución en la que trabaja o de la fuente de financiación.

Se pueden publicar tanto artículos originales de investigación, de revisión bibliográfica como casos clínicos.

Extensión: El artículo como mínimo deberá tener 6 páginas (3000 palabras) y como máximo 15 páginas (5000 palabras), excluyendo el resumen, títulos de tablas, figuras y las referencias bibliográficas. El número máximo de autores por cada artículo es cinco.

Título: Debe tener entre 8 y 10 palabras.

2.1 Artículos originales

Resumen: El resumen debe tener como mínimo 250 palabras y como máximo 300, y no puede contener ecuaciones, figuras, siglas, tablas ni referencias. Debe presentar el contexto o el fondo para el estudio, los procedimientos básicos (la selección de las personas participantes en el estudio, ajustes, medidas, métodos analíticos), resultados principales (dando los tamaños de efecto específicos y su importancia estadística y clínica, si es posible) y conclusiones principales. En los ensayos clínicos se deberá incluir lo que el grupo de CONSORT identifica como esencial (www.consort-statement.org/resources/downloads/extensions/consort-extension-for-resumenes-2008pdf/)

Abstract: Debe contener la traducción del resumen en idioma Inglés (traducción con alta calidad) acorde a las directrices del resumen en español.

Palabras clave: Se sugiere la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) para la identificación de las palabras claves tanto en español como en inglés. La cantidad de palabras claves a emplearse como mínimo deben ser 5 y como máximo 7. Para una correcta selección puede consultarse el siguiente enlace: <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

Keywords: Contiene la traducción de las palabras claves al idioma inglés, acorde a las directrices en idioma español.

Introducción: La introducción abarca los antecedentes (tratados de manera breve, concreta y específica), el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación, así como la justificación del estudio), un sumario de la revisión de la literatura, el contexto de la investigación (cómo, cuándo y dónde se realizó), las variables y los términos de la investigación, lo mismo que las limitaciones de ésta. Es importante que se comente la utilidad del estudio para el campo académico y profesional.

Marco teórico o antecedentes : En este apartado se incluyen y comentan las teorías que se manejaron y los estudios previos que se relacionan con la investigación actual. Se recomienda ser breve y conciso. Algunos autores incluyen esta parte en la introducción.

Metodología: En esta parte del artículo se describe cómo fue llevado a cabo el trabajo, e incluye, dependiendo del tipo de investigación realizada, el enfoque; el contexto; casos, universo y muestras; diseño utilizado; procedimiento; y proceso de recolección de datos.

Resultados: Los resultados son producto del análisis de los datos. Compendian el tratamiento estadístico y analítico que se dio a los datos. Regularmente el orden es a) análisis descriptivos de los datos, b) análisis inferenciales para responder a las preguntas o probar hipótesis (en el mismo orden en que fueron formuladas las hipótesis o las variables). Se recomienda que

primero se describa de manera breve la idea principal que resume los resultados o descubrimientos, y posteriormente se reporten con detalle los resultados. Es importante destacar que en este apartado no se incluyen conclusiones ni sugerencias.

Conclusiones y recomendaciones: Discusiones, recomendaciones, sugerencias, limitaciones e implicaciones. En esta parte se deben derivar las conclusiones, las mismas que deben seguir el orden de los objetivos de la investigación; señalar las recomendaciones para otros estudios o derivaciones futuras relacionadas con su trabajo; generalizar los resultados a la población; evaluar las implicaciones del estudio; Relacionar y contrastar los resultados con estudios existentes; reconocer las limitaciones de la investigación (en el diseño, muestra, funcionamiento del instrumento, alguna deficiencia, etc., con un alto sentido de honestidad y responsabilidad); destacar la importancia y significado de todo el estudio y explicar los resultados inesperados. En la elaboración de las conclusiones se debe evitar repetir lo dicho en el resumen.

Referencias: Son las fuentes primarias utilizadas por el investigador para elaborar el marco teórico u otros propósitos; se incluyen al final del reporte, en el orden de aparición en el artículo y siguiendo las normas del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), mejor conocidas como estilo Vancouver. Se recomienda el uso de gestores bibliográficos en el documento (*Word, Zotero, Mendeley*)

Artículos: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del artículo. Nombre de la revista. Año; el volumen seguido del número entre paréntesis (todo lo anterior en letras itálicas), y finalmente las páginas del artículo. Ejemplos:

Waller, I., & Kapral, R. Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Phy. Rev. A*. 1984; 30(4), 2047-2055.

