



Hospital II-1  
Rioja



---

# REVISTA MÉDICA HOSPITAL RIOJA

---

Volumen 1|Número 1|Año 2024  
e-ISSN: 3028-9629



## **EQUIPO EDITORIAL**

---

ING. SIST. LUSGARDO WIAN PUELLES CHUQUIZUTA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*  
**Editor Jefe**

ING. COMP. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*  
**Director de la Revista**

LIC. ENF. KELLY GOMEZ TUESTA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*  
**Gestor de la Revista**

## **COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**

---

ING. SIST. LUSGARDO WIAN PUELLES CHUQUIZUTA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

LIC. ENF. KELLY GOMEZ TUESTA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. INFECT. PATRICIA MERCEDES BOCANEGRA LIMA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. PED. LUISA VANESA VALENCIA ALBITRES. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

LIC. PSC. MILAGROS HIDALGO PIZANGO. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

LIC. ENF. AUNNER NAVARRO FUENTES. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. AUD. ZADITH MAGALY FLORES GONZALEZ. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

Q.F. DAMEL VARGAS INGA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

OBST. KATHIANA SALDAÑA RAMIREZ. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. ODONT. DIANA CAROLINA TORREJON ESPEJO. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. CIR. PLAST. OMAR HARRY SILVA AMAYA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. ANEST. GABRIELA ROJAS VÁSQUEZ. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. GO. WILDER ESPINOLA MARIÑOS. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

BIO. JEAN ANTONY ESTRADA ROMERO. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. PAT. ANTONIO JOSÉ ESPINILA MEDINA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. AUD. ALAIN CIPRA ZAVALA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. CIR. CARLOS ERWIN CHÁVEZ VÁSQUEZ. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

## **COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN**

---

ING. COMP. SIST. JHON ALEXANDER ZAGACETA DAZA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

LIC. ENF. KELLY GOMEZ TUESTA. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

ING. BIOM. JOSE MANUEL BURGA MALDONADO. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

MED. PED. LUISA VANESA VALENCIA ALBITRES. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

LIC. ENF. AUNNER NAVARRO FUENTES. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

LIC. PSC. MILAGROS HIDALGO PIZANGO. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

OBST. ELISA DE SANTA MARÍA ANGULO CASTILLO. *Hospital II-1 Rioja. Perú*

**Diseño y diagramación:**

Oficina de Docencia e Investigación  
*Hospital II-1 Rioja*

**Revisión:**

Comité de Investigación  
Comité de Ética de Investigación  
*Hospital II-1 Rioja*

**Periodicidad:**

Publicación semestral

Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la postura del comité de Investigación. Del mismo modo que la mención de nombres comerciales de productos o métodos alternativos de medicina, no implica que la revista RMHR apruebe, recomiende o los prefiera a otros similares que no se mencionan.

Prohibida la reproducción parcial o total de la Revista RMHR, sin autorización previa y escrita.

**REVISTA MÉDICA HOSPITAL RIOJA**

Vol. 1 / N° 1 / Año 2024 Enero – Junio

©Gobierno Regional San Martín  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO  
HOSPITAL II-1 RIOJA  
*Jr. Venecia C-6 Sector: Atahualpa, Rioja – Perú.*

Deposito Legal N° 2024-04888  
ISSN: 3028-9629 (En línea)

**Correspondencia:**

Dirigir toda correspondencia a REVISTA MÉDICA HOSPITAL RIOJA - RMHR  
Jr. Venecia C-6 Sector: Atahualpa, Rioja – Perú.

**E-mail:** [docenciaeinvestigacion@hospitalrioja.gob.pe](mailto:docenciaeinvestigacion@hospitalrioja.gob.pe)

**Website:** <https://revistas.hospitalrioja.gob.pe/index.php/rmhr>  
<https://hospitalrioja.gob.pe/>

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.



**CONTENIDO***Contents*

- 6-17 **Medicina alternativa en el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2**  
*Alternative medicine in the treatment of Diabetes Mellitus type 2*
- 18-30 **Prácticas sexuales y anticonceptivas en púerperas adolescentes**  
*Sexual and contraceptive practices in adolescent postpartum women*
- 31-48 **Factores sociodemográficos asociados a los conocimientos en pacientes con tuberculosis pulmonar**  
*Sociodemographic factors associated with knowledge in patients with pulmonary tuberculosis*
- 49-64 **Actitudes de prevención sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años**  
*Prevention attitudes regarding acute respiratory infections in mothers of children under five years of age*
- 65-82 **Revisión documental sobre depresión, ansiedad y estrés durante la crisis sanitaria en personal de salud**  
*Documentary review on depression, anxiety and stress during the health crisis in health personnel*
- 83-97 **Atención progresiva del paciente adulto crónico descompensado, desde el servicio de emergencia a la atención en las unidades críticas, Hospital II-1 Rioja**  
*Progressive care of the chronically decompensated adult patient, from the emergency service to care in critical units, Hospital II-1 Rioja*

# Medicina alternativa en el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2

## Alternative medicine in the treatment of Diabetes Mellitus type 2

 Lusgado Wian Puelles Chuquizuta <sup>1\*</sup>, 0000-0001-9696-6456

 Jhon Alexander Zagaceta Daza <sup>2</sup>, 0009-0000-6215-9007

<sup>1</sup>Universidad Cesar Vallejo, Moyobamba, Perú

<sup>2</sup>Hospital II-1 Rioja, Rioja, Perú

---

**Recibido:** 18 Oct. 2023 | **Aceptado:** 03 Nov. 2023 | **Publicado:** 04 Abr. 2024

**Autor de correspondencia\*:** [lpuellesch@ucv.edu.pe](mailto:lpuellesch@ucv.edu.pe)

**Como citar este artículo:** Puelles-Chuquizuta, L.W. & Zagaceta-Daza, J. A. Medicina alternativa en el tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Médica Hospital Rioja*.

### RESUMEN

Determinar si los pacientes que tienen diabetes mellitus tipo 2 y que acuden al Hospital II\_1 Rioja, usan la medicina alternativa. El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo correlacional y un diseño descriptivo de corte transversal. Además, se optó por conocer un total de 300 pacientes siendo nuestra población participativa. Cabe mencionar, que fue necesario la utilización de los instrumentos de evaluación y como técnica el cuestionario, con la finalidad que se puedan extraer la mayor información posible acerca de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. Por consiguiente, con la base de datos obtenida, se ingresarán a un software analítico llamado IBM SPSS para lograr analizar dichos datos y obtener resultados que fueron plasmados en el siguiente estudio.

**Palabras clave:** Diabetes, Mellitus tipo 2, medicina alternativa, paciente.

### ABSTRACT:

To determine if patients who have type 2 diabetes mellitus and who attend Hospital II\_1 Rioja use alternative medicine. The present study has a quantitative correlational approach and a cross-sectional descriptive design. In addition, we chose to meet a total of 300 patients, our population being participatory. It is worth mentioning that it was necessary to use the evaluation instruments and the questionnaire as a technique, in order to extract as much information as possible about patients with type 2 diabetes mellitus. Therefore, with the database obtained, They will be entered into an analytical software called IBM SPSS to analyze said data and obtain results that were reflected in the following study.

**Keywords:** Diabetes, Mellitus type 2, alternative medicine, patient.

## 1. INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus tipo 2 es un conjunto de trastornos que se da en el sistema endocrino, que esta caracterizado porque se deteriora la capacidad para que se puedan metabolizar los carbohidratos y las grasas, lo cual genera que se incremente la concentración de la glucosa y los lípidos. Dichas anormalidades en el metabolismo son a causa de una secreción inadecuada de la insulina o también de la falta de la misma según la Asociación Americana de Diabetes. (1).

Así mismo, la diabetes tipo 2 es una de las clasificaciones con mayor diagnóstico y para ser exacta un 90 a un 95% de los pacientes en la ciudad de México según la Encuesta Nacional de Enfermedades (2). También para la OPS que también obtuvo los mismos resultados a nivel latinoamericano que enfermedades como el cáncer y la diabetes mellitus tipo 2 son la causa principal de las tasas de morbilidad y mortalidad en el norte de México (3). Finalmente, en Sonora Según la secretaria de Salud informó que la DM2 se encuentra en el 3 lugar de las causas principales que origina mortalidad general.

Los controles médicos por diabetes mellitus tipo 2, se oficializan generalmente por tratamientos que se basan básicamente en hipoglucemiantes ya sea el caso de sulfonilureas y biguanidas. Además, es recomendable que se lleven a cabo controles dietarios acompañado de la actividad física (5). Sin embargo, dichos medicamentos tienen un costo elevado y en muchas ocasiones es difícil para el paciente que maneje una dieta, ya que no se les brinda información sobre asesorías nutricionales, el paciente no cuenta con el apoyo familiar, conllevando a que el paciente en muchas ocasiones abandone totalmente el tratamiento generando que se pueda descompensar o también que existan otras complicaciones con los riñones.(6,7,8)

Dichos factores, conllevan a que los pacientes con DM2 busquen medicinas alternativas que puedan resultar más económicas y a su vez que las puedan manejar, Así mismo, que su entorno pueda tener conocimiento acerca de los productos naturales que pueden ser recursos industriales, plantas tanto frescas o secas. Además, para la OMS (9) ha reconocido que la mayoría de pacientes buscan alternativas de solución por medio de la medicina alternativa.

En EEUU algunos estudios han señalado en los últimos 10 años que aumentado la demanda en lo que respecta la medicina alternativa representada por un 25% sobre todo para las enfermedades crónicas como la DM2 y el cáncer (10,11). Otros reportes en países como Trinidad y Tobago en los cuáles se señala la utilización de la medicina Herbolaría para pacientes que sufren DM2, teniendo



como dato principal que dichas personas lo requieren debido a que se les entumecen los pies (12). Finalmente, para México en una investigación se obtuvo que el 61% de la población estudiada manifestaron que no recurren a los centros de la salud debido a la carencia de recursos económicos (13).

Por su parte, Campos et. al. (14), en su estudio realizado en México, indicó que a pesar de que existen tratamientos oficiales, los pacientes usan la herbolaria, automedicándose y a su vez haciendo rituales curativos. De la misma manera, en otra investigación hecha en Veracruz a pacientes diabéticos resultó que el 85% de dichas personas manifestaron que es insuficiente para ellos el tratamiento brindado por los centros médicos y que tienen la necesidad de hacer uso de recursos terapéuticos como lo es la herbolaria (15). Por su lado la SSM ha reconocido que si se realizan dichas prácticas de modo que se apertura una dirección de Medicina Tradicional y del Desarrollo intercultural. (16)

La OMS ha definido a la Medicina alternativa como una serie de prácticas para la atención sanitaria, debido a que es tradición de un país y que a su vez no forman parte del sistema de salud. Dichas terapias ofrecen bienestar a los usuarios. (17)

La problemática que se presenta en el Hospital II\_1Rioja es el alto índice de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los cuales en su gran mayoría son de bajos recursos y que en muchas oportunidades por falta de seguro no son atendidos, con llevando a que no puedan cumplir con su tratamiento. Por lo que hace que el paciente tenga que usar la medicina alternativa como una opción para mejorar su salud. Cabe mencionar, que cuando nos referimos a medicina alternativa puede ser por medio de la herbolaria mismas que son plantas frescas o plantas secas.



## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo de corte transversal. El estudio se realizó en el Hospital II-1 Rioja en el departamento de San Martín, dicho estudio se caracterizó por que la población en estudio sea paciente con diabetes mellitus tipo 2 ya diagnosticados con anticipación. Para lo cual se pidió los permisos pertinentes a la institución. Además, se contó con una lista de los pacientes de cada distrito o cetro poblado que asisten al centro de salud teniendo como población un total de 300 pacientes con DM2 de los cuales solo participaron 100 pacientes.

Además, para obtener la base de datos se hizo uso de los instrumentos de evaluación por medio del cuestionario que es un formato con preguntas abiertas y cerradas en la cual nuestro objetivo principal era conocer si dichos pacientes optan por la medicina tradicional o hacen uso de la medicina alternativa. Para evaluar dichos datos se utilizó un software analítico que permite sistematizar, analizar y dar resultados, dicho programa es llamado IBM SPSS.

## **3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

De la totalidad de los participantes se seño femenino predominó en semejanza al sexo masculino por padecer diabetes mellitus tipo 2 la cuál es la más frecuente. Así mismo, se tuvo que el grupo de edad de 45-50 años solo contaron con nivel académico primario, dichos datos se pueden corroborar en la (Tabla 1). Según las evidencias un 39% de dichos pacientes optan por la medicina alternativa debido a las costumbres familiares (Tabla 2). Además, de acuerdo a la terapia alternativa que es más usada por los pacientes en estudio es llamada Fitoterapia que ayudan al tratamiento de DM2, así mismo entre las plantas con mayor porcentaje de utilización se tuvo a la Insulina o también llamada *Costus Igneus* en su mayoría usada por el sexo femenino con un porcentaje de 19 y en el sexo masculino 16% (Tabla 3).

TABLA 1: Distribución según la edad, tipo de diabetes e instrucción académica.

		FEMENINO			MASCULINO			TOTAL, GENERAL	
		DM1	DM2	TOTAL	DM1	DM2	TOTAL		
<b>EDAD</b>	33-38	f	0	4	4		3	3	7
		%	0	4	4		3	3	7
	39-44	f	0	10	10		7	7	17
		%	0	10	10		7	7	17
	45-50	f	0	18	19		18	18	38
		%	0	18	19		18	18	38
	51-56	f	0	12	12		9	9	22
		%	0	12	12		9	9	22
	57-62	f	0	2	2		2	2	4
		%	0	2	2		2	2	4
	63-68	f	0	3	3		7	7	10
		%	0	3	3		7	7	10
	69-74	f	0	0	0		0	0	0
		%	0	0	0		0	0	0
	75-80	f	0	1	1	1	1	2	2
		%	0	1	1	1	1	2	2
<b>INSTRUCCIÓN ACADÉMICA</b>	NINGUNO	f	1	24	25		7	7	32
		%	1	24	25		7	7	32
	PRIMARIA	f	0	18	18		29	30	48
		%	0	18	18		29	30	48
	SECUNDARIA	f	0	7	7		9	9	16
		%	0	7	7		9	9	16
	TERCER NIVEL	f	0	1	1		2	2	3
		%	0	1	1		2	2	3
	CUARTO NIVEL	f	0	0	0	1	0	1	1
		%	0	0	0	1	0	1	1
<b>TOTAL</b>		f	1	50	51	2	47	49	100
		%	1	50	51	2	47	49	100

Tabla 2. Razones de Uso

Razones de Uso		Es más económica	Por costumbre familiar	Por usar algo nuevo	Tiene menos efectos dañinos que el tratamiento convencional	TOTAL	
FRECUENCIA DE USO	DIARIA	f	11	16	12	2	41
		%	27	39	29	5	10
	SEMANAL	f	6	11	10	9	36
		%	16	31	28	25	100
	MENSUAL	f	4	9	4	5	22
		%	18	41	18	23	100
	ANUAL	f	1	0	0	0	1
		%	100	0	0	0	100

Tabla 3: Plantas más usadas en relación a las terapias alternativas.

PLANTAS MÁS UTILIZADAS										
SEXO	TERAPIAS ALTERNATIVAS		INSULINA	ZARAGOZA	CANELA	VALERIANA	AJENJO	MORINGA	CABUYA	COLA DE CABALLO
FEMENINO	HOMEOPATIA	f	3	1	0	2	0	0	0	3
		%	3	1	0	2	0	0	0	3
	TAICHÍ	f	5	2	0	1	0	0	0	0
		%	5	2	0	1	1	0	0	0
	ACUPUNTURA	f	4	2	1	3	1	0	0	1
		%	4	2	1	3	0	0	0	1
	YOGA	f	0	0	0	1	0	0	0	0
		%	0	0	0	1	0	0	0	0
	SUEROTERAPIA	f	1	0	0	0	0	0	1	0
		%	1	0	0	0	0	0	1	0
	MUSICOTERAPIA	f	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0	0	0	0	0	0	0	1
	FITOTERAPIA	f	6	3	7	0	0	0	1	1
		%	6	3	7	0	0	0	1	1
TERAPIA FLORAL	f	0	0	1	0	0	0	0	0	
	%	0	0	1	0	0	0	0	0	
TOTAL	f	19	8	0	7	1	0	2	6	
	%	19	8	0	7	1	0	2	6	
MASCULINO	HOMEOPATIA	f	3	0	2	1	0	1	0	0
		%	3	0	2	1	0	1	0	0
	TAICHÍ	f	1	2	0	0	0	0	0	0
		%	1	2	0	0	0	0	0	0
	ACUPUNTURA	f	5	3	0	2	2	2	0	0

	%	5	3	0	2	2	2	0	2
YOGA	f	1	3	0	0	0	0	0	2
	%	1	0	0	0	0	0	0	0
SUEROTERAPIA	f	0	0	0	0	0	0	1	0
	%	0	0	0	0	0	0	1	0
MUSICOTERAPIA	f	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0	0	0
FITOTERAPIA	f	6	0	4	1	0	3	2	1
	%	6	0	4	1	0	3	2	1
TERAPIA FLORAL	f	0	5	0	0	0	0	0	0
	%	0	5	0	0		0	0	0
TOTAL	f	16	11	4	4	2	6	3	3
	%	16	11	4	4	2	6	3	3

Para Lancheros Páez et al en su investigación también la mayor puntuación lo tiene el sexo femenino, las cuales son más propensas a que presenten DM2 y que a su vez está relacionada a mayor probabilidad debido a los diversos factores como por ejemplo la gestación, menopausia o el sedentarismo.

Leiva et al. en su estudio realizado en Chile refiere que existe prevalencia de DM2 en el sexo femenino y a su vez se relaciona con los factores sociodemográficos, dichos datos se incrementan aún más cuando hay desigualdad tanto social como económica lo que da pase a que prevalezca aún más la obesidad en las mujeres. Sin embargo, en otro estudio de Soares.L et al el cuál especifica que la obesidad se desarrolla en su gran mayoría en varones.

Al empleo de las plantas medicinales se le conoce también como fitoterapia, la cual se usa con fines curativos. Cabe mencionar, que dicha práctica se realiza desde nuestros antepasados. Para Gallego (18) en su investigación acerca de las plantas medicinales para el tratamiento de la DM2, nos refiere que la fitoterapia se ha utilizado a lo largo del tiempo para enfermedades crónicas. Además, se debe conocer que la fitoterapia es la utilización de las plantas en su estado natural sin alterarlas con sustancias industriales. (19,20).

## **CONCLUSIONES**

Se logró constatar que la población con Diabetes mellitus tipo 2 si utiliza la medicina alternativa para sobrellevar su enfermedad, la cual en muy pocas oportunidades se recomienda por el médico. También, los participantes no han manifestado tener efectos adversos y de las terapias más usadas se reflejaron la fitoterapia y la acupuntura. Ello debido a que la población no está informada del demás tipo de terapias existentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padavala Ajay B, Gadde S, Radha B, Vedurupaka VL, Talluru Sudha R, Yellapu Ram B, et al. A database of 389 medicinal plants for diabetes. *Bioinformation* [Internet]. 2006 [citado 12 de octubre 2023];4:[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1891668/>
2. Beyra A, León MC, Iglesias E, Ferrándiz D, Herrera R, Volpato G, et al. Estudios etnobotánicos sobre plantas medicinales en la provincia de Camaguey (Cuba). *Anal jard Botán Madrid* [Internet]. 2004 [citado 12 de octubre 2023];61(12):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://rjb.revistas.csic.es/index.php/rjb/article/view/44/44>
3. Koren R, Lerner A, Tirosh A, Zaidenstein R, Ziv Baran T, Golik A, et al. The Use of Complementary and Alternative Medicine in Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Israel. *J Altern Complem Med* [Internet]. Jun 2015 [citado 12 de octubre 2023];21(7):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/acm.2015.0019>
4. Hernando Pertierra B. Libro Blanco de los herbolarios y plantas medicinales. [Internet]. España: Fundación Salud y Naturaleza (S.N.); 2007 [citado 12 de octubre 2023]. Disponible en: <https://www.fitoterapia.net/archivos/200701/260307libro-2.pdf?1>
5. Morales Mesa A. El uso popular de las plantas medicinales: tres puntos de vista y un objetivo común. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2000 [citado 12 de octubre 2023]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120823104522/morales1.pdf>
6. Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar MD. Terapias alternativas en diabetes. *Endocrinol Diabetes Nutr* [Internet]. 2018 [citado 12 de octubre 2023].;65(4):189-244.
7. Pinto CE. Influencia de la medicina tradicional frente al tratamiento de la diabetes mellitus. *Rev Saluta* [Internet]. 2018 [citado 12 de octubre 2023].;1(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/article/download/157/233/>

8. International Diabetes Federation [Internet]. Belgium: ©2019 International Diabetes Federation [actualizado 14 Nov 2019; citado 12 de octubre 2023]. New IDF figures show continued increase in diabetes across the globe, reiterating the need for urgent action. Noviembre 2017; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <https://www.idf.org/news/94:new-idf-figures-show-continued-increase-in-diabetes-across-the-globe,-reiterating-the-need-for-urgent-action.html>
  
9. Ledón Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. Abr 2012 [citado 12 de octubre 2023].;23(1):[aprox. 21 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007)
  
10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: Mc Graw Hill;2014.
  
11. Lancheros Páez L, Pava Cárdenas A, Bohórquez Poveda A. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. Diaeta [Internet]. Dic 2010 [citado 12 de octubre 2023].;28(133):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372010000400003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372010000400003&lng=es)
  
12. Vicente Sánchez B, Bonilla Romero J, Vicente Peña E, Costa Cruz M, Zerquera Trujillo G. Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. Rev. Finlay [Internet]. Jun 2016 [citado 12 de octubre 2023].;6(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200002&lng=es)



13. Leiva AM, Martínez MA, Petermann F, Garrido Méndez A, Poblete Valderrama F, Díaz Martínez X, et al. Factores asociados al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en Chile. *Nutr Hosp* [Internet]. Abr 2018 [citado 12 de octubre 2023].;35(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000200400&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200400&lng=es)
  
14. Soares Lima A, Moura Araujo M, Freire de Freitas R, Zanetti M, De Almeida P, Coelho Damasceno M. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 en universitarios: asociación con variables sociodemográficas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado 12 de octubre 2023].;22(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00484.pdf)
  
15. Maidana M, Gonzales J, Degen de Arrúa R. Plantas medicinales empleadas por pacientes diabéticos en Paraguay. *Rev Infarma*. 2015;27(4):214-220.
  
16. Colimba Almeida J. Conocimientos y uso de plantas medicinales como parte del tratamiento de los pacientes del club de diabéticos; Hospital San Vicente de Paúl. [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica Del Norte; 2016 [citado 12 de octubre 2023].]. Disponible en: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6886/1/06%20NUT%20213%20TRAB\\_AJO%20DE%20GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6886/1/06%20NUT%20213%20TRAB_AJO%20DE%20GRADO.pdf)
  
17. Torres Camacho V, Castro Cañaviri AE. Fitoterapia. *Rev Act Clin Med* [Internet]. 2014 [citado 12 de octubre 2023].;42(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v42/v42\\_a01.pdf](http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v42/v42_a01.pdf)
  
18. Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya J. Platas medicinales en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2: una revisión. *Rev OFIL* [Internet]. Dic 2015 [citado 12 de octubre 2023].;27(3):27-34.

19. Acosta Recalde P, Zully Vera G, Morinigo M, Maidana GM, Samaniego L. Use of medicinal plants and phytotherapeutic compounds in patients with Diabetes Mellitus type 2. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2018 Aug [citado 12 de octubre 2023].;16(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1812-95282018000200006&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282018000200006&lng=en)
20. Avello LM, Cisternas FI. Fitoterapia, sus orígenes, características y situación en Chile. Rev méd Chile [Internet]. Oct 2010 [citado 12 de octubre 2023].;138(10):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010001100014&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001100014&lng=es)

# Prácticas sexuales y anticonceptivas en puérperas adolescentes.

## Sexual and contraceptive practices in adolescent postpartum women.

 Shirley Geraldine Lozano Tapia<sup>4</sup>, 0009-0000-7799-6182

 Jean Pier Lozano Carrasco <sup>1</sup>, 0009-0007-5175-9681

 Lloyssy Gabriela Santa María Vásquez<sup>1</sup>, 0000-0001-8692-4308

 Lusgado Wian Puelles Chuquizuta <sup>2\*</sup>, 0000-0001-9696-6456

 Jhon Alexander Zagaceta Daza <sup>3</sup>, 0009-0000-6215-9007

<sup>1</sup>Universidad Católica Sedes Sapientiae, Rioja, Perú

<sup>2</sup>Universidad Cesar Vallejo, Moyobamba, Perú

<sup>3</sup>Hospital II-1 Rioja, Rioja, Perú

<sup>4</sup>Universidad Nacional de San Martín, Rioja, Perú

**Recibido:** 18 Oct. 2023 | **Aceptado:** 03 Nov. 2023 | **Publicado:** 04 Abr. 2024

**Autor de correspondencia\*:** lpuellesch@ucv.edu.pe

**Como citar este artículo:** Lozano-Tapia, S.G. & Lozano-Carrasco, J. P. & Santa Maria-Vasquez, L.G. & Puelles-Chuquizuta, L.W. & Zagaceta-Daza, J. A. Prácticas sexuales y anticonceptivas en puérperas adolescentes. *Revista Médica Hospital Rioja*.

## RESUMEN

Retomar las relaciones sexuales después de dar a luz puede provocar estrés o incluso tensión en las nuevas madres, lo que puede provocar diversos conflictos a lo largo de la relación en la vida de pareja, quienes se ven muy afectadas por los cambios físicos y mentales. Describir las prácticas preventivas de los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse en adolescentes posparto en un Hospital de La Rioja. La metodología que enmarca la investigación es descriptiva, transversal y el tipo de muestreo es probabilístico de diferentes situaciones ocurridas, teniendo una población total de 84 mujeres que acudieron a un Hospital de Rioja. Los participantes fueron 84 mujeres, cuyo porcentaje de retorno a la actividad sexual luego del parto se dio en 36 mujeres con un 42.86%, con un tiempo aproximado que va desde la octava semana al 5.68, por otra parte 54 participantes con un 64.29% admitieron haber participado en actividades antisociales dentro de las semanas 2 y 3 después del inicio del embarazo. Los principales casos en los que se dieron relaciones sexuales fueron por personal y comodidad 47% con un total de 17 participantes y por petición de la pareja 12 mujeres con un 33% los motivos para no iniciar nuevamente la actividad sexual fueron por temor a que pueda haber dolor, tener un porcentaje del 30% estadísticamente, mientras que el miedo de otras 20 mujeres era volver a quedar embarazadas con un 20%. El 87% (n=47) de las mujeres que practicaban la no convivencia se dedicaban únicamente a besos y caricias eróticas. La mayoría utilizó una inyección hormonal trimestral como anticonceptivo después del tratamiento continuo, 38% (n=14). El 44,05% (n=37) utilizó hormonas. Ampollas las cuales se colocaban cada tres meses, siendo su anticonceptivo más moderno. Conclusión. Las prácticas preventivas y anticonceptivas de las puérperas en el Hospital de

Rioja fueron las siguientes: por deseo y conveniencia personal, un porcentaje inferior a la mitad de las mujeres continuó con las prácticas sexuales. Cabe mencionar que la mayoría de estas iniciaron esta convivencia a las dos semanas de haber dado a luz y finalmente la gran mayoría optó por seguir cuidándose con un anticonceptivo trimestral en ampolla durante un promedio de 8 semanas; Al retomar las prácticas sexuales de convivencia, fue más de la mitad en dos semanas. El método anticonceptivo moderno más importante utilizado fue la inyección hormonal trimestral.

Palabras clave: posparto, anticonceptivos, sexualidad, trimestral.

**Palabras clave:** posparto, anticonceptivos, sexualidad, trimestral.

## ABSTRACT:

Resuming sexual relations after giving birth can cause stress or even tension in new mothers, which can cause various conflicts throughout the relationship in the couple's life, who are greatly affected by the physical and mental changes. Describe the preventive practices of contraceptive methods that can be used in postpartum adolescents in a Hospital in La Rioja. The methodology that frames the research is descriptive, transversal and the type of sampling is probabilistic of different situations that occurred, having a total population of 84 women who attended a Hospital in Rioja. The participants were 84 women, whose percentage of return to sexual activity after childbirth occurred in 36 women with 42.86%, with an approximate time ranging from the eighth week to 5.68, on the other hand 54 participants with 64.29% admitted having participated in antisocial activities within weeks 2 and 3 after the onset of pregnancy. The main cases in which sexual relations occurred were due to personal and comfort 47% with a total of 17 participants and at the request of the couple 12 women with 33% the reasons for not starting sexual activity again were due to fear that it could having pain, having a percentage of 30% statistically, while the fear of 20 other women was to get pregnant again with 20%. 87% (n=47) of the women who practiced non-cohabitation dedicated themselves only to kisses and erotic caresses. The majority used a quarterly hormonal injection as contraception after continuous treatment, 38% (n=14). 44.05% (n=37) used hormones. Ampoules which were placed every three months, being their most modern contraceptive. Conclusion. The preventive and contraceptive practices of postpartum women at the Rioja Hospital were the following: out of personal desire and convenience, a percentage of less than half of the women continued with sexual practices. It is worth mentioning that the majority of these began this coexistence two weeks after giving birth and finally the vast majority chose to continue taking care of themselves with a quarterly contraceptive in a vial for an average of 8 weeks; When resuming cohabitation sexual practices, it was more than half in two weeks. The most important modern contraceptive method used was the quarterly hormonal injection.

**Keywords:** postpartum, contraceptives, sexuality, quarterly.

## 4. INTRODUCCIÓN

Según con lo que nos refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad cumple un rol de gran importancia tanto para el bienestar como para la salud de los seres humanos; pero también por falta de información, ignorancia y los conceptos erróneos de la misma, pueden provocar una serie de problemas en la calidad de la vida de la persona conllevando a que su salud se deteriore (1). En los últimos diez años, se han venido haciendo diversos estudios con varios aspectos de la sexualidad femenina, pero centrándose únicamente en el comportamiento sexual y no en otros aspectos de la mujer, como los aspectos cognitivos y subjetivos para retomar el coito después de un parto (1,2).

En algunos estudios retrospectivos, el momento ideal para que se pueda comenzar con el coito o relación sexuales es aproximadamente 5 a 8 semanas siguientes al parto. Las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos adecuados y eficaces corren un mayor riesgo obstétrico y ginecológico (3).

Un período intergeneracional menor a 1 año se asocia con varios riesgos natales y fetales, por lo que, según la OMS, Fundación de las Naciones Unidas (UNICEF), comenta que no es recomendable que se induzcan los embarazos cuando estos se encuentran dentro de un periodo intergeneracional. También, para la UNFPA muchas mujeres no utilizan anticonceptivos hasta el primer puerperio o durante el parto, lo que resulta en intervalos cortos entre embarazos entre generaciones (4)

Según la OMS, nos comenta que aproximadamente 214 millones de mujeres que se encuentran en etapa fértil en países en desarrollo quieren retrasar o interrumpir el parto, pero para ello no toman en cuenta que deben utilizar algún tipo de método anticonceptivo moderno para cuidarse. Dichos métodos, disminuyen la necesidad que tienen muchas mujeres a que puedan abortan o tener complicaciones al quedar embarazadas. Finalmente, se pudo deducir que las muertes maternas e infantiles son causadas por embarazos que no son ni deseados ni planificados (5).

Cada año se producen 182 millones de embarazos en América Latina y el Caribe; de los cuales el 36% son no planificados y el 20% culminaría en aborto (6),

Según un informe del UNFPA de 2016, la región tuvo el mayor número de embarazos no planificados del mundo, quedando con un 56% (7).

“El período posparto o parto es una etapa en la cual toda mujer presentara diversas características ya sean psicológicas o también pueden ser biológicas, que vienen siendo muy propias de todo parto, por tanto es un periodo en la cual se debe tomar importancia y así no genere problemas en la salud

y por otro lado exista prevención; lo que trasciende para alcanzar un intervalo de embarazo suficiente” (8,9), además, con todo lo comentado anteriormente se puede deducir que la etapa de la gestación marca un periodo importante en la vida de una mujer y también puede afectar a la sociedad.

Por ello en el Hospital de Rioja, se busca plantear las diversas prácticas de prevención ante los diferentes métodos anticonceptivos en las puérperas adolescentes.

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

La investigación, estuvo direccionada a las puérperas que asistieron a los diversos servicios del Programa de Pediatría, Ginecología y Planificación Familiar del Hospital Rioja que aceptaron responder la encuesta y cumplieron con cada criterio. Así mismo, para poder calcular el tamaño de la muestra fue necesario la utilización de un programa llamado Epidat dicho programa es epidemiológico y para lo cual se tomó en cuenta a una población total de 103 puérperas que asistieron en el mes de octubre de año 2023, proporción esperada 50%, precisión 5%, intervalo de confianza 95%, en este caso el tamaño mínimo de muestra requerido es 83. mujeres posparto. El estudio incluyó puérperas que visitaron un hospital de Rioja en octubre de 2023 y aceptaron participar en la investigación y firmaron previamente el consentimiento informado.

Además, se hizo uso de la encuesta como instrumento de manera individual para 84 mujeres que dieron a luz, dicha encuesta fue necesaria para realizar una evaluación específica del inicio de las prácticas sexuales, el motivo y que método anticonceptivo utilizaron las mismas. La encuesta se desarrolló considerando las variables antecedentes consideradas en este estudio. Entre dichas variables se tomaron en cuenta los datos sociodemográficos, las características tanto ginecológicas como también las obstétricas y por último las características de una práctica sexual y el método de anticonceptivo que usa después del parto.

Los datos se recolectaron después que se solicitó el permiso pertinente a las autoridades de dicho Hospital y a los coordinadores de cada Área médica. Por consiguiente, se abordó a cada una de las pacientes que permanecían en el pasaje de espera de cada servicio según corresponda, así mismo se hizo de acuerdo al orden en el que llegaba teniendo en cuenta los criterios de inclusión. La presente investigación se realizó tomando en cuenta aspectos éticos como la igualdad, la justicia y la confiabilidad de cada puérpera que participó en el estudio. Además, se respetó el anonimato de las participantes mismas que aceptaron voluntariamente firmar el consentimiento.

Finalmente, los datos que se obtuvieron por medio del instrumento, fueron apartados y vaciados a un software de cálculo llamado Excel, para que luego pueda ser evaluado por SPSS versión 25, lo cual ayudó a obtener resultados expresados en tablas, porcentajes y proporciones.

## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 84 participantes el 38.10% estuvieron en rangos de edades que van desde los 20 hasta los 24 años, Así mismo el 35% del total contaba con estudios universitarios y un 85% cuentan con una religión católica. Finalmente, se pudo apreciar que el 60% cuenta con una procedencia urbana.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de las puérperas de un Hospital de Rioja.

	n	% porcentaje
Edad de la puérpera		
<b>15 años a 19 años</b>	8 puérperas	<b>9,52%</b>
<b>20 años a 24 años</b>	32 puérperas	<b>38,10%</b>
<b>25 años a 29 años</b>	20 puérperas	<b>23,81%</b>
<b>30 años a 34 años</b>	10 puérperas	<b>11,90%</b>
<b>35 años a 39 años</b>	13 puérperas	<b>15,48%</b>
<b>40 a más años</b>	1 puérperas	<b>1,19%</b>
Nivel educativo		
<b>No cuenta</b>	1 puérperas	<b>1,19%</b>
<b>Primaria</b>	17 puérperas	<b>20,23%</b>
<b>Secundaria</b>	14 puérperas	<b>16,66%</b>
<b>Técnico</b>	23 puérperas	<b>27,38%</b>
<b>Universitaria</b>	29 puérperas	<b>34,52%</b>
Religión		
<b>Ninguna</b>	2 puérperas	<b>2,38%</b>
<b>Católica</b>	71 puérperas	<b>84,52%</b>
<b>Evangélica</b>	8 puérperas	<b>9,52%</b>
<b>Creyente</b>	2 puérperas	<b>2,38%</b>
<b>Adventista</b>	1 puérperas	<b>1,19%</b>
Procedencia		
<b>Rural</b>	34 puérperas	<b>40%</b>
<b>Urbana</b>	50 puérperas	<b>60%</b>

Por otro lado, se obtuvo que el 56% del total de mujeres no cuentan con una planificación previa a su última gestación, así mismo un 33% presento episiotomía, también se tuvo que el 73% de las mismas aun no presentan retorno de la menstruación, además otro 73% aun brindan lactancia materna exclusiva mientras que el 38% que representó a 14 participantes utilizó hormonas que se inyectan cada tres meses. (observar tabla n°2).



**Tabla 2.** Características obstétricas, y culturales de las púerperas de un Hospital de Rioja.

		n	%
Planificación del último embarazo			
<b>Si</b>		37	<b>44</b>
<b>No</b>		47	<b>56</b>
Episiotomía			
<b>Si</b>		28	<b>33</b>
<b>No</b>		56	<b>67</b>
Retorno de menstruación			
<b>Si</b>		23	<b>27</b>
<b>No</b>		61	<b>73</b>
Lactancia materna			
<b>Exclusiva</b>		61	<b>72</b>
<b>Si, además con fórmula láctea</b>		19	<b>23</b>
<b>Se suspendió por complicación</b>		2	<b>2</b>
<b>No amamanta desde el nacimiento</b>		2	<b>2</b>
Asistencia del primer y segundo control después del parto			
<b>Ninguno</b>		45	
<b>primero</b>		19	
<b>segundo</b>		2	
<b>Ambos</b>		18	
Método anticonceptivo en primera vez			
<b>Ninguno</b>		4	<b>11</b>
<b>Preservativo</b>		7	<b>19</b>
<b>Inyectable Hormonal Trimestral</b>		14	<b>38</b>
<b>MELA</b>		12	<b>32</b>
Edad en la que inició las relaciones sexuales coital			
Media= 16,5 Desviación estándar= 0,75 Mediana= 17		<b>P 25 = 15</b> <b>P 75 = 18</b> <b>Mínimo= 12</b> <b>Máximo= 28</b>	
Nº de parejas sexuales			
Media= 1 Desviación estándar= 0,7 Mediana= 1,7		<b>P 25 = 1</b> <b>P 75 = 2</b> <b>Mínimo= 1</b> <b>Máximo= 10</b>	
Nº de Gestaciones			
Media= 4 Desviación estándar= 0,5 Mediana= 5		<b>P 25 = 1</b> <b>P 75 = 2</b> <b>Mínimo= 1</b> <b>Máximo= 7</b>	
Nº de Paridad			
Media= 2 Desviación estándar= 0.6 Mediana= 2		<b>P 25 = 1</b> <b>P 75 = 2</b> <b>Mínimo= 1</b> <b>Máximo= 7</b>	
Periodo intergenésico			
Media= 2 Desviación estándar= 0,2 Mediana= 5		<b>P 25 = 2,65</b> <b>P 75 = 7,3</b> <b>Mínimo= 0,6</b> <b>Máximo= 16</b>	

También, se obtuvo que 48 participantes siendo estadísticamente representado por un 57.14% aún no han retomado las prácticas sexuales de tipo coitales, 54 puérperas si reanudaron las prácticas sexuales de tipo no coitales, teniendo en cuenta que el tiempo que transcurre usualmente fue de 8 semanas para las participantes que practican el tipo coital y para la no coital fue de 2 semanas aproximadamente.

Así mismo, de las puérperas que volvieron a practicar el coito el 47% lo realizó por deseo sexual o también por un confort personal las mujeres que retomaron la práctica coital un 47% lo hizo por deseo y confort personal, un 33% de las mismas por satisfacer la petición de la pareja y por último el 20% lo hizo porque se cuidaba con algún tipo de anticonceptivo. Por otro lado, las razones que se tomaron en cuenta para no retomar las prácticas sexuales son por el miedo al dolor o por miedo de quedar embarazada nuevamente.

**Tabla 3.** Prácticas sexuales de las púerperas de un Hospital de Rioja.

	n	%
Inicio de relación sexual tipo coital		
<b>Si</b>	36	<b>42,86</b>
<b>No</b>	48	<b>57,14</b>
Inicio de relación sexual tipo no coital		
<b>Si</b>	54	<b>64,29</b>
<b>No</b>	30	<b>35,71</b>
Razón principal de la reanudación de la práctica sexual coital		
<b>Petición de la pareja</b>	12	<b>33</b>
<b>Deseo y confort personal</b>	17	<b>47</b>
<b>Demanda cultural</b>	0	<b>0</b>
<b>Cuenta con método anticonceptivo</b>	7	<b>20</b>
Razones para no reanudar la práctica sexual coital		
<b>Miedo a sentir dolor</b>	25	<b>30</b>
<b>Se siente poco atractiva</b>	4	<b>5</b>
<b>Temor a un nuevo embarazo</b>	17	<b>20</b>
<b>Presencia de Episiotomía</b>	6	<b>7</b>
<b>Otros</b>	32	<b>38</b>
Tipo de práctica sexual no coital		
<b>Besos y caricias con intención erótica</b>	47	<b>87</b>
<b>Masturbación</b>	2	<b>3.5</b>
<b>Juegos sexuales</b>	0	<b>0</b>
<b>Sexo oral</b>	2	<b>3.5</b>
<b>Todas las anteriores</b>	3	<b>6</b>
Método anticonceptivo moderno que utiliza actualmente		
<b>Ninguno</b>	19	<b>22.62</b>
<b>Preservativo</b>	8	<b>9.52</b>
<b>Inyectable hormonal trimestral</b>	37	<b>44.05</b>
<b>Dispositivo intrauterino (T de cobre)</b>	7	<b>8.33</b>
<b>Otros</b>	13	<b>14.48</b>

"La reanudación de la actividad de las relaciones sexuales después de haber dado a luz puede ocasionar un estrés muy fuerte para algunas mujeres que han salido de un proceso complicado, debido principalmente a cambios físicos y que llega a provocar desenlaces de conflicto a largo plazo en la relación conyugal" (1)

La edad de diagnóstico fue entre 20 y 24 años (38,10% (n=32)) y el 23,81% (n=20) entre 25 y 29 años. Esto es muy semejante a una investigación hecha por Huarcaya Chilingano (1). El estudio incluyó a 117 mujeres que dieron a luz, el 70,1% (n=82) con edades entre 20 y 35 años.

Arguello et al. (10), de 300 mujeres que dieron a luz, el 36,67% (n=110) tienen entre 20 y 34 años. En este estudio, analizando el estado civil de las mujeres que dieron a luz (n=84), al igual que en el trabajo de Ana Rosa Huarcaya Chilingano, la unión libre es del 55% (n=46) y casada en el 21% (n=18). (1), Arguello et al. (10), mientras que el porcentaje de convivencia fue del 60,7% (n=71), el 39,3% (n=46) de las 117 mujeres de seguimiento se casaron en primera unión y el 38,67% (116) en segunda unión libre. De las 300 mujeres, el 32% (n=96) estaban casadas. Según la educación de las puérperas (n=84) que participaron en el estudio, el 35% (n=29) eran graduadas universitarias y el 27% (n=23) eran profesionales de tecnología avanzada. Un estudio de Carmen Julia Quispe Alberto (11) encontró que en una población de 184 mujeres que dieron a luz, el 59,2% (n=109) tiene educación secundaria, el 16,3% (30) tiene educación superior. Esto es muy parecido. Otros estudios relacionados (12-16). Las mujeres del estudio eran de zonas urbanas y el 60% (n=50) de los 84 casos fueron similares a los previamente programados. En términos de empleos, similares a los empleos mencionados anteriormente, el 54% (n=45) de las 84 mujeres eran amas de casa. Por todo lo anterior, podemos confirmar que las mujeres que dieron a luz son de mayor edad, tienen pareja estable y cuentan con estudios superiores (17,18).