Nistal, J. M. S. El tesoro CINDOC de topónimos. *REDIAL: revista europea de información y documentación sobre América Latina*. 1992; (1), 105-126.

Libros: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del libro. Volumen, edición. Lugar de la publicación, nombre de la editorial; año. Ejemplos:

Sanjuán, MA., & Lineal, GDDN. *Caos, complejidad e interdisciplinariedad. Pensar como un economista*, (Homenaje al profesor Andrés Fernández Díaz). Madris: DELTA Publicaciones; 2009.

Match, JE, & Birch, JW. *Guide to successful thesis and dissertation*, 4th Ed. New York: Marcel Dekker, 1987.

Internet: La World Wide Web nos provee una variedad de recursos que incluyen artículos de libros, revistas, periódicos, documentos de agencias privadas y gubernamentales,

etc. Estas referencias deben proveer al menos, el título del recurso, fecha de publicación o fecha de acceso, y la dirección (URL) del recurso en la Web. En la medida que sea posible, se debe proveer el autor del recurso. Ejemplos:

Pang, Tao (2006). *An Introduction to Computational Physics*, 2nd Edition. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/books/an-introduction-to-computational-physics/1B15BEAC3749EFFE195659F4A166D0E2>

Hiperenlaces: Es recomendable más no indispensable, si los artículos o libros tienen Digital object identifier (doi) o dirección web. Por ejemplo:

Waller, I., & Kapral, R. (1984). Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Physical Review A*, 30(4), 2047. <https://doi.org/10.1103/PhysRevA.30.204>

Lo mismo se aplica para las citas electrónicas:

(2003, Sep.) IEEE computer society press proceedings author guidelines. Disponible en http://www.computer.org/portal/pages/cscps/cps/cps_forms.html

2.2 Artículos de revisión bibliográfica

(Tomado de: Merino-Trujillo, A; (2011). Como escribir documentos científicos (Parte 3). Artículo de revisión. *Salud en Tabasco*, 17(1) 36-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182006>)

En la actualidad existen varias clasificaciones referidas al artículo de revisión. Sin embargo, las más relevantes se pueden clasificar en cuatro tipos de revisión:

La **revisión exhaustiva** de todo lo publicado. Se trata de un artículo de bibliografía comentada, son trabajos bastante largos, muy especializados y no ofrecen información precisa a un profesional interesado en responder a una pregunta específica.

La **revisión descriptiva** proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Este tipo de revisiones tienen una gran utilidad en la enseñanza y también interesará a muchas personas de campos afines, porque leer buenas revisiones es la mejor forma de estar al día en las áreas generales de interés.

La **revisión evaluativa** responde a una pregunta específica, muy concreta sobre aspectos etiológicos, diagnósticos, clínicos o terapéuticos. Este tipo de revisión son las que actualmente se conocen como preguntas clínicas basadas en la evidencia científica.

2.3 Casos clínicos combinados con revisión bibliográfica

Resumen descriptivo: describe brevemente cuál es el contenido del trabajo y no menciona resultados ni conclusiones. Debe tener entre 200 y 250 palabras.

Introducción: se muestran los objetivos del trabajo, y se plantea la necesidad de abordar la pregunta o preguntas que se quiere contestar (el tema a revisar).

Metodología: se expone todo lo relacionado con la búsqueda bibliográfica: cuáles criterios de selección fueron utilizados, recuperación de la información, fuentes documentales, evaluación de la calidad de los artículos seleccionados y por último análisis de la variabilidad, fiabilidad y validez de los artículos.

Desarrollo y discusión: se presentan los detalles más destacables de los artículos revisados (diseños, sesgos, resultados, etc.) y, la síntesis discutida y argumentada de los resultados.

Conclusiones: se exponen las consecuencias que se extraen de la revisión, propuestas de nuevas hipótesis y líneas de investigación concretas para el futuro.

Referencias: Son las fuentes primarias utilizadas por el investigador para elaborar el marco teórico u otros propósitos; se incluyen al final del reporte, en el orden de aparición en el artículo y siguiendo las normas del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), mejor conocidas como estilo Vancouver.

Artículos: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del artículo. Nombre de la revista. Año; el volumen seguido del número entre paréntesis (todo lo anterior en letras itálicas), y finalmente las páginas del artículo. Ejemplos:

Waller, I., & Kapral, R. Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Phy. Rev. A*. 1984; 30(4), 2047-2055.

Nistal, J. M. S. El tesoro CINDOC de topónimos. *REDIAL: revista europea de información y documentación sobre América Latina*. 1992; (1), 105-126.