El método anticonceptivo más utilizado en el estudio fue las inyecciones hormonales cada tres meses en el 44,05% (n = 37), y también fue el método más utilizado durante la reanudación del sueño, en el 38% (n = 14) y en el 11%. (n = 4), respectivamente. Para el estudio de Morin Chaparro G, et al. no se utilizó ningún método en la primera etapa del parto. (20), el 20,8% afirmó no utilizar ningún método para reanimar a los hombres durante el puerperio. Similar al estudio de Heaysell Sarria Arguello et al. (10), el 33,33% (n=100) utilizó anticonceptivos intrauterinos durante 3 meses más que otros métodos anticonceptivos, y el 15% (n=45) no utilizó ningún método anticonceptivo al dar a luz y el motivo es decisión propia 51,56% (n=33) fueron preguntados por parejas, al 46,88% (n=30) se les preguntó por parejas.

Las limitaciones obvias incluyen el tiempo de entrega, el tamaño de la muestra, etc. Se puede decir que la mayoría de las mujeres no conocen la atención posnatal ni los métodos anticonceptivos adecuados en este momento.

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, esto puede indicar que las mujeres que han dado a luz en hospitales de Rioja retoman la actividad sexual inmediatamente después del parto, mientras que otras mujeres que han dado a luz pueden iniciar la actividad no sexual inmediatamente después.

El tiempo medio para reanudar las relaciones sexuales es de 8 semanas, el tiempo medio para reanudar la actividad no sexual es de 2 semanas.

Los principales motivos de recaída son las necesidades de la mujer, el confort y las necesidades de su pareja, los motivos para no recaer son el miedo al dolor y el miedo a un nuevo embarazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huarcaya Chilingano AR. Prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, abril-junio del 2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016; 201: 7-8
2. Soria B. Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el embarazo y puerperio. [Tesis de maestría]. Revista de la Universidad de Almería, Facultad de Ciencias de la Salud. 2012: 70
3. Anzaku AS, Mikah S. La reanudación postparto de la actividad sexual, la morbilidad sexual y el uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres nigerianas en Jos. Anales de Investigación en Ciencias Médicas y de la Salud. 2014; 4 (2): 210-216.
4. Ruiz PS, Ordóñez EF, Gámez MG. Ca 2-237: Anticoncepción postparto. Revisión de evidencias; enfermería Docente. 2016; 1(106): 77.
5. Organización Mundial de la Salud Unidas [internet]. Planificación Familiar [actualizado en julio del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
6. Cabrera G, Shesira N. Factores que influyeron en el abandono de métodos anticonceptivos en púerperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, noviembre-diciembre del 2015. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016: 7-8
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas [internet]. Presenta Reporte Anual 2016. [Actualizado 21 de julio 2018]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/es/news/unfpa-presenta-reporte-anual-2016>
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [internet]. En Paraguay, el 45% de las parejas cuentan con Planificación Familiar. [Actualizado 28 de noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/en-paraguay-el-45-de-las-parejas-cuentan-con-planificacion-familiar/>
9. Quispe E, Mitzi Y. Influencia de los factores socioculturales del varón para la aceptación del uso de métodos anticonceptivos en la pareja púerpera. Instituto Nacional Materno Perinatal-enero 2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016: 7-

10. Sarria Arguello H, Betancourt Osejo D. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos posparto en pacientes puérperas del servicio de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque, Enero a Marzo 2014. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2014: 17-32
11. Quispe Alberto CJ. Percepción de las puérperas sobre la calidad de información recibida en temas de autocuidado durante el puerperio inmediato en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016: 11-13
12. Victorio Camargo E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su asociación con prácticas de prevención del embarazo en puérperas adolescentes del hospital nacional docente Madre-Niño San Bartolomé. Lima, enero–febrero del 2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016: 11-18
13. Ticona Chacón LV. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero 2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016: 12-20
14. Salcedo Cárdenas J. Relación entre la actitud de la pareja respecto a la elección de métodos anticonceptivos en puérperas de parto eutócico del Hospital de San Juan de Lurigancho periodo noviembre - diciembre del 2015. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2016: 15-16
15. Speizer, IS, Fotso JC, Okigbo C, Faye CM, Seck C. Influence of integrated services on postpartum family planning use: a cross-sectional survey from urban Senegal. BMC Public Health. 2013; 13(1): 752.
16. Pariapaza T, Yeraldine N. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla de julio a agosto del 2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2017: 22-23
17. Vargas Mendieta MI. Factores asociados a las complicaciones que se presentan durante el puerperio en un hospital general, Perú-2016. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. 2017: 20
18. Royert JM, Peñate MP. Prácticas de cuidado que realizan las puérperas en los municipios de Sincelejo, Corozal, Tolú, Sampués y San Onofre 2014. Salud Uninorte. 2016; 32(1):1-2.



19. López JSS, Basulto DIC. Parto fisiológico, episiotomía y cesárea: su impacto en el reinicio sexual masculino. *Psicología y Salud*. 2017; 27(1): 41-52.
20. Chaparro M, Pérez R, Sáez K. Función sexual femenina durante el periodo postparto. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013; 73
21. Velázquez C, Kawabata A, Rios-González CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. *Rev. salud pública Parag*. 2018; 8(2): 15

# Factores sociodemográficos asociados a los conocimientos en pacientes con tuberculosis pulmonar

## Sociodemographic factors associated with knowledge in patients with pulmonary tuberculosis

 Esther Ochoa Medina<sup>1</sup>, 0009-0004-5376-9961

 Lusgado Wian Puelles Chuquizuta <sup>2\*</sup>, 0000-0001-9696-6456

 Jhon Alexander Zagaceta Daza <sup>3</sup>, 0009-0000-6215-9007

<sup>1</sup>Universidad Católica Sedes Sapientiae, Rioja, Perú

<sup>2</sup>Universidad Cesar Vallejo, Moyobamba, Perú

<sup>3</sup>Hospital II-1 Rioja, Rioja, Perú

---

**Recibido:** 18 Oct. 2023 | **Aceptado:** 03 Nov. 2023 | **Publicado:** 04 Abr. 2024

**Autor de correspondencia\*:** [lpuellesch@ucv.edu.pe](mailto:lpuellesch@ucv.edu.pe)

**Como citar este artículo:** Ochoa-Medina, E. & Puelles-Chuquizuta, L.W. & Zagaceta-Daza, J. A. Factores sociodemográficos asociados a los conocimientos en pacientes con tuberculosis pulmonar. *Revista Médica Hospital Rioja*.

### RESUMEN

Como objetivo se ha considerado el determinar los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en pacientes con TB pulmonar. Se ha utilizado como métodos y materiales: el enfoque del estudio fue cuantitativo, correlacional, no experimental transversal. La población fue 68 pacientes de ambos sexos con tuberculosis que acudieron al Hospital II-1 Rioja. El instrumento fue un cuestionario constituido por 20 preguntas respecto a los conocimientos sobre tuberculosis. El análisis descriptivo e inferencial se realizó en el software STATA 17. Hemos obtenido hallazgos donde se encontró que el sexo, grado de instrucción, ingreso económico, recibir sesión educativa y antecedente familiar se asociaron con el conocimiento sobre la TB ( $p < 0.05$ ). Como conclusiones encontradas se basan en los pacientes de sexo masculino, sin estudios, con ingresos económicos limitados, los que no participaron en sesiones educativas y no tener antecedentes familiares de la enfermedad presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre TB pulmonar. Se requiere la implementación de programas educativos focalizados para pacientes masculinos, con bajo nivel de educación y recursos limitados, con el propósito de fortalecer los conocimientos y prevenir la TB pulmonar.

**Palabras clave:** Conocimientos, tuberculosis pulmonar, educación en salud (Fuente: DeCS)

## ABSTRACT:

The objective has been considered to determine the sociodemographic factors associated with the level of knowledge in patients with pulmonary TB. It has been used as methods and materials: the approach of the study was quantitative, correlational, not experimental cross-sectional. The population was 68 patients of both sexes with tuberculosis who attended Hospital II-1 Rioja. The instrument was a questionnaire consisting of 20 questions regarding knowledge about tuberculosis. The descriptive and inferential analysis was carried out in the STATA 17 software. We obtained findings where it was found that sex, level of education, economic income, receiving an educational session and family history were associated with knowledge about TB ( $p < 0.05$ ). The conclusions reached are based on male patients, without education, with limited economic income, those who did not participate in educational sessions and did not have a family history of the disease presented a low level of knowledge about pulmonary TB. The implementation of targeted educational programs for male patients with a low level of education and limited resources is required, with the purpose of strengthening knowledge and preventing pulmonary TB.

**Key words:** Knowledge, pulmonary tuberculosis, health education (Source: DeCS)

## 7. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa provocada por *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, una bacteria que generalmente impacta los pulmones, esta patología se transmite de una persona a otra a través de diminutas partículas de aerosol que son liberadas al aire por individuos que padecen una infección pulmonar activa (1). Dada la fácil transmisión de la TBC, un individuo con la enfermedad activa afecta entre 10 a 15 personas (2). En la actualidad, la TBC se ha convertido en un importante problema de salud global, con un impacto significativo en la morbimortalidad a nivel mundial (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la TB es una de las principales causas de muerte y la enfermedad más mortífera, superando al VIH/SIDA (3). A nivel mundial, en el 2021, se estima que 10.6 millones de personas enfermaron de TBC; en Europa, se reportaron 369.935 casos; asimismo, España tiene la incidencia más alta en la Unión Europea, con más de (20 casos/100.000 personas al año) (3). Además, se registraron 1.8 millones de defunciones por esta patología, más de 5.800 muertes diarios, con más del 66.67% de los casos en China, India, entre otros países de recursos limitados (1, 3).

En la región de las Américas, se estima que el número de casos nuevos de TB es de 309.000 y 215.116 notificados, número que representa el 70% del total de casos. Además, se registraron 32.000 defunciones, de los cuales, el 11% correspondió a la coinfección de TBC/VIH, cifra que se ha

incrementado en los últimos años en este continente (4). Asimismo, Perú es uno de los países de la región con más alta carga de TBC, con 23.755 nuevos casos notificados (5).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la OMS, sugieren llevar a cabo exámenes de diagnóstico y se amplíen los programas de prevención y tratamiento de la TB (6). Sin embargo, la lucha contra esta enfermedad no se limita solo a la atención médica, sino también el conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad y su manejo (7). La falta de conocimiento sobre la TB conduce a comportamientos de riesgo, ya que desconocen hábitos saludables (8). Esto afecta la eficacia al tratamiento y tomar malas decisiones de autocuidado en el hogar, lo que complica la salud de los pacientes (8).

La TB afecta de manera desproporcionada a individuos que carecen de información y conciencia de esta enfermedad mortal, personas de bajos recursos económicos, hombres, y adultos jóvenes (9). Por tanto, resulta crucial que los hospitales gestionen y comuniquen esta información de manera efectiva a los pacientes y sus familiares (10). La falta de conocimiento en la población representa una amenaza real, ya que incrementa el riesgo de que éstos desarrollen cepas resistentes a medicamentos, como TB multirresistente (MDR-TB) y extremadamente resistente (XDR-TB) (10), lo que aumenta significativamente las posibilidades de un desenlace mortal (11).

En este contexto, los conocimientos de los pacientes desempeñan un papel importante en el control de la TB (12). Estos conocimientos son fundamentales para el diagnóstico temprano, la adherencia al tratamiento y autocuidado, así evitar la propagación de cepas resistentes a los medicamentos (13). Por lo tanto, esta investigación se centra en abordar de manera integral los factores sociodemográficos asociados a los conocimientos sobre TB pulmonar. Los hallazgos tienen el potencial de informar políticas de salud pública y programas de prevención y tratamiento más efectivos y basados en evidencia.

La literatura científica disponible destaca que varios factores están asociados a los conocimientos sobre TB. Tal es así, un estudio realizado en Lima, en pacientes con TB de un hospital, concluyó que existe una asociación entre la edad, sexo, ocupación, capacitación y antecedente familiar con los conocimientos sobre TB pulmonar (14). Asimismo, una investigación realizada en Cuba, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos sobre las medidas para el control y prevención de la TB, concluyó que el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas se consideró deficiente (15).

En el Hospital II-1 Rioja, no se centran en llevar capacitaciones adecuadas, esto conduce al abandono del tratamiento y la adopción de hábitos poco saludables, lo que a su vez agrava la enfermedad. Aunque se ofrecen charlas, se necesita implementar sesiones educativas con evaluaciones previas y posteriores, así como un seguimiento para aclarar las dudas de los pacientes, garantizando una comprensión completa de la información proporcionada (14, 15).

En concordancia con lo mencionado, es crucial profundizar en el conocimiento sobre TB, específicamente en el contexto peruano, dado que esta enfermedad es altamente prevalente. Por ello, el propósito de la investigación es identificar el nivel de conocimientos de los pacientes con TB pulmonar del Hospital II-1 Rioja. Determinar los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento en pacientes con TB pulmonar. Determinar los factores sociodemográficos asociados a los niveles de las dimensiones del conocimiento en pacientes con TB pulmonar. Identificar el perfil sociodemográfico de los pacientes con TB pulmonar.

## **8. MATERIALES Y MÉTODOS**

El tipo de investigación fue de naturaleza básica, se empleó el enfoque cuantitativo, tuvo un alcance correlacional y se enmarcó en un diseño no experimental de tipo transversal (16). Además, la población fueron todos los pacientes diagnosticados con TB. Asimismo, la muestra estuvo conformada por 68 pacientes con TB atendidos en el Hospital II-1 Rioja y quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia aplicando los criterios de inclusión (16).

Con referencia a los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron a todos los pacientes atendidos por TB pulmonar entre los meses de junio a setiembre de 2023 en el Hospital II-1 Rioja, pacientes mayores de 18 años, pacientes de ambos géneros. Por otro lado, se excluyeron a pacientes con comorbilidades graves o condiciones médicas que puedan interferir con la comprensión y respuestas precisas sobre TB, pacientes diagnosticados con otra enfermedad, y los pacientes que no desearon participar de la investigación.

En este estudio, la variable central fue el conocimiento sobre TB pulmonar, de naturaleza categórica politómica ordinal. Para la recolección de datos, se optó por el uso de la técnica de la encuesta, y el instrumento utilizado fue el cuestionario de conocimiento acerca de la TB, conformado por 20 preguntas, cada una con 5 alternativas relacionados con el tratamiento, cuidados en el hogar y medidas preventivas. Las respuestas correctas fueron valoradas con 2 puntos, mientras que las

respuestas incorrectas no sumaron puntos. Las categorías establecidas para el análisis fueron: nivel de conocimiento bajo ( $< 20$ ), medio ( $21 - 30$ ), y alto ( $31 - 40$ ) (17).

La validez del cuestionario se evaluó utilizando el método juicio de expertos, en este proceso participaron 6 profesionales del ámbito de la salud pertenecientes a la Estrategia Sanitaria Control de la TB del establecimiento de salud “San Luis”, así como expertos en investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Además, se sometieron los puntajes a una prueba binomial, confirmando que el error de significancia no superó el umbral establecido ( $p > 0.05$ ). Por otro lado, se determinó la confiabilidad del instrumento a través de la aplicación de una prueba piloto, para dicho propósito emplearon la fórmula estadística Kuder Richardson, evidenciándose un valor de fiabilidad 0.86 (17).

Asimismo, los factores sociodemográficos fueron: edad, número de hijos (variables numéricas) y, variables de naturaleza categóricas nominales y ordinales, sexo (masculino y femenino), procedencia (rural y urbano), grado de instrucción (sin estudios, primaria, secundaria y superior), estado civil (soltero, casado, divorciado y viudo), ocupación (estudiante, trabajo independiente, trabajo dependiente, desempleado, otros), ingreso económico (menor a 1024 soles y mayor 1025 soles), recibir sesión educativa sobre la TBC (si y no), antecedente familiar (si y no).

Se empleó el software estadístico STATA versión 17, desarrollado por StataCorp en College Station, Texas, Estados Unidos. El análisis descriptivo consistió en el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables categóricas, mientras que para variables cuantitativas se emplearon la media y desviación estándar. También se realizó el análisis de normalidad mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de la edad y el número de hijos, los resultados indicaron que ambas variables siguieron una distribución normal. De igual forma, la edad siguió distribución normal según la dimensión medidas preventivas, también el número de hijos en las dimensiones tratamiento y medidas preventivas.

Análisis inferencial, se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre variables categóricas, asimismo se empleó la prueba paramétrica ANOVA para determinar la asociación entre las variables numéricas con distribución normal y categóricas politómicas, también se utilizó la prueba no paramétrica H de Kruskall Wallis para variables numéricas sin distribución normal. Ver tabla 4.

## 9. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Descripción de las características de la muestra

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>Edad (Media±DE)</b>		42.7±13.98	
<b>Número de hijos (Media±DE)</b>		3.1±1.66	
Sexo	Masculino	38	55.88
	Femenino	30	44.12
Procedencia	Rural	45	66.18
	Urbano	23	33.82
Grado de Instrucción	Sin estudios	30	44.12
	Primaria	12	17.65
	Secundaria	7	10.29
	Superior	19	27.94

Continúa tabla 1.

<b>Estado civil</b>			
	Soltero	14	20.59
	Casado	40	58.82
	Divorciado	7	10.29
	Viudo	7	10.29
<b>Ocupación</b>			
	Estudiante	11	16.18
	Trabajo independiente	19	27.94
	Trabajo dependiente	16	23.53
	Desempleado	7	10.29
	Otros	15	22.06
<b>Ingreso económico</b>			
	≤1024 soles	39	57.35
	≥1025 soles	29	42.65
<b>Recibir sesión educativa sobre la TB</b>			
	No	41	60.29
	Si	27	39.71
<b>Antecedente familiar</b>			
	No	59	86.76
	Si	9	13.24

En la tabla 1, del total de pacientes involucrados en el estudio, el 55.88% correspondió al género masculino, asimismo, 44.12% no tenía estudios. Además, 58.82% fue de estado civil casado, un 60.29% no había recibido sesión educativa relacionadas con la TB, y el 86.76% no tenía familiares con dicha enfermedad.

Tabla 2 Nivel de conocimientos de la TB pulmonar y sus dimensiones

Conocimiento sobre la TB	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
<b>Conocimiento bajo</b>	32	47.06
<b>Conocimiento medio</b>	8	11.76
<b>Conocimiento alto</b>	28	41.18
<b>Total</b>	68	100.00
<b>Dimensiones</b>		
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
Conocimiento bajo	24	35.29
Conocimiento medio	13	19.12
Conocimiento alto	31	45.59

Continúa tabla 2.

<b>Cuidados en el hogar</b>		
Conocimiento bajo	33	48.53
Conocimiento medio	9	13.24
Conocimiento alto	26	38.24
Total	68	100.00
<b>Medidas preventivas</b>		
Conocimiento bajo	33	48.53
Conocimiento medio	24	35.29
Conocimiento alto	11	16.18
Total	68	100.00

En la tabla 2, se observó que el 47.06% tuvo un nivel de conocimiento bajo. Con respecto a la dimensión tratamiento farmacológico, se observó que el 45.59% presentó un nivel de conocimiento alto. Por otro lado, con respecto a la dimensión cuidados en el hogar, el 48.53% obtuvo un nivel de conocimiento bajo. Asimismo, en la dimensión medidas preventivas, el 48.53% tuvo conocimiento bajo.

Tabla 3. Factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimiento sobre TB pulmonar.

	Conocimiento sobre la tuberculosis						
	Bajo		Medio		Alto		P valor
	f	%	f	%	f	%	
<b>Factores sociodemográficos</b>							
<b>Edad (ME±DE)</b>	41.6±12.7		39.5±13.9		44.8±15.5		0.544*
<b>Número hijos (ME±DE)</b>	3.2±1.5		2.1±0.8		3.4±1.9		0.171*



<b>Sexo</b>							0.001
Masculino	28	73.68	6	15.79	4	10.53	
Femenino	4	13.33	2	6.67	24	80.00	
<b>Procedencia</b>							0.129
Rural	24	53.33	3	6.67	18	40.00	
Urbano	8	34.78	5	21.74	10	43.48	
<b>Grado de instrucción</b>							0.001
Sin estudios	24	80.00	0	0.00	6	20.00	
Primaria	4	33.33	3	25.00	5	41.67	
Secundaria	4	57.14	0	0.00	3	42.86	
Superior	0	0.00	5	26.32	14	73.68	

Continúa tabla 3.

<b>Estado civil</b>							0.215
Soltero	6	42.86	3	21.43	5	35.71	
Casado	22	55.00	5	12.50	13	32.50	
Divorciado	2	28.57	0	0.00	5	71.43	
Viudo	2	28.57	0	0.00	5	71.43	
<b>Ocupación</b>							0.128
Estudiante	6	54.55	0	0.00	5	45.45	
Trabajo independiente	9	47.37	0	0.00	10	52.63	
Trabajo dependiente	9	56.25	2	12.50	5	31.25	
Desempleado	2	28.57	3	42.86	2	28.57	
Otros	6	40.00	3	20.00	6	40.00	
<b>Ingreso económico</b>							0.002
≤1024 soles	24	61.54	6	15.38	9	23.08	
≥1025 soles	8	27.59	2	6.90	19	65.52	
<b>Recibir sesión educativa sobre la TB</b>							0.001
No	29	70.73	8	19.51	4	9.76	
Si	3	11.11	0	0.00	24	88.89	
<b>Antecedente familiar</b>							0.001
No	22	66.67	5	15.15	6	18.18	
Si	10	28.57	3	8.57	22	62.86	

\* Prueba ANOVA

### Chi cuadrado de Pearson

En la tabla 3, se observan hallazgos que destacan las diferencias significativas en los niveles de conocimiento sobre la TB pulmonar según cada factor sociodemográfico, evidenciándose que el sexo ( $p=0.001$ ), grado de instrucción ( $p=0.001$ ), ingreso económico ( $p=0.002$ ), recibir sesión educativa ( $p=0.001$ ), y tener antecedente familiar ( $p=0.001$ ) se asociaron significativamente con el nivel de conocimientos sobre TB pulmonar. Las demás asociaciones no fueron significativas. Ver tabla 3.

Tabla 4. Factores sociodemográficos asociados a las dimensiones del conocimiento sobre TB pulmonar.

	Tratamiento farmacológico						Cuidados en el hogar						Medidas preventivas									
	Bajo		Medio		Alto		P valor	Bajo		Medio		Alto		valor	Bajo		Medio		Alto			
<b>Factores sociodemográficos</b>																						
<b>Edad (ME±DE)</b>	41.1±11.3		41.2±15.8		44.5±15.2		.633†	43.9±12.4		37.6±18.6		42.8±14.3		.382†	38.8±12.7		50.2±12		37.7±15.7		.003*	
<b>Número hijos (ME±DE)</b>	3.2±1.5		2.5±1.4		3.4±1.9		.327*	3.3±1.3		2.4±2.1		3.2±1.9		.282†	2.8±1.5		3.8±1.5		2.8±2.1		.079*	
<b>Sexo</b>																						
<b>Masculino</b>	2	52.6	1	28.9	7	18.4	29	76.3	5	13.1	4	10.5	2	65.7	1	28.9	2	5.26				
	0	3	1	5	2		2		6		3		5	9	1	5						
<b>Femenino</b>	4	13.3	2	6.67	24	80.	4	13.3	4	13.3	2	73.3	8	26.6	1	43.3	9	30				
	3				00		3		3		2	3	7	3	3							
<b>Procedencia</b>																						
<b>Rural</b>																						
	2	44.4	5	11.11	20	44.4	25	55.5	4	8.89	1	35.5	2	51.1	1	35.5	6	13.3				
	0	4			4		6				6	6	3	1	6	6	3					
<b>Urbano</b>																						
	4	17.3	8	34.7	11	47.8	8	34.7	5	21.7	1	43.4	1	43.4	8	34.7	5	21.7				
	9		8		3		8		4		0	8	0	8	8		4					
<b>Grado instrucción</b>																						
<b>Sin estudios</b>																						
	1	53.3	6	20.0	8	26.6	24	80.	0	0.0	6	20.0	2	70.0	9	30.0	0	0.0				
	6	3		0	7			00	0		0		1	0		0	0					
<b>Primaria</b>																						
	4	33.3	3	25.0	5	41.6	5	41.6	2	16.6	5	41.6	4	33.3	8	66.6	0	0.0				
	3		0		7		7		7		7		3		7		0					
<b>Secundaria</b>																						
	4	57.1	0	0.0	3	42.8	4	57.1	0	0.0	3	42.8	4	57.1	0	0.0	3	42.				
	4		0		6		4		0		6		4		0		86					
<b>Superior</b>																						
	0	0.0	4	21.0	15	78.9	0	0.0	7	36.8	1	63.1	4	21.0	7	36.8	8	42.1				
	0		5		5		0		4		2	6	5		4		1					
<b>Estado civil</b>																						
<b>Soltero</b>																						
	2	14.2	4	28.5	8	57.1	6	42.8	3	21.4	5	35.7	8	57.1	3	21.4	3	21.4				
	9		7		4		6		3		1		4		3		3					
<b>Casado</b>																						
	1	45.0	9	22.5	13	32.5	23	57.5	6	15.0	1	27.5	2	52.5	1	35.0	5	12.5				
	8	0	0	0	0		0		0		1		1	0	4	0	0					
<b>Divorciado</b>																						
	2	28.5	0	0.0	5	71.4	2	28.5	0	0.0	5	71.4	2	28.5	5	71.4	0	0.0				
	7		0		3		7		0		3		7		3		0					
<b>Viudo</b>																						
	2	28.5	0	0.0	5	71.4	2	28.5	0	0.0	5	71.4	2	28.5	2	28.5	3	42.				
	7		0		3		7		0		3		7		7		86					

Continua tabla 4.

Ocupación						.06						.33						.01
						8						6						5
<b>Estudiante</b>	4	36.	2	18.1	5	45.	4	36.	2	18.1	5	45.	8	72.7	0	0.0	3	27.
		36		8		45		36		8		45		3		0		27
<b>Independiente</b>	7	36.	0	0.0	12	63.1	9	47.	2	10.	8	42.1	9	47.	1	52.	0	0.0
		84		0		6		37		53		1		37		0		63
<b>Dependiente</b>	7	43.	6	37.	3	18.7	9	56.	2	12.5	5	31.2	8	50.	3	18.7	5	31.
		75		50		5		25		0		5		00		5		25
<b>Desempleado</b>	2	28.	0	0.0	5	71.4	2	28.	3	42.	2	28.	2	28.	5	71.4	0	0.0
		57		0		3		57		86		57		57		3		0
<b>Otros</b>	4	26.	5	33.	6	40.	9	60.	0	0.0	6	40.	6	40.	6	40.	3	20.
		67		33		00		00		0		00		00		00		0
<b>Ingreso económico</b>						.175						.00						.001
												6						
<b>≤1024 soles</b>	1	41.	9	23.	14	35.	25	64.1	5	12.	9	23.	2	61.5	1	38.	0	0.0
		6	03		08	90		0		82		08		4	4	5	46	0
<b>≥1025 soles</b>	8	27.	4	13.7	17	58.	8	27.	4	13.7	1	58.	9	31.	9	31.	1	37.
		59		9		62		59		9		62		03		03		1
<b>Recibir sesión educativa</b>						.00						.00						.001
						1						1						
<b>No</b>	2	51.2	1	26.	9	21.9	30	73.1	7	17.0	4	9.7	2	68.	1	31.7	0	0.0
		1	2	1	83	5		7		7		6		8	29	3	1	0
<b>Si</b>	3	11.1	2	7.41	22	81.	3	11.1	2	7.41	2	81.	5	18.5	1	40.	1	40.
		1			48			1			2	48		2	1	74	1	74
<b>Antecedente familiar</b>						.00						.00						.07
						2						1						8
<b>No</b>	2	40.	1	22.	22	37.	33	55.	9	15.1	1	28.	3	54.	1	32.	8	13.
		4	68	3	03	29		93		5	7	81		2	24	9	20	56
<b>Si</b>	0	0.0	0	0.0	9	100	0	0.0	0	0.0	9	100	1	11.1	5	55.	3	33.
		0		0		.0		0		0		.0		1		56		33

\* Prueba ANOVA

† Prueba H de Kruskal Wallis

Chi cuadrado de Pearson

En la tabla 4, con respecto a los factores sociodemográficos asociados a las dimensiones del conocimiento sobre TB, se observa que el sexo, grado de instrucción y recibir sesión educativa se asociaron con el tratamiento, cuidados en el hogar y medidas preventivas ( $p=0.001$ ). Asimismo, el ingreso económico se asoció con los cuidados en el hogar ( $p=0.006$ ) y medidas preventivas ( $0.001$ ). También, tener antecedente familiar se asoció con el tratamiento y cuidados en el hogar ( $p=0.001$ ).

Igualmente, la edad y la ocupación se asociaron con las medidas de prevención ( $p=0.003$ ) y ( $p=0.015$ ). Las demás asociaciones no fueron significativas. Ver tabla 4.

En este estudio se encontró que el sexo se asoció al conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar, los pacientes de sexo masculino desconocían sobre la TB en comparación con las mujeres. Esta diferencia puede deberse a diversos factores, como diferencias en la búsqueda de información sobre esta enfermedad, la exposición en las campañas educativas donde las mujeres suelen participar con más frecuencia que los hombres, o las actitudes hacia la atención médica, lo que conlleva al desconocimiento de la TB (18). Este hallazgo se encuentra en consonancia con los encontrados en un estudio realizado en Lima, quienes encontraron que son las mujeres las que tuvieron mayor conocimiento sobre TB y las formas de transmisión de dicha enfermedad (2, 14).

De manera similar, el grado de instrucción y el ingreso económico se asociaron al conocimiento sobre la tuberculosis en el estudio. Se observó que la muestra sin estudios no conocía de esta enfermedad, además, los pacientes que percibían menos de 1024 soles mensuales también desconocían de la enfermedad. Ello significa que la mayoría de pacientes no tienen estudios y obtienen dicho monto de manera mensual. La falta de educación puede limitar la capacidad de estas personas para acceder y comprender información relacionada a la TB. De igual modo, los pacientes de bajos recursos económicos pueden estar menos propensas a participar en campañas educativas sobre esta enfermedad, lo que contribuye al desconocimiento (19). Un estudio realizado en 64 pacientes en Cuba, encontró que los individuos sin estudios no conocían acerca de la TB, además, los pacientes con un ingreso económico bajo tenían menos probabilidades de estar informadas y buscar atención médica oportuna de la enfermedad (15).

Asimismo, recibir sesión educativa y tener antecedente familiar se asociaron al conocimiento sobre la tuberculosis. Se observó que la muestra que había recibido sesión educativa y los pacientes con antecedentes familiares tuvieron un mayor conocimiento sobre su enfermedad. Esto puede atribuirse a que la exposición previa a la enfermedad dentro de la familia suele estar más alerta de los riesgos de la TB y tienen mayor probabilidad de buscar atención médica y recibir educación, el cual puede aumentar la conciencia y el conocimiento sobre la TB (6). Este hallazgo es consistente a los encontrados en un estudio en Lima, quien encontró que los pacientes que habían recibido sesiones educativas tenían una mejor comprensión de la TB, además, la exposición directa a la enfermedad en el entorno familiar motiva a las personas a buscar información y atención médica, contribuyendo a un mejor conocimiento (13).

Con respecto a los factores sociodemográficos asociados a las dimensiones, se encontró que los hombres, no tener estudios, y no recibir sesión educativa se asociaron con un nivel de conocimiento bajo sobre el tratamiento, cuidados en el hogar y medidas de prevención de la tuberculosis. Es decir, los pacientes desconocen sobre el tratamiento, el cuidado que una persona debe tener en el hogar para disminuir el contagio o su propagación, y las medidas que se deben tomar en cuenta para prevenir dicha enfermedad. Esto se debe a que, en el estudio, la mayoría fueron hombres y desconocían de la enfermedad, y las campañas de concientización suelen centrarse en las mujeres, el cual conlleva a una menor exposición de los hombres a la educación sobre la tuberculosis (20). Además, los pacientes sin estudios pueden tener dificultades para entender conceptos relacionados con la TB y su tratamiento (3) (21).

Estudios similares respaldan nuestros hallazgos. Una investigación realizada en 260 pacientes de un Hospital del Callao, encontró que los hombres tenían menos conocimientos respecto al tratamiento y las medidas de prevención que deberían tener en cuenta en el hogar para evitar el contagio a los otros miembros de la familia (8). Asimismo, los pacientes con niveles educativos más bajos y los que no habían recibido sesión educativa, desconocían de estas medidas de prevención y su tratamiento de la TB (14). Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias educativas más inclusivas y accesibles que se dirijan especialmente a personas con estas características, a fin de aumentar la conciencia y el conocimiento sobre las medidas de prevención y el tratamiento de la enfermedad (15).

Asimismo, los pacientes que no tenían antecedente familiar y los que percibían menos de 1024 soles se asociaron con un nivel de conocimiento bajo sobre el tratamiento, autocuidado y medidas de prevención de la tuberculosis. Es decir, los pacientes que no han tenido un historial de casos de tuberculosis en sus familias y aquellos con ingresos más bajos tienden a tener un conocimiento deficiente sobre cómo tratar y prevenir esta enfermedad para disminuir su propagación. Esto quiere decir que las personas sin historial previo de la enfermedad pueden no haber estado expuestas a la información y la concientización necesarias para comprender y prevenir la TB (22) (23). Asimismo, la limitación de recursos económicos podría obstaculizar el acceso a servicios de salud y programas educativos, lo que contribuiría a una falta de conocimiento sobre cómo manejar esta enfermedad (19).

Este hallazgo se apoya en investigaciones anteriores. Un estudio realizado en un Hospital en Lima, evidenció que las personas que no tenían familiares contagiados de la TB no conocían sobre el tratamiento y las medidas de prevención de la enfermedad (14). De igual forma, estudios realizados

en pacientes con tuberculosis en España y Cuba, encontraron que la población con un nivel socioeconómico bajo tenían una comprensión limitada sobre las medidas de prevención de la TB (15, 19).

Por último, las personas con edad promedio de 50.2 años y los que tenían trabajo independiente tuvieron un nivel de conocimiento medio respecto a las medidas de prevención de la tuberculosis. Esto quiere decir que las personas de este grupo de edad podrían haber participado en campañas de salud pública y estar más conscientes de las medidas de prevención de enfermedades en general, lo que les habría proporcionado un conocimiento más sólido sobre las medidas de prevención (9). Además, la población al ser autónomos en sus empleos, tengan un mayor acceso y recursos sobre prevención de esta enfermedad (14). En un estudio concluyó que efectivamente los pacientes de mayor edad y los que trabajan de manera independiente tienden a estar más familiarizadas con las medidas de prevención de enfermedades, el cual contribuye a un mejor conocimiento respecto a la prevención de la TB (14).

Las limitaciones principales de este estudio incluyen el tamaño relativamente pequeño de la población, además, los sesgos de selección, ya que los participantes al haber sido preseleccionados por criterios específicos, lo que podría influir en las respuestas, y factores no medidos, como la creencia religiosa, accesibilidad a la atención médica y la exposición a campañas de concientización, entre otras, que no.

## CONCLUSIONES

El conocimiento de los pacientes sobre tuberculosis pulmonar está significativamente asociado con factores sociodemográficos como el sexo, el grado de instrucción, el ingreso económico, recibir sesiones educativas sobre la TB y la presencia de antecedentes familiares de la enfermedad. Los pacientes de sexo masculino, aquellos con bajo nivel de educación, personas con ingresos económicos menores a 1024 soles, pacientes que no participaron en sesiones educativas y no tener antecedentes familiares de la enfermedad presentan un nivel de conocimiento bajo sobre la tuberculosis pulmonar. Estos hallazgos son fundamentales para orientar investigaciones y programas de salud pública futuros relacionados con la tuberculosis pulmonar.

En vista de los hallazgos de este estudio, se recomienda a las autoridades de los hospitales y profesionales de la salud, la implementación de programas de educación y concienciación destinadas a mejorar el conocimiento sobre la tuberculosis pulmonar. Estos programas deben abordar específicamente el tratamiento farmacológico, cuidados en el hogar y las medidas de prevención de la TB. Además, es esencial que se enfoquen en los grupos identificados como más vulnerables, pacientes de sexo masculino, en aquellos con educación limitada, personas con ingresos económicos bajos. En estos programas se deben incluir campañas, talleres educativos y estrategias de participación comunitaria para garantizar que estos grupos tengan acceso a información crucial y estén mejor preparadas para la prevención y el tratamiento de la TB pulmonar.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler A, Collado C, Collazo C, De Los Santos A. Tuberculosis pulmonar. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2022;13(53):3077-3087. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.03.019>.
2. Antolínez C, Jiménez EA, Caguazango PC, Urrego HN, Cantor LC. Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con tuberculosis: una revisión sistemática de literatura. Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud. 2021;4(1):92-108. DOI: <https://doi.org/10.46634/riics.77>.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tuberculosis: Datos y Cifras [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023 [citado el 29 de setiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
4. Ramírez O, Colorado A, Cruzado L, Marin H, Lecca L. Observatorios sociales nacionales y regional de tuberculosis en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2023;46:e163. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.163>
5. Calixto F, Pantoja LR. Características y frecuencia de tuberculosis antes y durante la pandemia por COVID-19 en adultos atendidos en un centro de atención primaria, Lima-Perú, 2019-2020. Revista Horizonte Médico. 2023;23(1):49-57. DOI: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n1.06>.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS pide a los países acelerar las medidas para poner fin a la tuberculosis [Internet]. Washington D.C., Estados Unidos: OPS; 2023 [citado el 2 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-3-2023-ops-pide-paises-acelerar-medidas-para-poner-fin-tuberculosis>.
7. Muñoz AI, Rubiano YL, Saavedra CJ. Instrumento de medición: conocimientos, actitudes y prácticas en personas con tuberculosis pulmonar. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2019;27:1-10. DOI: 10.1590/1518-8345.2608.3086.
8. Rivera O, Benites S, Mendigure J, Bonilla CA. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Revista Biomédica. 2019;39(2):44-57. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4564>.
9. Ortiz CM, Aspiazú K, Pacheco KE. Mycobacterium tuberculosis en muestras de pacientes pulmonares y extrapulmonares del Hospital Vicente Corral Moscoso. Revista de Investigación en Salud. 2022;5(14):470 - 480. DOI: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.161>.

10. Estrada I, Ruvalcaba JC. Tuberculosis pulmonar, un riesgo latente para los trabajadores de la salud como problema de Salud Pública. *Journal of Negative & No Positive Results*. 2019;4(2):197-209. DOI: [10.19230/jonnpr.2833](https://doi.org/10.19230/jonnpr.2833).
11. Soto MG, Munayco CV, Escalante O, Valencia E, Arica J, Yagui MA. Perfil epidemiológico de la tuberculosis extensivamente resistente en el Perú, 2013-2015. *Pan American Journal of Public Health*. 2020;44:1-9. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.29>.
12. Casahualpa RI, Uriarte CI, Vivanco ES, Zurita TE, Pilatasig JN, Saavedra CJ. Prevención y control frente a reaparición de tuberculosis. *Revista científica de investigación actualización del mundo de la ciencias*. 2019;3(3):1402-1428. DOI: [10.26820/reciamuc/3.\(3\).julio.2019.1402-1428](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.1402-1428).
13. Gonzales GB, Ayala R. Eficacia de una intervención educativa sobre conocimiento, control y prevención de tuberculosis en personal de salud del Callao. *Revista de investigación científica Ágora*. 2022;9(1):3-8. Disponible en: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/200> DOI: <https://doi.org/10.21679/200>.
14. Mejía J, Núñez J. Factores asociados a los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en pacientes con VIH/SIDA. *Revista de investigación y casos en salud*. 2019;4(2):92-101. DOI: <https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.212>.
15. Juliao E, Borroto S, González E, Castro M, Martínez D. Evaluación del conocimiento sobre la prevención de la tuberculosis. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2020;71(3):1-18.
16. Harnández-Sampieri R. *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* México: McGraw Hill; 2018.
17. Huaynates AY. Relación entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes registrados en la estrategia sanitaria de la tuberculosis del Centro de Salud "San Luis" [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
18. Pérez R, Mori H. Riesgo familiar durante el tratamiento de pacientes de tuberculosis: Estudio cualitativo de la apreciación sociosubjetiva de los pacientes atendidos en un establecimiento del primer nivel de atención. *Revista de Investigación Científica Ágora*. 2020;7(2):101-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.21679/arc.v7i2.193>.

19. Ruiz AM, Sánchez R. Tuberculosis y factores socioeconómicos en la población española: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. 2022;96:e1-e22.
20. Miranda JJ, Ochoa R. Desigualdades de género y las redes de apoyo social en pacientes con tuberculosis. *Revista Cuaba de Higiene y Hepidemiología*. 2023;60:e1277.
21. Merino M, Jiménez DE, Vera MR. Factores que inciden en el abandono del tratamiento antituberculoso en los pacientes que acuden a los subcentros de salud en la ciudad de Milagro. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2021;3(4):26-32. DOI: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0078>.
22. Cajachagua M, Chavez J, Chilon A, Camposano A. Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este. *Revista Cuidarte*. 2020;13(2):e2083. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2083>.
23. Cedeño MA, Figueroa FM, Zambrano JR, Romero CV, Arias CV, Santos EA. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 2019;5(1):54-68. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v5i1.850>.

# Actitudes de prevención sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años.

## Prevention attitudes regarding acute respiratory infections in mothers of children under five years of age.

 Yunely Llaly Diaz Tarrillo<sup>1</sup>, 0009-0000-0438-9154

 Yoselda Salas Chávez<sup>1</sup>, 0009-0006-2916-1280

 Lusgado Wian Puelles Chuquizuta<sup>2\*</sup>, 0000-0001-9696-6456

 Jhon Alexander Zagaceta Daza<sup>3</sup>, 0009-0000-6215-9007

<sup>1</sup>Universidad Católica Sedes Sapientiae, Rioja, Perú

<sup>2</sup>Universidad Cesar Vallejo, Moyobamba, Perú

<sup>3</sup>Hospital II-1 Rioja, Rioja, Perú

**Recibido:** 18 Oct. 2023 | **Aceptado:** 03 Nov. 2023 | **Publicado:** 04 Abr. 2024

**Autor de correspondencia\*:** [lpuellesch@ucv.edu.pe](mailto:lpuellesch@ucv.edu.pe)

**Como citar este artículo:** Diaz-Tarrillo, Y.L. & Salas-Chávez, Y. & Puelles-Chuquizuta, L.W. & Zagaceta-Daza, J. A. Actitudes de prevención sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años. *Revista Médica Hospital Rioja*.

## RESUMEN

Las infecciones causadas por las vías respiratorias agudas son una causa importante de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica, este estudio tiene como Objetivo: Identificar las actitudes de prevención sobre las infecciones respiratorias agudas en madres de niños que oscilan de los 0 a 5 años. Como Metodología: La investigación se basó en un enfoque cuantitativo, cuyo diseño es el no experimental y de corte transversal. Dicha investigación está constituida por una población de 160 madres que forman parte del grupo compasión, obtenido como muestra 113 participantes, para la recopilación de datos se utilizó como instrumento un cuestionario de factores sociodemográficos y actitudes que está estructurado en 11 preguntas. Los datos fueron llevados y obtenidos mediante el programa Stata versión 12, la correlación se obtuvo mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado. Como resultados obtenemos que un 50 % de las familias tienen un total promedio de 1 a 3 hijos esto nos demuestra que si se está mejorando y dando las prioridades y cuidado a sus menores hijos en lo que viene hacer las infecciones por vías respiratorias. Mientras que un 60 % si poseen el conocimiento necesario para poder prevenir las infecciones en las vías respiratorias que se les puede presentar a sus menores hijos. Se concluye que existe actitudes de las madres a favor de la salud de sus hijos y se preocupan constantemente por tener un hijo sano y salvo de los problemas respiratorias agudas en niños que oscilan de 0 a 5 años.