Libros: Apellido de los autores seguido de la inicial del nombre. Título del libro. Volumen, edición. Lugar de la publicación, nombre de la editorial; año. Ejemplos:

Sanjuán, MA., & Lineal, GDDN. *Caos, complejidad e interdisciplinariedad. Pensar como un economista*, (Homenaje al profesor Andrés Fernández Díaz). Madrid: DELTA Publicaciones; 2009.

Match, JE, & Birch, JW. *Guide to successful thesis and dissertation*, 4th Ed. New York: Marcel Dekker, 1987.

Internet: La World Wide Web nos provee una variedad de recursos que incluyen artículos de libros, revistas, periódicos, documentos de agencias privadas y gubernamentales, etc. Estas referencias deben proveer al menos, el título del recurso, fecha de publicación o fecha de acceso, y la dirección (URL) del recurso en la Web. En la medida que sea posible, se debe proveer el autor del recurso. Ejemplos:

Pang, Tao (2006). *An Introduction to Computational Physics*, 2nd Edition. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/books/an-introduction-to-computational-physics/1B15BEAC3749EFFE195659F4A166D0E2>

Hiperenlaces: Es recomendable más no indispensable, si

los artículos o libros tienen Digital object identifier (doi) o dirección web. Por ejemplo:

Waller, I., & Kapral, R. (1984). Spatial and temporal structure in systems of coupled nonlinear oscillators. *Physical Review A*, 30(4), 2047. <https://doi.org/10.1103/PhysRevA.30.204>

3 Sistema de arbitraje de pares

El proceso de revisión por pares, es una de las fases que componen la publicación de un artículo científico. Es complejo, importante y necesario para medir la rigurosidad, la novedad científica, la calidad de la publicación, la factibilidad de la investigación.

Las Revistas Killkana adoptan la revisión a doble par ciego. El proceso comienza una vez el manuscrito pasa la primera revisión de corrección y es preparado para la revisión por pares. Una vez que la publicación sea aprobada por el Comité Editorial y el Comité Asesor, se procede a enviar el artículo sin los datos del autor a dos pares externos que funcionarán como evaluadores ciegos. Al solicitar la revisión, se le pregunta a los revisores si presentan conflicto de intereses que puedan interferir en la evaluación del manuscrito, con la finalidad de evitar sesgos en sus opiniones sobre la revisión. El tiempo de evaluación que tienen los pares académicos es de 30 a 60 días. Cuando los árbitros emitan sus evaluaciones, en caso de existir sugerencias, correcciones o modificaciones, se le enviará nuevamente al autor para que proceda a hacer los cambios pertinentes, en un plazo no mayor a quince (15) días calendarios. Si existiesen dudas en las evaluaciones, el trabajo se remitirá a un tercer evaluador.

El Equipo Editorial y el Comité Asesor, no permiten evaluadores de hasta tercer grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad con el (los) autor (es).

4 Adopción de código de ética

Las Revistas Killkana están comprometidas con la comunidad científica para garantizar la ética y calidad de los artículos publicados. Nuestra revista tiene como referencia el [Código de Conducta y Buenas Prácticas](#) que define el Comité de Ética en Publicaciones (COPE) para editores de revistas científicas.

El Comité Editorial se compromete a publicar las correcciones, aclaraciones, retracciones y disculpas cuando sea preciso.

En función del cumplimiento de estas buenas prácticas, la revista tiene un sistema de selección de artículos que son revisados por pares externos con criterios basados en la relevancia científica del artículo, originalidad, contribución en el área del conocimiento, contenido, cobertura del tema, y presentación del artículo presentado. El Comité Editorial garantiza en todo momento la confidencialidad del proceso de evaluación, el anonimato de los evaluadores y de los autores, el contenido evaluado, el informe razonado emitido por los evaluadores y cualquier otra comunicación emitida

por los consejos editorial, asesor y científico si así procediese. De la misma forma, se mantendrá la confidencialidad ante posibles aclaraciones, reclamaciones o quejas que un autor desee remitir a los comités de la revista o a los evaluadores del artículo.