**Palabras Claves:** infecciones respiratorias agudas, actitudes, prevención.

## ABSTRACT:

Infections caused by the acute respiratory tract are an important cause of morbidity and mortality in the pediatric population. This study aims to: Identify prevention attitudes about acute respiratory infections in mothers of children ranging from 0 to 5 years. As a Methodology: The research was based on a quantitative approach, whose design is non-experimental and cross-sectional. This research is made up of a population of 160 mothers who are part of the compassion group, obtained as a sample of 113 participants. For data collection, a questionnaire of sociodemographic factors and attitudes that is structured in 11 questions was used as an instrument. The data were taken and obtained using the Stata version 12 program, the correlation was obtained using the Chi-square statistical test. As a result, we obtain that 50% of families have an average total of 1 to 3 children, this shows us that they are improving and giving priorities and care to their youngest children in the face of respiratory tract infections. While 60% do have the necessary knowledge to be able to prevent respiratory tract infections that their children may experience. It is concluded that there are attitudes of mothers in favor of the health of their children and they are constantly concerned about having a healthy child and safe from acute respiratory problems in children ranging from 0 to 5 years.

**Keywords:** acute respiratory infections, attitudes, prevention.

## 11. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) es definido como uno de los males sociales que afecta directamente a las vías respiratorias trayendo como consecuencia la segunda en la morbilidad infantil en el nivel internacional, nacional y local en niños que oscilan de 0 a 5 años y la primera en menores de un año, así lo demuestran los datos estadísticos brindados por la organización mundial de la salud (OMS) (1).dichas infecciones respiratorias agudas son causados por diversos tipos de microorganismos tales como :bacterias y virus. Un gran porcentaje de las infecciones pueden ser leves, por el cual pueden causar una mayor complicación y poner en peligro a los niños por su déficit atención y prevención en su momento oportuno, para que pueda pasar de leve a grave esto puede durar un aproximado de dos semanas (2). Los síntomas más frecuentes suelen ser: tos, obstrucción nasal, rinorrea, otalgia, disfonía, odinofagia, y un malestar mayor en la respiración, y en pocas ocasiones también se presenta la fiebre (3).

Lo fundamental y primordial de la función de la vía aérea es llevar el aire mediante los alveolos para que este lo purifique mediante el intercambio gaseoso que se da fundamentalmente en nuestro organismo. Dicha función se ve momentáneamente impedida o mortificada por diversos patógenos que existen para atacar a nuestro organismo y que pueden ser virus y bacterias. La mayor complicación que se puede ocasionar en las vías respiratorias de depender de la capacidad viral que haya ingresado a invadir al organismo, asimismo para poder combatir y mejorar nuestras vías respiratorias de requiere un antídoto que pueda combatir contra los virus y así ayude a mejorar

nuestro sistema inmunológico en consecuencia nuestro sistema respiratorio vuelva a su estado normal. En general se afirma que mientras el individuo haya tenido un mayor contacto con estos virus su organismo se adecua y se fortalece con el pasar del tiempo, por el cual el individuo ya no podría desarrollar esta enfermedad (4).

Los factores para determinar un resultado clínico lo conforman: el huésped, el ambiente y los agentes patógenos. el huésped es el individuo que puede ser de toda edad, pero mayormente ataca más a los niños que son afectados por el virus, el ambiente es todo lo que nos rodea y que influye según los cambios climatológicos y que pueden ocasionar de mayor a menor probabilidad a dicho individuo. Y los agentes patógenos lo viene a conformar los diversos tipos de virus y bacterias que existen en nuestro entorno, por el cual invaden al organismo según el sistema inmunológico de cada niño, mientras el niño que tenga más fuerte su sistema inmunológico el virus tendrá menos probabilidad de invadir dicho organismo (4).

Las IRA se contagia con mayor facilidad cuando un individuo se expone al ambiente donde hay muchas personas y que algunos poseen este virus y mediante un estornudo ya se contagió. Dicho contagio consta por inhalación de dichos productos tales como: aerosoles, microgotas de objetos donde posee dicho virus dejado por otro individuo, también por secreciones mucosas que se dejan en diversos recipientes residuales y que los niños entran en contacto y cogen dichos objetos es allí donde se produce dicho contagio (5).

Estadísticamente un 80 y 90 % de las IRA son causados por diversos tipos de virus siendo las de origen bacteriano que causan menor frecuencia en las infecciones de nuestras vías respiratorias. Las cargas virales atacan a los niños mayormente en las épocas frías, que en algunos contextos se pueden dar durante todo el año. Los brotes se pueden dar de manera epidemiológica en algunos entornos y que se pueden duplicar de acuerdo al sistema inmunológico que posee cada individuo en algunos será de mayor gravedad y en otros casos será de menor gravedad. Según los cuadros clasificadores de la OMS destaca como la neumonía de un índice mayor que puede variar según la edad y que estadísticamente se reportó (4 mil casos por 100 mil niños que se da anualmente) las edades oscilan entre 1 a 5 años (6).

Asimismo, se ha logrado detectar diversos números de factores que ponen en riesgo a los niños. Por el cual, se pueden agrupar según la edad del huésped, el medio que lo vigila y el elemento patológico que ataca a ciertos individuos por su condición inmunológica. Un gran porcentaje de niños infectados por las IRA se encuentran en riesgo, por el mismo hecho de su condición al momento de nacer que

puede tener, desnutrición, la condición ambiental no puede haber sido de la mejor manera o desfavorable. Y todas las consecuencias que pueden jugar en contra de los niños al momento de nacer (7).

Los problemas que afectan al sistema respiratorio a nivel internacional son atacados con mayor frecuencia la población infantil estos datos son demostrados por la OMS ,en la cual afirma en el año 2020 las infecciones por vías respiratorias a llevado a la muerte o deceso de 4 millones de niños anualmente ,en la población infantil a causado un 30 % de muertes a nivel internacional (8).En el continente de África los índices de muerte a causado un mayor resalte a nivel internacional que estadísticamente oscilan entre los 40 en 1000 nacimientos. Asimismo, se promedia que anualmente hay 1,5 millones de muertes es causado por infecciones agudas, accidentalmente por neumonías, es el país con mayores cifras en mortalidad infantil y en américa ocurre un alrededor de 100 000 muertes por problemas respiratorios, que consta de un 90 %de muertes causados por neumonía, luego lo sigue un mayor contagio un 99%en los países de América Latina y Caribe (9).

Según la OMS, afirma que un aproximado de 1 millón de niños que oscilan entre el nacimiento hasta los 5 años perdieron la vida por neumonía, estadísticamente determina que son producto de hogares que poseen pocos ingresos económicos. En el caso de Perú las IRAS afecta en un 35% presenta neumonías en consecuencia trae consigo la muerte de los niños afectados por este problema de salud. También se debe a los factores sociopolíticos en el caso del Departamento de Puno se debe a los relevos mineros que también causa la muerte por un alto índice de plomo en los alimentos que se produce en dicha zona y que causa una mayor preocupación a la población por el alto índice de anemia en dicho sector. en la cual, el ministerio de salud y los gobiernos son los causantes por la mal inversión en estos sectores (10).

También la OMS, afirma que los países que están en pleno crecimiento son afectados por este virus, esto indica que los recursos económicos no les satisface y que destinan poco en su alimentación, como también los representantes políticos se preocuparon en menor escala para el sector nutricional de los niños que habitan en dicho país y descuidan el aspecto nutricional y de su salud. Entonces es por eso que se ven afectados por este virus que incluso conlleva a la muerte o deceso de miles de menores de edad.

En nuestro país la mayor cantidad de niños hospitalizados presentan una neumonía avanzada ,esto produce que el paciente no se recupera de manera satisfactoria .lo cual le conlleva a una muerte instantánea por escasas de prevención por parte del sector salud como también los representante



políticos que no le toman en serio las vidas de nuestros habitantes y que destinan poco presupuesto para el sector salud y en capacitaciones o talleres que ayudar a fortalecer su aspecto nutricional de muchos niños peruanos y así se evite la tragedia(11).

Para prevenir estas infecciones respiratorias que en muchos casos conllevan a una muerte instantánea, tenemos las siguientes medidas preventivas que debe de hacer todo individuo y educar en casa para realizarlo de manera correcta y así poder evitar estos contagios masivos y tenemos: lavarse las manos de manera correcta limpiando todas las superficies, ventilar las habitaciones de manera adecuada, evitar el contacto con las personas que estornudan frecuentemente, asistir a los centros de control citados por el puesto de salud de su comunidad ,si estornuda cubrirse con el antebrazo y usar su pañuelo ,evitar cocinar con leña en un ambiente cerrado ,y por ultimo debe de consumir proteínas ,vitaminas ,minerales ,carbohidratos ,etc. Si su niño y usted se alimenta de manera adecuada las consecuencias serán beneficiosas para su salud y de los seres que lo rodean (12).

Po lo tanto, debe tomar en cuenta las charlas que se le dan por parte del personal de salud y tomar en serio también lo que dan orientaciones alimenticias por parte del sector educación y salud. en consecuencia, reducir la mortalidad de los niños son quienes más índice de probabilidad de tener este contagio y que los puede llevar a una muerte instantánea.

## **12. MATERIALES Y MÉTODOS**

La investigación realizada es de un enfoque cuantitativo, donde es medible y se puede analizar de manera estadística los datos estudiados y obtenidos de dicha variable, cuyo diseño es el no experimental, de corte transversal ya que se solo es medible por única vez utilizando un cuestionario como instrumento para obtener dichos resultados de dicha investigación.

Dicha población está compuesta por 160 madres de niños que oscilan desde los 0 hasta los 5 años de edad que forman parte del grupo compassión. Y dicha muestra de 113 familias de niños menores de 5 años, para ello se realizó mediante la fórmula elaborada por Fisher y Navarro (2002) (16).

Los Factores sociodemográficos de las mamás de los niños que oscilan de los 0 a 5 años. Son indicadores que determinan el actitud de las personas, así como la investigación de poblaciones y tenemos ; la edad, número de hijos, edad de su hijo menor, procedencia, grado de instrucción, estado civil, religión, recibió charlas educativas sobre prevención de las iras (17).



Para prevenir estos casos de las infecciones de la respiración aguda en niños que oscilan de 0 a 5 años hay una obligación por parte del ministerio de salud brindarles charlas que concienticen a las madres para que den una buena alimentación para que sus hijos crezcan sanos y fuertes y no tengan problemas de salud posteriormente y las actitudes es una de las variables en la cual se observara en el presente informe de investigación (18)

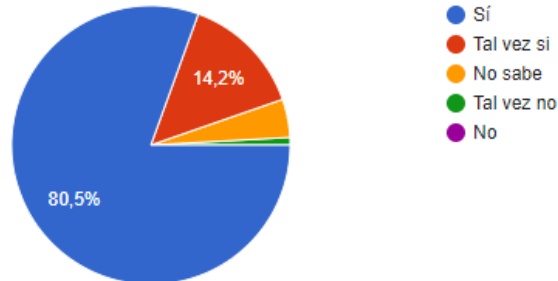
En esta investigación se aplicó la técnica de muestreo aleatorio simple, el cual podría participar cualquier parte de la población determinándose como muestra de estudio, el cuestionario se aplicó a dicha muestras que se seleccionó con el debido consentimiento de las madres de familia para conocer los datos que se precisa para dicha investigación .El instrumento de recopilación de datos fue un cuestionario ya aplicado por Gutiérrez F. y Saldaña S. lo cual cuanta con 11 ítems con sus alternativas correspondientes (19).la primera dimensión consta del consentimiento informado ,las indicaciones que se debe de seguir para responder de manera pertinente dicho instrumento ,la segunda consta de los datos sociodemográficos por parte de las familias, En la tercera parte se consideró preguntas sobre actitudes de las madres sobre la prevención de las iras, cada pregunta está considerado por 5 ítems de respuesta, consideradas las actitudes positivas con mayor puntaje y el puntaje menor se consideró como actitudes negativas, cuyos resultados fueron obtenidos mediante la aplicación del programa Stata versión 12. llevándose como elementos secundarios como el uso de programa Excel que permite llevar un orden secuencial y así lograr la obtención de dichos resultados según las variables de estudio.

### 13. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

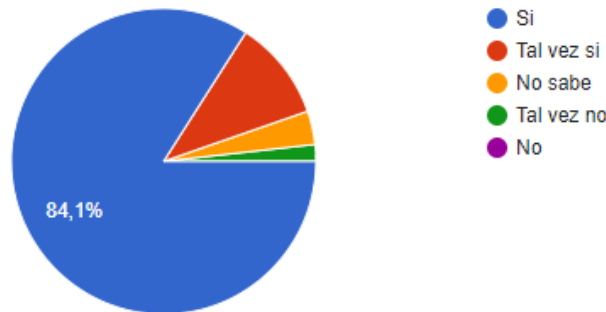
Tabla N° 01 Aspectos sociodemográficas de mamás de niños que oscilan de 0 a 5 años del grupo compasión.

Variable	Cat.	f	%
Edad de la madre	< de 20 años	20	17.70
	20 a 30 años	55	48.67
	30 a más	38	33.67
Número de hijos	1 – 2 hijos	77	68.14
	3 – 4 hijos	25	22.12
	4 a más	11	9.73
Edad de su hijo	0 – 2 años	41	36.28
	3- 5 años	72	63.72
Procedencia	Urbana	74	65.49
	Rural	39	34.51
Grado de instrucción	Primaria	22	18.47
	Secundaria	65	57.52
	Superior	26	23.01
Estado civil	Soltera	25	22.11
	Casada	29	25.66
	Conviviente	52	46.02
	Separada	7	6.19
Religión	Católico	30	26.55
	Evangélica	49	43.36
	Adventista	8	7.08
	Otros	26	23.01
Recibió charlas educativas sobre la prevención de las iras	Si	64	56.64
	No	49	43.36

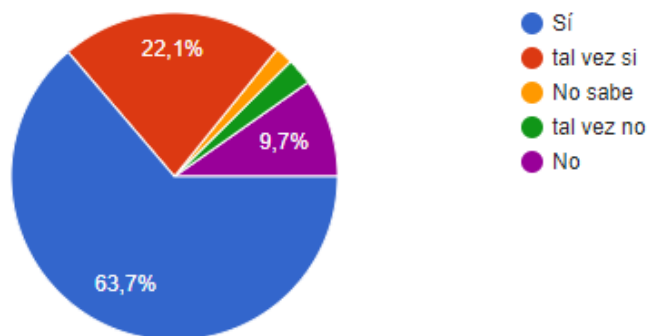
Tabla N° 02 Actitudes de las madres frente a la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas  
 Determina que la alimentación saludable es primordial en niños de 0 a 5 años.



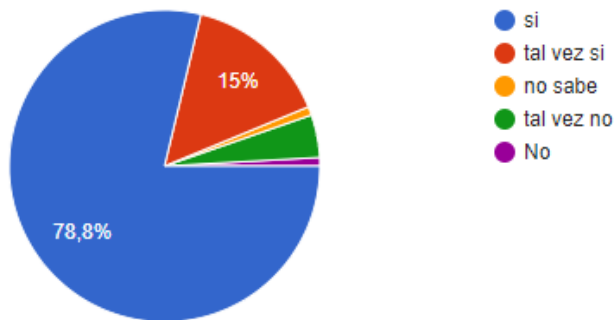
Considera que la lactancia materna es una alternativa que nutre eficientemente al menor de 6 meses.



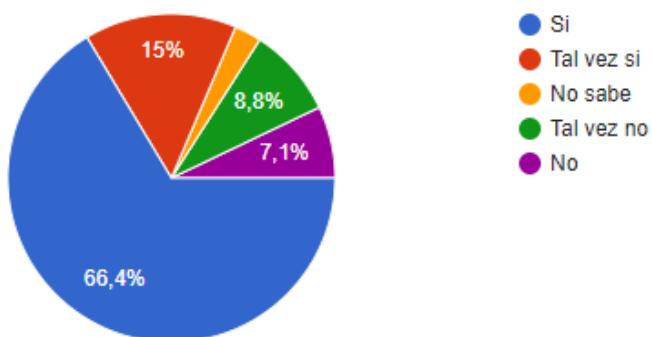
Emplea medicinas tradicionales (tes, emolientes de plantas medicinales) para reducir las infecciones respiratorias agudas



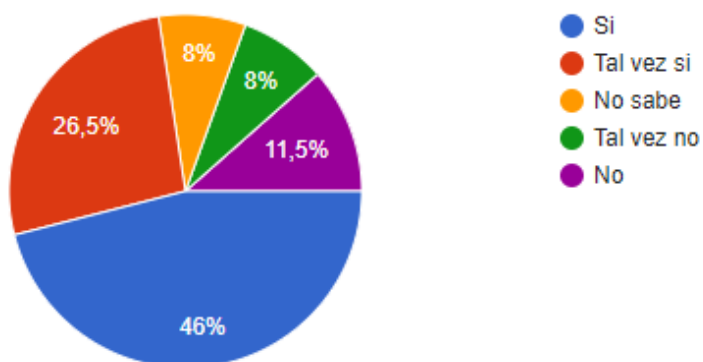
En épocas de invierno le da a su niño abrigos que permitan enfrentar a las infecciones respiratorias agudas.



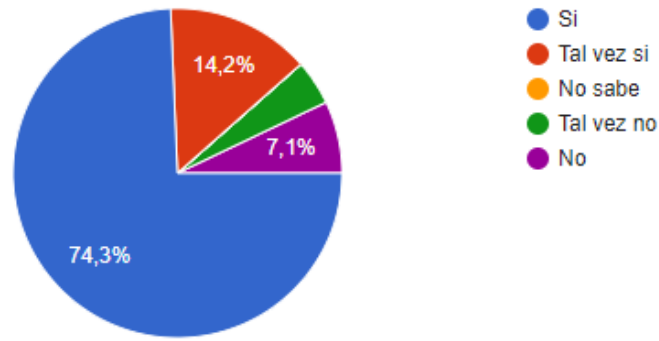
Acude con frecuencia al control de CRED.



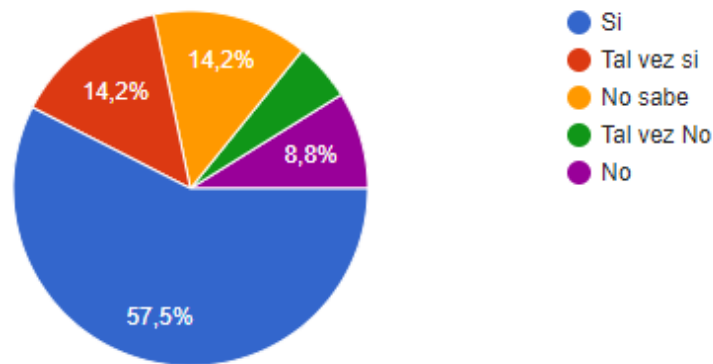
Lleva a sus controles y realiza la vacuna oportunamente programados por el personal de salud.



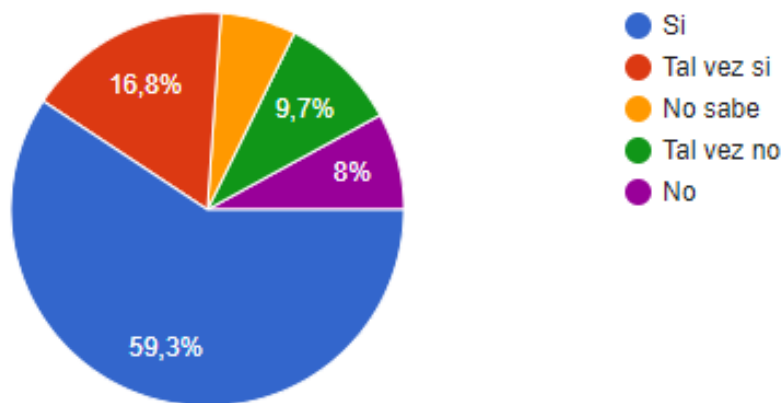
Lo lleva al centro de salud más cercano cuando su niño presenta síntomas de resfriado



Considera que al cocer sus alimentos con leña y que genera bastante humo afecta a su niño y disminuye las infecciones respiratorias agudas.

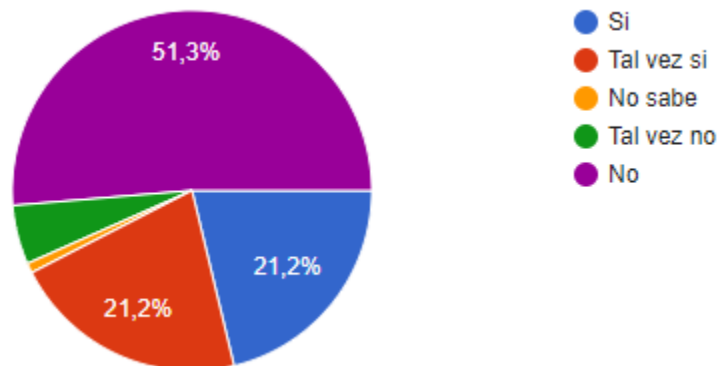


Los alimentos que contiene gas y bebidas cítricas le ayudan a disminuir las infecciones respiratorias de su menor.

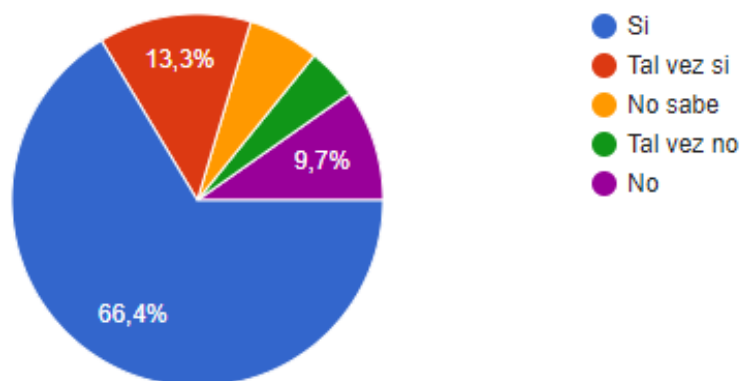


Le da la recomendación salud

medicamentos sin del personal de la



Se preocupa por las corrientes de aire de donde proviene y hacia donde pueden ir y que pueden causar infecciones respiratorias para su menor.