De igual forma la revista Killkana Salud y Bienestar, se adscribe a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud <http://www1.paho.org/spanish/bio/cioms.pdf>

Recibido: 1 de septiembre de 2020

Aceptado: 30 de diciembre de 2020

Sistema y proceso de arbitraje de la revista Killkana Salud y Bienestar

System and process of refereeing in the Killkana Salud y Bienestar journal

Consejo editorial - Revista Killkana Salud y Bienestar
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca Ecuador
killkana.editorial@ucacue.edu.ec

Resumen

La publicación de trabajos científicos en la revista Killkana Salud y Bienestar se lleva a cabo a través del proceso de evaluación de dos revisores o pares ciegos, donde la identidad de los evaluadores y de los autores no son reveladas a ninguna de las partes. Este proceso colaborativo permite que los artículos recibidos sean valorados y comentados por expertos independientes a la institución, garantizando que los trabajos cumplan con un mínimo número de parámetros de calidad exigidos a nivel internacional. Adicionalmente se indican los factores que pueden influir en el tiempo del proceso de revisión y aceptación de un artículo.

Palabras clave: Proceso de publicación, revisión de pares ciegos, evaluadores, tiempo de espera.

Abstract

The publication of scientific papers in Killkana Salud y Bienestar Journal is carried out through the evaluation process of two reviewers or blind peers, where the evaluators and the authors' identities are not exposed to any of the parties. This collaborative process allows the articles received to be evaluated and commented by experts who are independent to the institution, making sure that the research works comply with a minimum number of quality parameters required at the international level. Additionally, the factors that may influence the time of the review process and acceptance of the article are stated.

Key words: Publication processes, .

La aceptación de trabajos en la revista Killkana Salud y Bienestar se lleva a cabo a través de la revisión de pares, también conocidos como referís. Éste proceso colaborativo permite que los manuscritos enviados a las revistas sean evaluados y comentados por expertos independientes a la institución, dentro de la misma área de investigación. La evaluación y crítica realizada por los pares evaluadores genera una retro alimentación para que el autor mejore y afine su trabajo, a la vez que permite al editor y/o equipo editorial valorar la calidad del artículo para ser publicado en la revista.

La revisión de trabajos realizado por pares expertos es un proceso formal y explícito para comunicaciones científicas, y se emplea desde las primeras revistas científicas aparecidas hace más de trescientos años.

El proceso de revisión de la revista Killkana Salud y Bienestar es el de dos revisores o pares ciegos: la identidad de los referís y de los autores no son reveladas a ninguna de las partes.

1 Beneficios de la revisión por pares

- El autor recibe una detallada y constructiva retro alimentación de parte de expertos en el área.
- El proceso puede alertar a los autores de errores o vacíos en la literatura que se pudieron haber omitir.
- Puede ayudar a que el artículo sea más accesible a los lectores de las revistas.
- Podría propiciar una discusión constructiva entre el autor, el referí y el editor, acerca de un campo o tópico científico.

2 Labor del editor o equipo editorial

El equipo editorial, al que se denomina también “Editor”, está conformado por los Coordinadores de los Centros de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca, el cual tiene las responsabilidades descritas a continuación:

- El editor considerará si un trabajo es lo suficientemente bueno para enviarlo o no a los pares evaluadores. En tal sentido debe revisar que el artículo se ajusta a objetivos y alcance, directrices y las instrucciones dadas a los