En la tabla N°1, se determina que 113 madres encuestadas el 48.67 % presentan la edad de 20 a 30 años, y el 33.67 % se encuentran en la edad de 30 años a más. de los cuales 68.14% tienen de 1 a 2 hijos, mientras que el 22.12% tienen de 3 a 4 hijos. Se evidencia que la edad de sus hijos un 36.28%, de 0 a 2 años, entre 3 a 5 años edad representa un 63.51%. De todas las madres un 65.49% proceden de zona urbana, mientras que el 34.51% son de zona rural. De acuerdo al grado de instrucción de la madre representa un 57.52 % secundaria, un 23.01% superior y 18.47% primaria. De acuerdo a estado civil el 46.02% son convivientes, 25.66% casadas, 22.11% solteras y 6.19% separadas. Se evidencia que el 43.36% son evangélicas, 26.55% son católicos, 23.01% otros y 7.08% adventistas. Del total de madres encuestadas un 56.64 % si recibió charlas educativas sobre la prevención de las infecciones respiratorias mientras que el 43.36 % no recibo chalas educativas.

En la tabla N°2, Figura N°2, demuestra que en el primer indicador un 80,5% afirma que la alimentación saludable es primordial en niños de 0 a 5 años, en el segundo .indicador un 81,1 % afirma que la lactancia materna es una alternativa que nutre eficientemente al menor de 6 meses, en el tercer indicador un 63,7% emplea medicinas tradicionales (tes, emolientes de plantas medicinales ) para reducir las infecciones respiratorias agudas, en el cuarto indicador un 78,8% En épocas de invierno le da a su niño abrigos que permitan enfrentar a las infecciones respiratorias agudas , en el quinto indicador nos demuestra que un 66,4% Acude con frecuencia al control de CRED, en el sexto indicador no demuestra un 46% Lleva a sus controles y realiza la vacuna oportunamente programados por el personal de salud, en el séptimo indicador nos da como resultado de 74,3% Lo lleva al centro de salud más cercano cuando su niño presenta síntomas de resfriado, en el octavo indicador un 57,5% Considera que al cocer sus alimentos con leña y que genera bastante humo afecta a su niño y disminuye las infecciones respiratorias agudas, mientras que en el noveno indicador un 59,3% afirma que Los alimentos que contiene gas y bebidas cítricas le ayuda a disminuir las infecciones respiratorias de su menor, en el décimo indicador tan solo un 21,2% afirma que Le da medicamentos sin la recomendación del personal de la salud , Finalmente un 66,4 Se preocupa por las corrientes de aire de donde proviene y hacia donde pueden ir y que pueden causar infecciones respiratorias para su menor.

## CONCLUSIONES

Que un 50 % de las familias tienen un total promedio de 1 a 3 hijos esto nos demuestra que si se está mejorando y dando las prioridades y cuidado a sus menores hijos en lo que viene hacer las infecciones por vías respiratorias. Mientras que un promedio de 60 % afirma que la alimentación saludable es primordial en niños de 0 a 5 años, que la lactancia materna es una alternativa que nutre eficientemente al menor de 6 meses, emplea medicinas tradicionales (tes, emolientes de plantas medicinales ) para reducir las infecciones respiratorias agudas, En épocas de invierno le da a su niño abrigo que permitan enfrentar a las infecciones respiratorias agudas , Acude con frecuencia al control de CRED, Lleva a sus controles y realiza la vacuna oportunamente programados por el personal de salud, Lo lleva al centro de salud más cercano cuando su niño presenta síntomas de resfriado, considera que al cocer sus alimentos con leña y que genera bastante humo afecta a su niño y disminuye las infecciones respiratorias agudas, afirma que Los alimentos que contiene gas y bebidas cítricas le ayuda a disminuir las infecciones respiratorias de su menor, Le da medicamentos sin la recomendación del personal de la salud ,Finalmente Se preocupa por las corrientes de aire de donde proviene y hacia donde pueden ir y que pueden causar infecciones respiratorias para su menor.

Por lo tanto, estadísticamente si poseen el conocimiento necesario para poder prevenir las infecciones en las vías respiratorias que se les puede presentar a sus menores hijos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS







1. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) 2015. Directiva sanitaria N° 061 - MINSA/DGE V.01.
2. Colombia M de S y. PS. Páginas - Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) [Internet]. Gov.co. [citado el 08 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx)
3. Daniel C, Clara B, Elisabet B, editores. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima Horizonte Medico. Vol. 20 (1.08); 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2020000100054](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054)
4. Bayona Y, Niederbacher J. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. MÉD. UIS. 2015;28(1):133-141.
5. Rodríguez Heredia OI, Louzado Esrich EM, Espindola Artola A, Rodríguez Heredia OH. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas. AMC. 2010; 14(3). <https://www.redalyc.org/pdf/2111/211114981015.pdf>
6. Juy Aguirre E, Céspedes Floirian E, Rubal Wong AC, Maza González AM, Terán Guardia CA. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. MEDISAN. 2014; 18(11): 1490-8. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014001100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100002)
7. Álvarez CM, Castro AR, Abdo RA, Orta HS, Gómez MM. Infecciones respiratorias altas recurrentes: algunas consideraciones. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [citado 10 octubre 2023]; 24(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So864-21252008000100011&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So864-21252008000100011&script=sci_abstract)
8. Muñoz C, Basurto V, Anchundia J, Martinetti G. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Polo del Conocimiento [Internet]. 2021 [citado el 09 de octubre 2023]; 6(9):1108–23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8094506.pdf>
9. Oliva E. Rodríguez G. Rodríguez D. Infecciones Respiratorias Agudas: Enfermedades que nos Afecta. Cuba;2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2014/abr14256k.pdf>

10. Becerra M, Fiestas V, Tantaleán J, Mallma G, Alvarado M, Gutiérrez V, et al. Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas graves en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 [citado el 10 de octubre de 2023]; 36 (2): 231. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000200009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200009)
11. Planificación L, Evaluación Y, Dentro de C, La atención D. Infecciones respiratorias agudas: [Internet]. Paho.org. [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3112/Infecciones%20respiratorias%20agudas%20Guia%20para%20la%20planificacion,%20ejecucion%20y%20evaluacion%20de%20las%20actividades%20de%20control%20dentro%20de%20la%20atencion%20primaria%20de%20salud.pdf;jsessionid=A3664F6C2A02C91D707B4EFB01DBB439?sequence=1>
12. Master W. Vigilancia, prevención y control de la IRA (Infección Respiratoria Aguda) [Internet]. CDC MINSA. 2023 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia>
13. Diaz barrientes, c. G. (2020). Prevalencia y prevención de enfermedades respiratorias agudas en preescolares atendidos en el servicio de pediatría del hospital belén 2019. Revista científica curae, 3(2), 48–60. <https://doi.org/10.26495/curae.v3i2.1436>
14. Roque AIV, Canalejo y. HM. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos [Internet]. Paho.org. [citado el 09 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8881/0966.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Berrocal Zuñiga, S. K. (2019). Nivel de conocimientos y actitudes de las madres con niños menores de 5 años sobre las infecciones respiratorias agudas en el centro de salud materno infantil “el porvenir”, 2018.
16. Bido J. FORMULA Tesis Fischer Navarro Muestreo P [Internet]. Scribd. 2020 [citado el 10 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/450767409/FORMULA-tesis-Fischer-Navarro-muestreo-p>
17. INEI. DEFINICIÓN DE INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS [Internet]. Gob.pe. [citado el 12 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1753/definiciones.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1753/definiciones.pdf)

18. Wikipedia contributors. Actitud [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Actitud&oldid=154244232>
19. Gutiérrez Fernández, K. I., & Saldaña Sandoval, L. d. P. (2013). Actitud de las madres en la prevención de infecciones respiratorias agudas de niños menores de cinco años según factores sociodemográficos. centro de salud Otuzco - 2012.
20. Muñoz C, Basurto V, Anchundia J, Martinetti G. Descripción y análisis de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Polo del Conocimiento [Internet]. 2021 [citado el 14 de octubre del 2023]; 6(9):1108– 23. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3098>

# Revisión documental sobre depresión, ansiedad y estrés durante la crisis sanitaria en personal de salud

## Documentary review on depression, anxiety and stress during the health crisis in health personnel

 **Silvia Fernández Alvarado<sup>1</sup>, 0009-0002-5954-139X**  
 **Lesly Matilde Flores Peláez<sup>1</sup>, 0009-0005-4741-4870**  
 **Jhosibeth Ortiz Rafael<sup>1</sup>, 0009-0004-4769-7295**  
 **Juliana Mayli Paima Trigozo<sup>1</sup>, 0009-0003-6370-3387**  
 **Lusgardo Wian Puelles Chuquizuta <sup>2\*</sup>, 0000-0001-9696-6456**  
 **Jhon Alexander Zagaceta Daza <sup>3</sup>, 0009-0000-6215-9007**

<sup>1</sup>Universidad Católica Sedes Sapientiae, Rioja, Perú

<sup>2</sup>Universidad Cesar Vallejo, Moyobamba, Perú

<sup>3</sup>Hospital II-1 Rioja, Rioja, Perú

**Recibido:** 18 Oct. 2023 | **Aceptado:** 03 Nov. 2023 | **Publicado:** 04 Abr. 2024

**Autor de correspondencia\*:** lpuellesch@ucv.edu.pe

**Como citar este artículo:** Fernández-Alvarado, S. & Flores-Peláez, L. M. & Ortiz-Rafael, J. & Paima-Trigozo J.M. & Puelles-Chuquizuta, L.W. & Zagaceta-Daza, J. A. Revisión documental sobre depresión, ansiedad y estrés durante la crisis sanitaria en personal de salud. *Revista Médica Hospital Rioja*.

## RESUMEN

Durante la crisis por la pandemia en Latinoamérica la depresión, ansiedad y estrés tuvieron un impacto desfavorable en el estado mental del personal de salud. Objetivo: Determinar el estado del conocimiento con relación a la depresión, ansiedad y estrés en personal de salud durante la crisis sanitaria. Metodología: Investigación cualitativa de alcance descriptivo, se hizo una exploración de artículos científicos registrados en bases de datos utilizando los términos depresión, ansiedad, estrés, personal sanitario o de salud, Perú, México, y otros países de Latinoamérica. Resultados. Treinta y cinco artículos conformaron la muestra de estudio. Se evidenció una mayor frecuencia de publicaciones de alcance descriptivo. Los instrumentos de preferencia fueron los que incluyeron subescalas de depresión, ansiedad y estrés de manera conjunta. La afectación mental mostró depresión y ansiedad en nivel medio y estrés en nivel bajo. Los factores sexo femenino y estado civil soltero se asociaron a estos problemas emocionales. Conclusiones. Se evidenció un impacto negativo en el estado mental en cuanto a depresión y ansiedad en personal de salud, siendo las profesionales mujeres y solteros los más perjudicados; existe un vacío en publicaciones con variables de soporte que se relacionen de forma inversa con las tres disfunciones emocionales.

**Palabras clave:** pandemia, salud mental, Latinoamérica.

## ABSTRACT:

During the pandemic crisis in Latin America, depression, anxiety and stress had an unfavorable impact on the mental state of health personnel. Objective: Determine the state of knowledge regarding depression, anxiety and stress in health personnel during the health crisis. Methodology: Qualitative research of descriptive scope, an exploration of scientific articles registered in databases was carried out using the terms depression, anxiety, stress, health personnel, Peru, Mexico, and other Latin American countries. Results. Thirty-five articles made up the study sample. A greater frequency of publications of descriptive scope was evident. The preferred instruments were those that included depression, anxiety and stress subscales together. The mental affectation showed depression and anxiety at a medium level and stress at a low level. The factors female sex and single marital status were associated with these emotional problems. Conclusions. A negative impact on the mental state was evident in terms of depression and anxiety in health personnel, with female and single professionals being the most affected; There is a gap in publications with supporting variables that are inversely related to the three emotional dysfunctions.

**Keywords:** pandemic, mental health, Latinoamerica.

## 14. INTRODUCCIÓN

Este artículo científico se basa en la revisión y análisis de artículos científicos que versan sobre el estado del conocimiento con relación a la depresión, ansiedad y estrés durante la crisis por la pandemia en personal de salud en Latinoamérica, en donde se describen las características principales de la muestra de estudio sobre los que han girado las últimas investigaciones, los alcances de investigación, los instrumentos psicométricos para la medición de los estados emocionales, los niveles de afectación psicológica y los factores sociodemográficos asociados a las causas de padecer estos problemas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 15.0% de hombres y mujeres adultas que trabajan tienen por lo menos un episodio de trastorno mental, en ese sentido, se calcula una pérdida de doce mil millones de días de trabajo como consecuencia de la ansiedad y la depresión, significando un perjuicio en la productividad de 1 billón de dólares por año; la crisis sanitaria de los últimos años provocó un aumento del 25.0% en los índices de depresión y ansiedad en todo el mundo con mayor énfasis en profesionales que brindan asistencia médica o de salud en general (1), diversos estudios han demostrado que entre las problemáticas de mayor impacto a nivel laboral en Latinoamérica se encuentran la depresión y ansiedad (2).

Por otro lado, los niveles elevados de estrés por periodos extensos de una persona en actividad laboral pueden conllevarle a tener graves problemas en el aspecto profesional, personal, familiar y social;

esta inadaptación del estrés relacionado con las actividades propias del trabajo podría conducir a sintomatología depresiva y de ansiedad, los cuales en grados altos generarían intranquilidad o incertidumbre de tomar decisiones cotidianas (3).

En el ámbito de la salud, la depresión, ansiedad y estrés son disfunciones que perturban el estado emocional del personal que trabaja en establecimientos médicos, debido a distintos causas de carácter personal como la personalidad y la autoestima (4), causas de carácter interpersonal como los malos tratos con los pacientes y familiares, y la exposición a situaciones impactantes de enfermedad de los pacientes (5), o causas de carácter institucional como la excesiva recarga laboral y la poca satisfacción salarial (6).

La depresión es un trastorno que se caracteriza por una afectividad negativa, la cual desencadena sintomatología como pena, abatimiento y desánimo por realizar actividades; por su parte, la ansiedad es la aparición de síntomas fisiológicos que perturban el normal desarrollo de actividades; en cuanto al estrés, es un constante estado de alerta causado por uno o varios aspectos de la vida a raíz de una alta frustración (7).

El Modelo Tripartito de Ansiedad - Depresión une dos categorías diagnósticas aplicadas en la práctica clínica, estas se identifican en el CIE-10 como F41.2 trastorno mixto ansioso-depresivo; Lovibond y Lovibond (7) toman este modelo proponiendo ciertas modificaciones en el grupo sintomatológico de alto afecto negativo a una categoría diagnóstica de estrés con dos síntomas principales, tensión nerviosa e irritabilidad; con ello los autores proponen que los diversos síndromes están interrelacionados porque comparten causas comunes, como vulnerabilidades genéticas y desencadenantes ambientales.

En México, Lucas-Hernández *et al.* (8) elaboraron un estudio en 2022 sobre las disfunciones emocionales en trabajadores de salud, en donde se determinó que cerca del 50.0% de los participantes mostró depresión, más del 80.0% tuvo ansiedad, mientras que alrededor del 65.0% indicó estrés, siendo las más afectadas las profesionales mujeres, el personal de estado civil soltero y los médicos que hacían residentado; además de ello, los encuestados con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 presentaron una mayor incidencia para sufrir depresión y ansiedad.

En un estudio de 2022 en Ecuador sobre cómo la cuarentena por Covid-19 afectó negativamente en la salud mental de profesiones de salud, Parrales y Pérez (9) hallaron que el 73.3% de la muestra de estudio tuvo depresión severa, el 46.6% indicó ansiedad severa y el 60.0% mostró estrés severo; en cuanto a la asociación con factores sociodemográficos, las trabajadoras mujeres, el personal de

profesión enfermera y los participantes entre 25 a 35 años reportaron mayores índices manifestando mayor predisposición de tener disfunciones emocionales.

En el Perú, Osorio-Martínez *et al.* (10) elaboraron un estudio en 2021 con el propósito de describir las particularidades sociodemográficas y conocer los factores asociados a trastornos emocionales en personal sanitario, con la participación de 258 profesionales se obtuvo que el 49.2% presentó depresión, el 53.6% ansiedad y el 73.6% estrés; de la muestra de estudio, las profesionales mujeres tuvieron una mayor prevalencia en las tres variables, los profesionales no médicos mayores índices en ansiedad y estrés, y el personal con depresión tuvieron mayor puntaje en ansiedad y estrés.

Por estos antecedentes, este estudio es relevante al aportar a nivel teórico información sobre depresión, ansiedad y estrés con la finalidad de expandir el conocimiento científico; a nivel metodológico, esta investigación será un aporte al confirmar el uso de estudios de revisión y análisis documental con el fin de tener un acercamiento a temas dentro del campo de la psicología en el departamento de San Martín; sobre su relevancia social, esta investigación aportará en el campo profesional de los psicólogos clínicos y otros investigadores de disciplinas científicas relacionadas con el campo de la salud pública (11).

Lo referenciado resalta la urgente necesidad de desarrollar estudios como medida de prevención al conocer las afectaciones emocionales y físicas que conlleva las disfunciones emocionales en profesiones de salud. En ese marco, realizar estudios sobre estos trastornos adquiere mayor importancia, ya que la prevalencia de los casos en personal sanitario del departamento de San Martín y del país va en aumento; por tanto, el objetivo de este estudio es determinar el estado del conocimiento con relación a la depresión, ansiedad y estrés en personal de salud durante la crisis sanitaria.

## **15. MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente se trató de una investigación cualitativa de alcance descriptivo, al utilizar un estudio de revisión documental, el que se define como un procedimiento de carácter científico sobre la recopilación, clasificación, caracterización, análisis e interpretación de información respecto a un tópico de interés (12).

El recojo de los datos se hizo en los meses de octubre y diciembre de 2023, teniendo como criterios de inclusión las investigaciones de alcance descriptivo, correlacional y explicativo sobre la depresión, ansiedad y estrés en una muestra de países Latinoamericanos de personal de salud y que hayan sido



publicadas a partir del año 2020 durante la crisis sanitaria en idioma español o inglés. A través de la Internet se buscó bibliografía digital en la base de datos SciELO, LA Referencia, ALICIA, Scopus y Google Académico. La búsqueda del objeto de estudio se realizó mediante el uso de palabras clave como son los tres trastornos emocionales; también palabras de la muestra de estudio como personal de salud, personal sanitario, profesionales de salud, y además, palabras de la procedencia como Perú, Colombia, Brasil, México, Ecuador, entre otros.

El procedimiento para la codificación de los artículos científicos elegidos se basó en la recopilación de información respecto al estado del conocimiento con respecto a la depresión, ansiedad y estrés en personal de salud durante la crisis sanitaria, en la que se identificaron las principales características de la muestra de estudio sobre los que han girado las últimas investigaciones, el alcance de investigación, los instrumentos psicométricos aplicados para la medición de los estados emocionales, los niveles de afectación y los factores sociodemográficos asociados a los riesgos de padecer estos problemas emocionales.

## **16. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Se identificaron 43 artículos, de los cuales 8 fueron descartados del análisis documental. De ese grupo 4 estudios no tuvieron al personal de salud como población exclusiva. También fueron descartadas 3 publicaciones porque no incluyeron depresión, ansiedad o estrés como objetivo de estudio. Además, 1 estudio fue descartado porque se trató de una revisión documental. Por lo tanto, este estudio tuvo como unidad de análisis 35 artículos científicos.

Como se observa en la Tabla 1, 14 artículos científicos tuvieron a autores de diferentes disciplinas del campo de la salud, predominando médicos o psicólogos; 13 estudios fueron elaborados por médicos de diversas especialidades, mayoritariamente psiquiatras; 5 publicaciones realizados por psicólogos, con preferencia del área clínica; y 3 documentos por profesionales enfermeros. Así mismo, se muestra que 12 artículos científicos estuvieron indexados a la base de datos SciELO, 9 publicaciones a LA Referencia, 8 estudios a Scopus, 4 documentos a Google Académico y 2 publicaciones a ALICIA. Además, se muestra que 15 artículos científicos tuvieron como ámbito de estudio el Perú, 8 publicaciones se circunscribieron a México, 7 estudios a Ecuador, 2 artículos al país de Argentina, 1 publicación se realizó en Cuba, Venezuela y Brasil, respectivamente. También, se muestra que 12 artículos científicos fueron publicados en 2021, 11 documentos en el año 2022, 7 artículos en 2023 y 5 estudios en 2020.



Tabla 1. Descripción de la muestra

Datos de la muestra	N.º de artículos
Disciplina de estudio	
Multidisciplinario	14
Medicina	13
Psicología	5
Enfermería	3
Base de datos	
SciELO	12
LA Referencia	9
Scopus	8
Google Académico	4
ALICIA	2
País de origen	
Perú	15
México	8
Ecuador	7
Argentina	2
Cuba	1
Venezuela	1
Brasil	1
Año de publicación	
2021	12
2022	11
2023	7
2020	5

La producción literaria respecto a la salud mental relacionada con la depresión, ansiedad y estrés en profesionales sanitarios ha sido de interés en los últimos años a nivel mundial a consecuencia de la pandemia de la Covid-19 y enfermedades conexas. Los médicos y otros profesionales de salud que velan por los pacientes de gravedad, que se relacionan con sus familiares y que pasan largas cuarentenas se han visto sobrepuestos a situaciones perturbadoras, por ende, vienen sufriendo un desequilibrio en su estado psicológico; diversos estudios sobre la materia rescatan conclusiones similares ya que los países Latinoamericanos comparten ciertas características socio-laborales (4)-(6).

Los artículos científicos seleccionados mostraron diversos alcances de investigación sobre depresión, ansiedad y estrés en personal de salud durante la crisis sanitaria. En la muestra de estudio 22 publicaciones fueron de alcance descriptivo, 10 estudios de alcance correlacional y 3 documentos de alcance explicativo. De los estudios de alcance descriptivo, 12 artículos trataron en el tiempo de atención a enfermos con Covid-19 y 10 artículos de problemas vinculados; además 15 estudios mostraron la frecuencia y porcentaje de la afectación psicológica, mientras 7 artículos mencionaron

los síntomas comunes; investigaciones recientes corroboran dichos hallazgos en la depresión como son cansancio, irritabilidad y soledad (13)-(14); en la ansiedad los síntomas de nerviosismo y fobias (9), (15); y en el estrés los síntomas de preocupación y agotamiento mental (16)-(18). De los estudios correlacionales, 2 artículos encontraron asociación entre depresión, ansiedad y estrés con comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2 (8), (19), 1 artículo con personal de salud que vive con personas de riesgo (20), 1 artículo con profesionales sanitarios que atiende a infectados por Covid-19 (21), 1 artículo con inadecuado estilo de afrontamiento (4); así también, 1 estudio asocia significativamente entre ansiedad con personal de salud con menos tiempo de trabajo (22), 1 estudio con menor experiencia académica (23), 1 artículo con miedo a contraer Covid-19 (24), 1 artículo con menor resiliencia y con malestar psicológico (5); además, 1 estudio halla relación significativa entre estrés con ansiedad y depresión (25); estos resultados muestran que no existe una correspondencia entre las investigaciones, según Lustig y Mariscal (2) los contextos en cada país latinoamericano genera que los resultados de asociación sean pocos concordantes. Los 3 estudios explicativos detallaron factores para el aumento de los niveles de afectación de las disfunciones emocionales, los cuales fueron ser del sexo femenino, estar soltero, y tener más de 50 años y no haber cumplido los 30 años (10), (26)-(27).

En el proceso de análisis se identificó los instrumentos psicométricos que se aplicaron para establecer los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Para la medición de niveles de afectación de los tres problemas emocionales en conjunto se usó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en 16 publicaciones. Para medir depresión y ansiedad en un mismo instrumento se usó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) en 3 artículos y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en 1 estudio. Para medir la depresión de manera individual se aplicó el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) en 3 artículos, el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) y la Escala de Depresión de Zung (ZDS) en 2 estudios; y la Escala de Preocupación ante la Posibilidad de Contagio de la COVID-19 (EPPC-Cov19) en 1 publicación. Por su parte, la ansiedad fue medida con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en 3 artículos; la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-2) y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA) en 1 estudio, respectivamente. El estrés se evaluó con la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) en 3 publicaciones; y la Prueba de Estrés Laboral IMSS, la Escala del Impacto Estresante Revisada (IES-R), el Nursing Stress Scale (NSS), la Escala de Estrés Laboral de Hock, la Escala de Estrés en el Lugar

de Trabajo (WSS), la Escala Sintomática de Estrés (Seppo Aro) y la Escala de Síntomas Somáticos (SSS) en 1 artículo, respectivamente. Además, en 3 investigaciones científicas se crearon instrumentos propios para medir los trastornos emocionales. El DASS-21 se basa en el modelo tripartito de Ansiedad-Depresión, adaptado por Lovibond y Lovibond, se caracteriza por estar compuesta de 21 preguntas y dividida en tres subescalas, cada una con 7 ítems en un cuestionario con un formato de respuestas tipo Likert de 4 columnas, los puntajes directos que serán sumados más 7 determinan el nivel de afectación: funcional, leve, moderado y severo (7); es el instrumento con mayor frecuencia de uso, debido a su formato abreviado y lenguaje sencillo, fácil de aplicar a una población joven y adulta (28). El HADS y GADS son instrumentos con las subescalas de depresión y ansiedad, están compuestas por 18 y 14 preguntas, respectivamente; el ámbito de aplicación de preferencia se da en centros clínicos de salud como fines preventivos y en atención primaria (16), (29)-(30).

Los artículos de investigación seleccionados mostraron diversos niveles de afectación de las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios durante la crisis sanitaria, las cuales con fines metodológicos son clasificadas en tres niveles: nivel bajo, en donde se incluyó grados muy leve, leve, bajo; nivel medio, incluyendo los grados de leve a moderado, moderado y medio; y nivel alto, donde se incluyeron de moderado a alto, alto, severo, muy severo. Se evidencia que 14 estudios marcaron depresión media, 13 depresión baja y 3 depresión alta; en cuanto a la ansiedad 16 estudios marcaron ansiedad media, 8 depresión alta y 4 depresión baja; y referente al estrés 12 estudios marcaron estrés bajo, 8 estrés medio y 7 estrés alto. Se encuentra que en depresión y ansiedad la frecuencia predominante estuvo en el nivel medio y en estrés el nivel bajo (31)-(34); a pesar de que los rangos pueden deberse al instrumento usado o el tamaño de muestra, este resultado se corrobora con estudios en Latinoamérica, en los cuales se manifiesta que durante la pandemia el estrés en personal sanitario se encuentra presente en un nivel bajo, mientras se han elevado los grados de depresión y ansiedad que están al contacto directo con los enfermos o con familiares que buscan información sobre ellos (2), (21), (28); sin embargo, existen otros estudios que refutan dichos resultados (35)-(37); otro factor que explica el aumento de problemas emocionales son las condiciones inadecuadas de infraestructura y procesos de atención en centros hospitalarios en Latinoamérica, debido a lo cual el personal de salud sobrecarga su labor a sus capacidades individuales más que al respaldo tecnológico y logístico de los centros de salud (38)-(39); así mismo la inconformidad por la remuneración que reciben pues no se sienten compensados por carga laboral en crisis sanitaria (40).

Se identificaron componentes sociodemográficos relacionados con las disfunciones emocionales. En el factor sexo femenino, 6 publicaciones se asociaron con depresión, ansiedad y estrés (6), (8)-(10), (38), (41); 1 artículo con depresión y ansiedad (29); 1 estudio con ansiedad y estrés (20); 1 publicación con depresión y estrés (21); 1 investigación con ansiedad (23), y 2 artículos con estrés (18), (40). En el factor estado civil la condición de soltero, en 1 publicación se asoció con depresión, ansiedad y estrés (6), y en 2 artículos estuvieron asociados con depresión y ansiedad (8), (29). En el factor edad de 25 a 35 años (9), de 41 a 60 años (38), de más de 39 años (13), de 35 a 47 años (41), 1 artículo científico se relacionó con las tres disfunciones emocionales respectivamente; en el factor de edad joven, 1 artículo se asoció con depresión y ansiedad (5); en edad menos de 41 años, 1 estudio se asoció con estrés (20); en edad más de 41 años, 1 estudio se relacionó con depresión (42). En el factor procedencia de la zona rural, 1 publicación se relaciona con ansiedad y estrés (39). En el factor tener 1 o más hijos, 1 artículo se relacionó con las tres disfunciones emocionales (6). En el factor profesión, desempeñarse como médico se asoció con los tres trastornos emocionales en 3 artículos (8)-(9), (43); no ser médico se asoció en 1 estudio con ansiedad y estrés (10), y 1 publicación con ansiedad (20); tener la profesión de enfermero, se relacionó con las tres problemas emocionales en 1 artículo (38), el enfermero licenciado se asoció en 1 artículo con estrés (18), y el enfermero técnico se relacionó con estrés en 1 publicación (40). En el factor horas de trabajo, trabajar más horas se asoció con ansiedad y estrés en 1 artículo (42). En el factor experiencia laboral de 1 a 10 años, 1 publicación se asoció con las tres disfunciones emocionales (6). En el factor tipo de contrato CAS Covid, 1 artículo científico se asoció con estrés (40). Los resultados anteriores, mostraron que ser del sexo femenino y estar soltero son los factores que más se asociación a las disfunciones emocionales objeto de estudio, según Lustig y Mariscal (2) las mujeres por lo general en Latinoamérica es el personal sanitario que está en mayor contacto con los enfermos lo cual generaría una mayor carga psicológica, así mismo ser soltero no permite tener un soporte emocional en la pareja o familia cercana.

## CONCLUSIONES

Desde la crisis sanitaria que azotó todo el mundo por la pandemia y enfermedades conexas en Latinoamérica existe un interés por conocer el estado de la salud mental con respecto a la depresión, ansiedad y estrés en personal de salud. En el análisis documental de los resultados se evidencia que este estado de salud mental ha sido afectado conllevando problemas psicológicos. El alcance de investigación más frecuente es de tipo descriptivo, en donde se identifican los síntomas más comunes por cada disfunción emocional; en los estudios de alcance explicativo los factores del sexo, estado civil y edad son determinantes para obtener estos desequilibrios mentales; sin embargo, entre los estudios de alcance correlativo no hay consenso en las variables que se relacionan con depresión, ansiedad y estrés, por lo que conviene elaborar otras investigaciones del mismo tipo de alcance. En cuanto a los instrumentos psicométricos aplicados, más de la mitad de la muestra utilizó cuestionarios que tienen subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés de manera conjunta, siendo el más frecuente la escala DASS-21, amparada en la teoría tripartita que vincula los orígenes y síntomas de las tres situaciones problemáticas de la mente, en ese sentido se sugiere que nuevas investigaciones apliquen instrumentos con subescalas para comparar los niveles de afectación en las etapas pandemia y postpandemia. Referente a los niveles de afectación la mayoría de los artículos científicos muestran que depresión y ansiedad se encuentran en un nivel medio y estrés en un nivel bajo, estos resultados son concluyentes a pesar que existan características divergentes entre las investigaciones que conforman la muestra. El sexo femenino y el estado civil soltero son los factores sociodemográficos que tienen mayor respaldo científico en cuanto a su asociación con las tres disfunciones emocionales; otros factores como los rangos de edad entran en confusión en la asociación, por lo que futuras investigaciones deben establecer las edades con las etapas de la vida sugeridas por la OMS y así poder ser comparadas; concerniente a la profesión, los títulos de médico y enfermero son los más afectados y tienen mayor asociación con depresión, ansiedad y estrés. A pesar de los resultados expuestos sobre la afectación psicológica en personal de salud, en la búsqueda documental existe una carencia de estudios correlacionales con variables de soporte o factores protectores que mitiguen estos problemas psicológicos, por lo que se sugiere que los futuros proyectos incluyan estos objetivos en las investigaciones, con lo cual contribuirían en la salud mental del personal sanitario en Latinoamérica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: OMS; 2022 [Consultado 2023 Nov 01].  
 Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
2. Lustig N, Mariscal J. Latinoamérica en el centro de la pandemia. Pensamiento Iberoamericano [Internet] 2020 [Consultado 2023 Nov 01]; 9(1):51-63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7596936>
3. Caballero CC, Hederich C, Palacios JE. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet] 2010 [Consultado 2023 Nov 02]; 42(1):131-146. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>
4. Virto-Concha CA, Virto-Farfán CH, Cornejo-Calderón AA, Loayza-Bairo W, Álvarez-Arce BG, Gallegos-Laguna Y, Triveño-Huamán JJ. Estrés, ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con Covid-19, Cusco Perú. Rev. RECIEN [Internet] 2020 [Consultado 2023 Nov 02]; 9(3):50-60. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/344722891\\_ESTRES\\_ANSIEDAD\\_Y\\_DEPRESION\\_CON\\_ESTILOS\\_DE\\_AFRONTAMIENTO\\_EN\\_ENFERMERAS\\_EN\\_CONTACTO\\_CON\\_COVID-19\\_CUSCO\\_PERU](https://www.researchgate.net/publication/344722891_ESTRES_ANSIEDAD_Y_DEPRESION_CON_ESTILOS_DE_AFRONTAMIENTO_EN_ENFERMERAS_EN_CONTACTO_CON_COVID-19_CUSCO_PERU)
5. Peñafiel-León JE, Ramírez-Coronel AA, Mesa-Cano IC, Martínez-Suárez PC. Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por CoVID-19. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 02]; 40(3):202-217. Disponible en: <https://zenodo.org/records/5035609>
6. Sotomayor-Preciado AM, Zambrano-Riquelme JF, Ayala-Noriega AJ, Rodríguez-Sotomayor J, Loaiza-Mora ML. Factores asociados a la ansiedad, depresión y estrés en profesionales de enfermería post pandemia COVID-19 – Ecuador. Dom. Cien. [Internet] 2023 [Consultado 2023 Nov 03]; 9(3):1548-1562. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3359/7588> DOI: 10.23857/dc.v9i2
7. Lovibond P, Lovibond S. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. Behaviour Research and Therapy. 1995; 33(3): p. 335-343. DOI 10.1016/0005-7967(94)00075-U.

8. Lucas-Hernández A, González-Rodríguez VDR, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O, Jiménez-López JL., Peralta Amaro AL. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 04]; 60(5): 556-562. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395996/pdf/04435117-60-5-556.pdf>
9. Parrales CF, Pérez V. Influencia de la cuarentena por covid-19 en la salud mental del personal de salud. *Más Vita* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 04]; 4(2):318-329. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/376/1036> DOI: [10.47606/ACVEN/MV0108](https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0108)
10. Osorio-Martínez M, Malca-Casavilca M, Condor-Rojas Y, Becerra-Bravo M, Ruiz-Ramírez E. Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores sanitarios en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Perú. *Arch Prev Riesgos Labor* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 05]; 25(3):271-284. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-25492022000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492022000300004&lng=es) DOI: [10.12961/apr.2022.25.03.04](https://doi.org/10.12961/apr.2022.25.03.04).
11. Loya-Murguía KM, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *JONNPR* [Internet] 2018 [Consultado 2023 Nov 02]; 3(1):1-85. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2060> DOI: [10.19230/jonnpr.2060](https://doi.org/10.19230/jonnpr.2060)
12. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6 ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
13. Vega-López A, Nájera-Ruiz AS, Vega-Monsivais EA, Villegas-Dominguez JE, Márquez-Celedonio FG. Asociación de factores sociodemográficos y clínicos con trastornos de la salud mental durante la pandemia de Covid-19. *Rev. Med. UAS.* [Internet] 2023 [Consultado 2023 Nov 05]; 13(2):139-152. Disponible en: [https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n2/saludmentalcovid19\\_ao.pdf](https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n2/saludmentalcovid19_ao.pdf) DOI: [10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n2.003](https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n2.003)



14. Mamani-Benito O, Carranza-Esteban RF, Ventura-León J, Caycho- Rodríguez T, Farfán-Solís R, Blanco-Shocosh DH. Effect of concern about COVID-19 on professional self-efficacy, psychological distress, anxiety, and depression in Peruvian health personnel. *Salud Mental* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 06]; 44(5):215-220. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v44n5/0185-3325-sm-44-05-00215.pdf> DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2021.028
15. Miranda Pedroso R, Murguía Izquierdo ED. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 06]; 8(1):1-12. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/4782042007/html/> DOI: 10.32457/ijmss.v8i1.655
16. Torrecilla NM, Victoria MJ, Richaud de Minzi MC. Ansiedad, depresión y estrés en personal de Enfermería que trabaja en Unidades de Terapia Intensiva con pacientes con Covid-19, Mendoza, 2021. *Rev. argent. salud pública* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 07]; 13(1):25-25. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-810X2021000200025&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200025&lng=es)
17. Trujillo Ramírez CO, Quispe Arana AC. Estrés laboral en personal de enfermería del Centro de Salud Alberto Barton del Callao. *Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 07]; 1(2):46-53. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/25/235> DOI: 10.53684/csp.v1i2.25
18. Marquina-Luján RJ, Adriazola Casas R. Autopercepción del estrés del personal de salud en primera línea de atención de pacientes con Covid-19 en Lima Metropolitana, Perú. *ACC Cietna* [Internet] 2020 [Consultado 2023 Nov 07]; 7(2):35-42. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/391/1020> DOI: 10.35383/cietna.v7i2.391



19. Quiñones-Laveriano DM, Guillen-Vidarte H, Benavides-Luyo C, De La Cruz-Vargas JA. Percepción de riesgo a COVID-19 e indicadores de salud mental en trabajadores de un hospital peruano: estudio transversal analítico. *Medwave* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 08]; 22(02):002513. Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Marzo2022/PDF/medwave-2022-02-002513b.pdf> DOI: 10.5867/medwave.2022.02.002513
20. Padula M, Fotia Perniciaro L, Carrera Ramos P, Fasano V, Varea A, Méndez I. Factores asociados a la depresión, ansiedad y estrés de los trabajadores del sector público de salud de La Plata y Gran La Plata al inicio de la pandemia por covid-19. *Ludovica pediátr* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 09]; 25(1):10-21. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391520/factores-asociados-a-la-depresion-ansiedad-y-estres-de-los-tra\\_2OCVa6Z.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391520/factores-asociados-a-la-depresion-ansiedad-y-estres-de-los-tra_2OCVa6Z.pdf)
21. Meraz-Medina T, Zamora-Sánchez N, Maldonado-Suárez N, Santoyo-Telles F. Depression, anxiety and stress levels among frontline healthcare workers during COVID-19 in Jalisco, México. *RIDE* [Internet] 2023 [Consultado 2023 Nov 09]; 12(26):e467. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/370677531\\_Depresion\\_ansiedad\\_y\\_niveles\\_de\\_estres\\_entre\\_los\\_trabajadores\\_del\\_area\\_de\\_salud\\_de\\_primera\\_linea\\_durante\\_COVID-19\\_en\\_Jalisco\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/370677531_Depresion_ansiedad_y_niveles_de_estres_entre_los_trabajadores_del_area_de_salud_de_primera_linea_durante_COVID-19_en_Jalisco_Mexico) DOI: 10.23913/ride.v13i26.1474
22. Zambrano Garcés RM, Martínez Vicuña EA, Romero Mogrovejo LC, Vicuña Palacios A. Impacto psicológico estado de ansiedad y depresión en trabajadores de salud frente al COVID-19. *Vive* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 09]; 4(12):697-707. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/vrs/v4n12/2664-3243-vrs-4-12-263.pdf> DOI: 10.33996/revistavive.v4i12.125
23. Vega EAU, Macedo ABT, Antonioli L, Pinheiro JMG, Esteban ANP, Souza SBCD. Levels of Anxiety and Stress Experienced by Nurses in Inpatient Units. *Aquichan* [Internet] 2023 [Consultado 2023 Nov 10]; 23(1):e2316. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/741/74175538008/html/> DOI: 10.5294/aqui.2023.23.1.6

24. Ortega Malla AL, Mesa Cano IC, Peña Cordero SJ, Ramírez Coronel, AA. Miedo al coronavirus, ansiedad y depresión en profesionales de la salud. Universidad, Ciencia y Tecnología [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 10]; 25(109):98-106. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/352154101\\_Miedo\\_al\\_coronavirus\\_ansiedad\\_y\\_d\\_epresion\\_en\\_profesionales\\_de\\_la\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/352154101_Miedo_al_coronavirus_ansiedad_y_d_epresion_en_profesionales_de_la_salud) DOI: 10.47460/uct.v25i109.454
25. Medrano Hernández JI, Berreca Hernández A. Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. Horizonte Sanitario [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 10]; 21(3):513-520. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4661/3900> DOI: 10.19136/hs.a21n3.4661
26. Barranco-Cuevas IA, Flores-Raya D, González-López AM, Reyes-Bello J, Vázquez-Cruz E, García-Galicia A. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 10]; 59(4):274-280. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457769668003>
27. Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F, Sarotto (h) L, Yaryour C, Basile AE, Duarte JM. Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. Arch Argent Pediatr [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 11]; 119(5):317-324. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n5a07.pdf> DOI: 10.5546/AAP.2021.317
28. Aveiro-Róbaló TR, Chávez FS, Meléndez SY, Vinelli-Arzuviaga D, Jaramillo-Aguilar DS, Rojas-Roa JL, Vilela-Estrada MA, Serna-Alarcón V, Arias-Chávez D, Mejía CR. Ansiedad, depresión y estrés por COVID-19 en profesionales de la salud de Latinoamérica: Características y factores asociados. BMSA [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 11]; 61(2):114-122. Disponible en: <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/316/446> DOI: 10.52808/bmsa.7e5.61e2.013
29. Urpeque García R, Cortez Vidal MS. Estado de salud mental en personal de salud frente al COVID-19. Revista de Psicología [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 11]; (27):81-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322022000100081](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322022000100081) DOI: 10.53287/dqfq4652xy45d

30. Onofre Santiago MM, Rodríguez García MS, Jaramillo Vázquez MJ, Salazar Mendoza DJ, Hernández Montesinos MMG, Luna Hernández LOD. Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 12]; 5(5):6837-6857. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/804> DOI: 10.37811/cl\_rcm.v5i5.804
31. Secín DR, Martínez MMA, Ramírez GA, Pérez GB. Efecto en la salud emocional del personal de salud de un Hospital Privado de Tercer Nivel que enfrenta la pandemia de COVID-19. *Acta Med GA* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 16]; 20(2):137-144. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2022/am222d.pdf> DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/104274>
32. Silva-Domínguez D, Moreno-Valles L, Huarancca-Berrocal I, Manco Ávila E, Torrejón Fernández C. Efectividad de un programa breve para la reducción de estrés en personal de salud durante el contexto de la pandemia Covid-19: un estudio piloto. *Rev. Perú Investig Matern Perinat* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 17]; 11(4):11-18. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/304/333> DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2022304>
33. Flores J. Estrés, Ansiedad y Depresión Durante y Post-pandemia Covid-19 en Trabajadores: El Caso Ecuatoriano. *Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo* [Internet] 2020 [Consultado 2023 Nov 18]; 2(2). Obtenido de <https://journal.poligran.edu.co/index.php/gsst> DOI: <https://doi.org/10.15765/gsst.v2i2.2107>
34. Emigdio-Vargas A, Dávalos-Martínez A, Barrera-Rodríguez E, Arreguín-Cano JA, Teliz-Sánchez MH, Blanco-García NO. Depression, anxiety, and stress during the sanitary emergency of COVID-19 in southeastern México. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 18]; 11(3):71-85. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262021000300071&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262021000300071&lng=es) DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v11.n3.5>
35. Medrano Hernández JI, Becerra Hernández A. Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. *Horizonte Sanitario* [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 18]; 21(3):513-520. Disponible en: <https://revistahorizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/4661/3900> DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n3.4661>

36. Campos-De La Cruz I, Burneo-Ramírez MC, Runzer-Colmenares FM. Asociación entre salud mental y actitudes ante el confinamiento durante la pandemia COVID-19 en hospitales de Lima y Callao. Acta Med Peru [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 18]; 38(3):177-85. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n3/1728-5917-amp-38-03-177.pdf> DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2025>
37. Espinoza-Ascurra G, Gonzales-Graus I, Meléndez. Marón M, Cabrera R. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. Rev Colomb Psiquiat. [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 18];x . DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005>
- 38.-Loayza A, Luna-Muñoz C, Chaduví Puicón WD, Vinelli-Arzuabiaga D, De la Cruz-Vargas JA. Salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet] 2022 [Consultado 2023 Nov 12]; 51(3):e1955. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572022000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000300004)
39. Quispe Condezo S, Viter Gerson CT, Orna Tiburcio LA, Condor Esteban DA, Valentín Bustamante DG, Ruiz Aquino M. Análisis de la ansiedad en el personal de enfermería durante la pandemia COVID-19. Revista Eugenio Espejo [Internet] 2023 [Consultado 2023 Nov 12]; 17(2):6-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572874846003> DOI: 10.37135/ee.04.17.03
40. Veneros Hanco GR. Estrés laboral en el personal de salud de un hospital público del Callao durante la pandemia del COVID-19. REPSI [Internet] 2023 [Consultado 2023 Nov 12]; 6(14):19-29. Disponible en: <https://repsi.org/index.php/repsi/article/view/120/280> DOI: 10.33996/repsi.v6i14.86
41. Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga Sánchez RA, Obando Zegarra M. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. Index Enferm [Internet] 2020 [Consultado 2023 Nov 13]; 29(4):225-229. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es)

42. Ambrosio F, Torres-Santos G, Infante Rivera LJ, Rodríguez-Alarcón JF, Mejía CR. Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19. BMSA [Internet] 2021 [Consultado 2023 Nov 14]; 61(2):97-105. Disponible en: <http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/314/0> DOI: 10.52808/bmsa.7e5.61e2.011
43. Martínez F, Azkoul M, Rangel C, Sandía I, Pinto S. Efectos de la pandemia por Covid-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. Revista GICOS [Internet] 2020 [Consultado 2023 Nov 15]; 5(e2):77-88. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/16623>

## Atención progresiva del paciente adulto crónico descompensado, desde el servicio de emergencia a la atención en las unidades críticas, Hospital II-1 Rioja

### Progressive care of the chronically decompensated adult patient, from the emergency service to care in critical units, Hospital II-1 Rioja

 Carlos Erwin Chávez Vásquez <sup>1\*</sup>, 0009-0005-5757-4878

<sup>1</sup>Hospital II-1 Rioja, Rioja, Perú

Recibido: 18 Oct. 2023 | Aceptado: 03 Nov. 2023 | Publicado: 04 Abr. 2024

Autor de correspondencia\*: lpuellesch@ucv.edu.pe

**Como citar este artículo:** Chávez-Vásquez, C.E. Atención progresiva del paciente adulto crónico descompensado desde el servicio de emergencia a la atención en las unidades críticas, Hospital II-1 Rioja. *Revista Médica Hospital Rioja*.