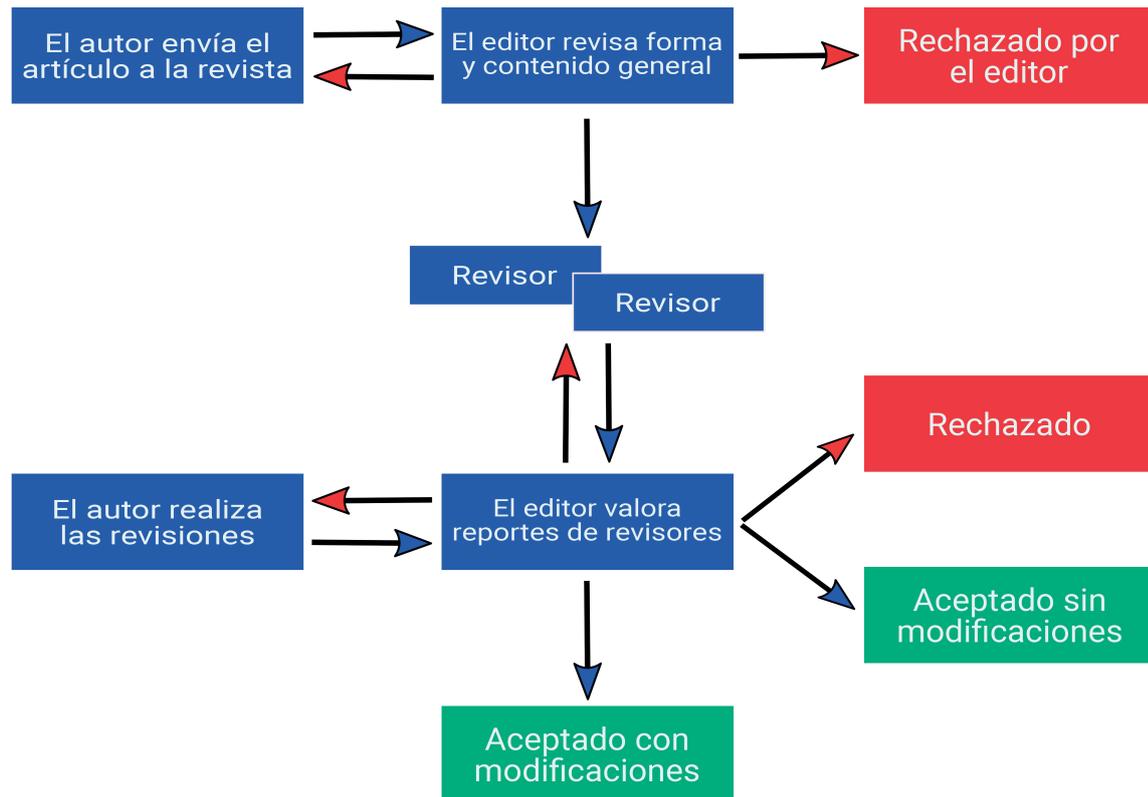


Fig. 1. Diagrama del proceso de revisión de pares evaluadores de las revistas Killkana Salud y Bienestar.

autores de las revistas. Adicionalmente debe asegurarse que el contenido del manuscrito representa una contribución seria y significativa al campo del conocimiento.

- Los artículos pueden ser rechazados sin revisión de los referís a discreción del editor. Si el mismo es conveniente, el manuscrito se enviará para su revisión por pares.
- El editor tomará la decisión de aceptar el artículo basada en los comentarios recibidos por los referís.
- La decisión del editor es definitiva e inapelable.

La figura 1 muestra el proceso de revisión de pares evaluadores empleado por la revista Killkana Salud y Bienestar.

Hay que aclarar, que luego de que el artículo ha sido aceptado, será sometido a una revisión de estilo, donde se darán los toques finales respecto a la redacción, resumen en idioma inglés, etc.

3 Quienes se consideran para ser pares evaluadores

Los pares evaluadores son investigadores académicos y profesionales, que trabajan en el campo de conocimientos del artículo. Están familiarizados con la literatura científica y tienen contribuciones y/o artículos en el área. Tales expertos no pertenecen a la Universidad Católica de Cuenca.

Los referís ofrecen su tiempo y experiencia de forma voluntaria para mejorar la calidad de los artículos de las

revistas y alentar nuevas investigaciones en sus respectivas áreas del conocimiento.

4 Objetivos de los pares evaluadores

El editor conjuntamente con los pares evaluadores deben asegurar en la medida de lo posible que los trabajos tengan las siguientes características:

- El artículo es un trabajo original, el cual no ha sido publicado previamente ni está en consideración de otra revista, total o parcialmente.
- El manuscrito tiene los estándares de ética.
- El artículo es relevante para los propósitos, alcance y lectores de la revista.
- El trabajo representa resultados originales.
- El manuscrito de revisión enviado ofrece un estudio amplio, completo y crítico, y evalúa la fuentes claves de literatura para un tópico específico.
- El artículo es metodológica y técnicamente bueno.

5 Tiempos en el proceso de aceptación

La revisión por pares es un proceso riguroso, que demanda su debido tiempo y atención. Entre los factores que pueden influir en el tiempo de respuesta de un trabajo se pueden considerar:

- Los manuscritos son revisados en primera instancia por algunos miembros del equipo editorial.

- En la fase de la revisión por pares, la demora ocurre inevitablemente cuando los referís están ocupados. Como expertos en el área y miembros de instituciones de educación e investigación superior, su tiempo es compartido con otras actividades.
- Las revistas pueden tener un gran número de sumisiones de trabajos.
- El equipo editorial de las revistas Killkana trabaja para asegurar que el proceso de revisión por pares sea riguroso y a tiempo. Los tiempos de espera pueden variar dependiendo de la revista, el campo de investigación, etc.

Recibido: 1 de septiembre de 2020

Aceptado: 30 de diciembre de 2020