#### RESUMEN

El determinar cuanta es la necesidad de implementar con más áreas críticas los hospitales públicos del Perú es una labor que demanda la integración de muchos factores como es el económico, personal laboral, equipamiento entre otros recursos necesarios. Una de las áreas críticas en los nosocomios es el área de emergencias donde los casos que se atienden son imprevistos y aun sin tener coberturado los especialistas para atender dichos casos. El servicio de emergencia en el Hospital de Rioja cuenta con solo cuatro servicios de atención en dicho servicio que son: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Adulto Mayor y Shock Trauma. Pese a esto el personal hace todo lo posible por coberturas dichos servicios. El propósito que ha tenido a bien esta investigación es poder determinar la atención progresiva del paciente adulto crónico descompensado desde el servicio de emergencia a la atención en las unidades críticas, considerando que el nosocomio donde se desarrolla la investigación es un hospital referencial y por ende recibe todas referencias y según una evaluación es considerada una referencia a un hospital de mayor nivel para la atención necesaria del paciente. Se ha trabajado con un total de 90 pacientes atendidos por el servicio de emergencia, también mencionamos que esta investigación es descriptivo correlacional, permitiendo usar herramientas estadísticas para la determinación de la significancia entre variables, confirmando la relación de las variables de estudio. Esto hace notar la demanda de una implementación de la unidad e cuidados intensivos en el Hospital de Rioja.

**Palabras clave:** emergencia, unidad de cuidados intensivos, adulto mayor, descompensación.

#### ABSTRACT:

Determining the need to implement more critical areas in public hospitals in Peru is a task that requires the integration of many factors such as economic factors, workforce, equipment, among other necessary resources. One of the critical areas in hospitals is the emergency area where the cases treated are unforeseen and even without specialist coverage to attend to these cases. The emergency service at the Rioja Hospital has only four care services in said service, which are: Gynecology-Obstetrics, Pediatrics, Senior Medicine and Shock Trauma. Despite this, the staff does everything possible to cover these services. The purpose of this research is to determine the progressive care of the chronically decompensated adult patient from the emergency service to care in critical units, considering that the hospital where the research is carried out is a reference hospital and therefore receives all referrals and based on an evaluation is considered a referral to a higher-level hospital for the necessary care of the patient. We have worked with a total of 90 patients treated by the emergency service. We also mention that this research is descriptive correlational, allowing the use of statistical tools to determine significance, confirming the relationship of the study variables. This highlights the demand for an implementation of the intensive care unit at the Rioja Hospital.

**Keywords:** emergency, intensive care unit, older adult, decompensation.

## 17. INTRODUCCIÓN

La mayoría de hospital cuentan con el servicio de emergencia, pero ante ello nace la pregunta ¿Cómo podemos hacer para que este servicio sea un ambiente agradable para los pacientes adultos? Debemos entender que muchas veces para un paciente adulto es un martirio el poder acudir para ser atendido en el servicio de emergencia, por lo tanto, el deber de que estos pacientes puedan sentir o cambiar la perspectiva errónea es responsabilidad de empatía que debe tener todo el personal médico que brinda el servicio de emergencia(1).

Existe todo tipo de pacientes que son atendidos en los servicios de emergencia donde todo el personal asistencial toma un papel importante para brindar un servicio de calidad, pero muchas veces se ha observado que los años de experiencia generan cierta confianza, llegando a pensar en que las técnicas o tratamientos a los adultos deben ser siempre los mismos, pero debemos considerar que cada paciente aunque el diagnóstico o sintomatología sea la misma, no siempre la solución a considerar es la misma, por lo tanto la atención a personas adultas y más aún en una condición de descompensación no debe ser tomada a la ligera, por todo lo contrario el personal médico debe mostrar todo el interés y profesionalismo para atender a dichos pacientes y generar la confianza por parte de ellos a la atención brindada(2).

Los adultos por defecto por su condición suelen asistir al servicio de emergencia por la complicación o descontrol de alguna enfermedad crónica que padecen y lo cual ya ha sido diagnosticado hace mucho tiempo y que ha conllevado a estos pacientes adultos a resignarse aun hasta el hecho de morir con tal de ya no asistir a tener que pasar por procesos que pueden llevar a un estrés crónico que se liga a una situación de ansiedad y que hasta puede terminar en un pensamiento suicida, por lo tanto existen hospitales donde estipulan procesos para que se evite la asistencia al servicio de emergencia esto a fin de poder aplicar dichos procesos(3).

En relación a las unidades de cuidados intensivos, requiere de una gran inversión para dicha implementación en los hospitales ya que se requeriría de personal especializado, equipamiento adecuado para brindar un servicio de calidad en dicho servicio. Cabe mencionar que se ha observado que en las UCI una 5% de pacientes son infectados con VIH quienes requieren de proceso más delicado por la misma situación que presentan(4).

Es lamentable observar que muchos pacientes adultos en ocasiones después de obtener la alta por una intervención quirúrgica, sufren complicaciones propias o ajenas a la cirugía y dichas complicaciones requieren de una nueva hospitalización pero ahora en el servicio de UCI, es así como



se muestra que todo hospital para brindar una atención a situaciones críticas que requieran de unidad de cuidados intensivos, debe tener implementada dicha área con todos los equipos y personal médico necesarios(5).

Hoy en día incluso existen programas basados en inteligencia artificial que permiten la gestión para una adecuada identificación de pacientes críticos y no críticos que pretendan acceder al servicio de emergencia, de esta manera se priorizaría a los adultos que presenten un estado de descompensación donde estos también estarían incluidos en el análisis de la sintomatología que presenta y sea una adecuada selección, la aplicación de dicho sistema permite una adecuada gestión de las herramientas tecnológicas en los servicios críticos(6).

A medida que los problemas de salud han aumentado, es que los servicios de salud tanto privado como públicos han optado por poder cubrir el servicio de emergencia esto a fin de que los pacientes reciban un adecuado servicio en cualquier momento del día, pero cabe mencionar que muchas veces las necesidades de los pacientes no pueden ser cubiertas ya que no se cuentan con las especialidades requeridas y más aún cuando se trata de que un paciente tiene la necesidad de ser derivado a la unidad de cuidados intensivos. Para ello muchas veces es necesario trasladar a los pacientes en ambulancias hacia hospitales que cuenten con dicho servicio(7).

En Hong Kong a través de datos estadísticos han logrado determinar que su unidad de cuidados intensivos tiene un lugar reservado para pacientes adultos ya que la población que más requiere dicho servicio son pacientes que llegan en calidad de descompensados(8). Esto si bien es cierto tiene un valor relativo ya que el propósito de un servicio de emergencia o un servicio de UCI es poder velar por la salud de los pacientes, pero también es poder lograr la rentabilidad que puede generar dicho servicio los cuales buscan estar al alcance de la población(9).

Se debe comprender que el objetivo de la implementación de los servicios que son el motivo de esta investigación no es el tema de lucrar, esto va más allá, está de por medio la estadística del servicio que se brinda, lo cual se mide con la calidad que atienden todo el personal asistencial(10). Por ejemplo, existen situaciones que más que ser atendidos en emergencia, según la complicación se requiere directamente una unidad de cuidados críticos pero muchas veces es preciso enfrentar todas estas situaciones con los materiales que se pueda tener a disposición(11).



## 18.MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación a tenido a bien como centro de contexto de estudio al servicio de emergencia del Hospital II – 1 Rioja, cabe mencionar que, en el nosocomio en mención, solo contamos con el área de emergencia donde se atienden algunas especialidades oficialmente como son pediatría, gineco-obstetricia, medicina de adulto mayor y Traumashock, pero si bien es cierto estas no son las únicas especialidades que se requieren porque las enfermedades demandan de muchas especialidades.(12). Es desafiante en ocasiones el ver que llegan pacientes solicitando la atención de servicios que no cuenta el Hospital de Rioja, y la misma situación nos insta a recurrir a reuniones medicas para poder tratar a los pacientes con los recursos que se puedan tener, pero en ocasiones cuando ya la responsabilidad escapa de la mano de los profesionales solo se procede a hacer la gestión necesaria para la referencia respectiva del paciente(13).

La elección del lugar de investigación como es el Hospital II – 1 Rioja, es debido a que tiene relación con el investigador del presente artículo, y conociendo la realidad plena del servicio de emergencia, es que es necesario presentar a través de la presente investigación la realidad cada una de las fortalezas como desafíos con los que cuenta el nosocomio en estudio(14).

Uno de las especialidades que es más requerida en el servicio de emergencia es la especialidad de pediatría, esto debido a que la ciudad de Rioja es un clima tropical propenso a cambios climatológicos repentinos que conllevan a complicaciones respiratorias, por otro lado, el hecho de ser clima tropical, es expuesto a grandes apariciones de dengue, ante ello y tras lamentables resultados es que se ha gestionado todo lo necesario para la tratar dichas problemáticas(15).

En ocasiones llega al servicio de emergencia pacientes con elevadas temperaturas o dolores que escapan de una diagnostico normal, ante ello siempre se recurre al servicio de laboratorio para exámenes patológicos que determinen dicha situación, he ahí un gran beneficio de la tecnología, aunque a veces se carece de reactivos, pero en lo posible se trata de dar solución a dicha situación(16).

Por defecto se suele ver el tema situaciones bacterianas en pacientes pediátricos pero la demanda de pacientes adultos que viene por situaciones bacteriemia oculta, lo cual es más desafiante ya que dichos pacientes manifiestan el dolor físico y en ocasiones conlleva a una descompensación que es trágica ya que no se cuenta con un ambiente de unidad de cuidados intensivos para poder trasladarlos y darles una mejor atención y velar por el cuidado de dichos pacientes(17).

Para esta investigación se cuenta con un enfoque cuantitativo ya que se busca apoyarnos en un diseño descriptivo correlacional y así podremos de determinar la relación entre nuestras variables de estudio las cuales pese a que no se cuente con los dos servicios en el Hospital de Rioja pero al menos mostrara el nivel de relación y la necesidad literal de la implementación de dicho servicio, esto apoyado de instrumentos que nos permitirán la recopilación de datos a través de cuestionarios y así poder contrarrestar nuestra hipótesis que será definida a través del aprueba estadística de Chi Cuadrado a través de la herramienta SPSS. En la versión 25.0, lo cual nos permitirá mostrar la estadística descriptiva a través de tablas que conllevaran una discusión de resultados y las conclusiones necesarias para una mejoría en la problemática identificado(18).

Para llevar a cabo este estudio, se utilizaron los siguientes métodos el método hipotético-deductivo, que permitió demostrar los objetivos del proyecto a través del uso de procedimientos deductivos. El método analítico, que posibilitó el estudio del comportamiento y las observaciones de la muestra. El método sintético, que facilitó la síntesis de los hallazgos para formular premisas válidas. En resumen, se emplearon diferentes enfoques metodológicos para abordar los diversos aspectos del proyecto de manera integral y llegar a conclusiones fundamentadas(19).

Para una mejor medición de las variables de estudio se ha previsto dimensiones que permitan identificar criterios como el estado situacional que presenta el servicio de emergencia en el hospital de Rioja, además identificar cuáles son las especialidades con las que carece el hospital y que son necesarias la pronta implementación, y el poder identificar la necesidad de una unidad de cuidados intensivos en el Hospital de Rioja.

Adicional a ello se ha mencionado líneas arriba que se ha utilizado instrumentos los cuales han pasado por un proceso de juicio de expertos para poder obtener la validación respectiva, dichos validadores son profesionales médicos con el grado de doctor para dar la confiabilidad de y fidelidad de dichos instrumentos, dicha confiabilidad ha sido procesado a través del Alfa de Cronbach, tal como se procede a mostrar en la tabla siguiente:

**Tabla 1.**

*Confiabilidad de las escalas según Alfa de Cronbach.*

<b>Escalas de Medición</b>			
<b>Medida Estadística</b>	Atención Progresiva	Servicio de Emergencia	Unidades Criticas
<b>Alfa de Cronbach</b>	,987	,979	,987
<b>Nº de Elementos</b>	25	30	27

Como resultado tenemos que el Alfa de Cronbach es de 0.987 lo cual nos manifiesta que existe una alta consistencia entre los elementos que se dan estipulado como escalas para medir la atención progresiva. Tras el concepto de que los valores superiores a 0.70 son considerados como aceptables, se ha procedido a indicar que el valor obtenido tiene un nivel muy alto.

Con respecto al servicio de emergencia el Alfa de Cronbach no muestra el valor de 0.979 el cual es muy alto y que muestra una consistencia muy buena, por lo tanto, presenta una relación muy íntima con las dimensiones de estudio.

Las escalas de medida para las unidades de críticas muestran un Alfa de Cronbach de 0.987 el cual es elevado por lo tanto refleja una consistencia muy alta en relación a las demás dimensiones de evaluación.

Se utilizaron los métodos inductivo y deductivo para desarrollar hipótesis a partir de observaciones específicas y luego probar dichas hipótesis con datos recopilados. El enfoque analítico se aplicó para descomponer los datos en sus componentes individuales y realizar un análisis detallado de las relaciones entre las variables. Por otro lado, el método sintético permitió integrar los hallazgos y generar conclusiones holísticas sobre el impacto de las condiciones familiares en las medidas antropométricas y la dieta de los niños de primaria. Finalmente, el método dialéctico facilitó la exploración de las interacciones dinámicas entre las variables. En resumen, se utilizó una combinación de enfoques metodológicos para abordar de manera integral los diferentes aspectos del estudio y alcanzar conclusiones sólidas(20).

A continuación, se presenta la población que ha participado voluntariamente en el desarrollo de la investigación:

**Tabla 2.**

*Población muestral*

<b>Personal Asistencial</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médicos	15	29
Licenciado en Enfermería	25	48
Licenciados en Obstetricia	12	23
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Se ha realizado una selección minuciosa de cada uno de los elementos que han participado en la investigación, esto a fin de determinar la participación voluntaria para que los datos sean reales, para

ello se ha corroborado el rol de cada personal asistencial es decir de los médicos, enfermeros y obstetras para que según la cobertura de periodos y carga que sucedió en los turnos establecidos, se dio la aplicación de los instrumentos antes mencionados. En esta investigación se ha realizado la aplicación de selección de cada uno de los elementos y miembros de investigación a través de criterios de inclusión los cuales establecen que participaran todo el personal asistencial que desempeñe funciones en el servicio de emergencia, y también se ha considerado criterios de exclusión como el personal que al momento de la ejecución de la investigación, se encuentre en periodo de licencia o de vacaciones o también médicos que no tengan funciones laborales en el servicio de emergencia del hospital de Rioja.

## 19. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A través de la presente investigación se puede determinar una de las grandes necesidades que requiere el hospital de Rioja, a decir la implementación de más especialidades en el servicio de emergencia como la implementación de la unidad de cuidados intensivos, para ello se ha identificado las problemáticas que existen en dichos servicios, analizando la producción actual como la producción anterior para ver la evolución y generar la necesidad de todo lo solicitado. A fin de que la población atendida en el nosocomio de Rioja pueda conocer la realidad del servicio de emergencia es que se han suado datos cuantitativos basados en la producción para tomar decisiones favorables, se muestran tablas y que reflejan cuanto se puede hacer lo poco de recursos con los que se cuenta, pero demostrando que el compromiso con la profesión conlleva a dar solución a los diferentes problemas identificados. A continuación, se presentan las tablas que son necesarias y precisas para el entendimiento de la investigación.

**Tabla 3.**

*Atenciones por Especialidad en el Servicio de Emergencia.*

<b>Atenciones por Especialidad en el Servicio de Emergencia</b>				
	<b>Año 2021</b>	<b>Año 2022</b>	<b>Año 2023</b>	<b>Año 2024</b>
<b>Medicina Adulto</b>	7904	3644	3249	967
<b>Gineco-Obstetra</b>	3822	2235	1938	587
<b>Pediatría</b>	2854	1841	1529	424
<b>Traumashock</b>	311	77	132	32

A través de esta tabla podemos identificar la producción generada por el personal médico mencionado en la tabla 1. Es notorio que la producción en el transcurso del tiempo ha sufrido una

variación debido a que la pandemia ha generado cambios drásticos como también el hecho de que el hospital de Rioja ya no cuenta con población adscrita por lo tanto se ha convertido en un hospital referencial y ello conlleva a que muchas veces las referencias no puedan ser atendidas en su plenitud y que el personal de periferia derive las referencias a otros centros de atención como Moyobamba o Tarapoto en especial los pacientes que requieren ser atendidos al brevedad con respecto a la especialidad de gineco-obstetricia(21).

Si nos centramos en la producción que presenta el servicio de Traumashock ha mantenido una diferencia notable en el transcurrir de los años, esto se debe a la falta de personal médico como a la falta de una unidad de cuidados intensivos. Muchas veces los pacientes que son atendidos en Traumashock presentan infecciones generales bacterianas que demandan la derivación directa a una cama UCI, pero en la situación del Hospital de Rioja, solo es cuestión de derivar a otras entidades de salud ya que no se cuenta con dichos servicios(22).

#### **Tabla 4.**

*Usuarios del Servicio de Emergencia según Tipo de Seguro.*

<b>Usuarios del Servicio de Emergencia según el Tipo de Seguro</b>				
<b>Seguro</b>	<b>Año 2021</b>	<b>Año 2022</b>	<b>Año 2023</b>	<b>Año 2024</b>
<b>SIS</b>	27804	7044	6198	1842
<b>EsSalud</b>	1574	665	596	162
<b>Otros</b>	210	33	21	6

En esta tabla es fácil poder entender que la principal población que aprovecha el servicio de emergencia son personas que cuentan con un Seguro Integral de Salud, cada uno de ellos ya sé que vengan directo para ser atendidos o a través de referencias de periferia, pocos son las personas que vienen y cuentan con un servicio de EsSalud ya que en el caso de ellos todo servicio brindado en la unidad de emergencia tendría ser cubierto por el mismo paciente ya que no es un seguro integral de salud, más aún para las personas que no cuenten con ningún tipo de seguro tiene que costear toda su atención(23).Es necesario mencionar que todas las personas atendidas indistintamente el seguro con el que cuente, un 40% requiere ser derivado a unidad critica donde pueda recibir una atención de calidad, pero es lamentable que en el Hospital de Rioja no se cuente implementado la unidad de cuidados intensivos. Pese a las deficiencias que se han mencionado en el desarrollo de la investigación, es importante mencionar que el servicio de emergencia nunca ha detenido sus servicios y se ha esforzado por estar a la demanda de las atenciones que requiere la población.(24)

**Tabla 5.**

*Necesidad de la Unidad de Cuidados Intensivos*

<b>Necesidad de la Unidad de Cuidados Intensivos</b>			
<b>Personal Asistencial</b>	<b>Personal</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Médicos</b>	15	15	29
<b>Licenciados en Enfermería</b>	25	25	48
<b>Licenciados en Obstetricia</b>	12	12	23
<b>Total</b>	52	52	100

La tabla número es el resultado de la aplicación de nuestro instrumento el cual busco poder determinar cuánto es el interés del personal asistencial que desempeña funciones en el servicio de emergencia en el Hospital de Rioja y es notable que tras unanimidad muestran su unión al solicitar la implementación de la unidad de cuidados intensivos(25). Cabe mencionar que la necesidad exclamada por parte del personal asistencial, es la voz del pueblo ya que quienes son atendidos en este nosocomio manifiestan desde hace muchos años ese deseo de tener una mejor calidad de atención como usuarios. El Perú presenta una gran necesidad de poder implementar una unidad de cuidados intensivos en todos los hospitales públicos, pero lamentablemente la burocracia y procesos de corrupción detienen este proceso de implementación(26).

**Tabla 6.**

*Incidencia de Atenciones a Pacientes Adultos Crónicos Descompensados.*

<b>Incidencia de Atenciones a Pacientes Adultos Crónicos Descompensados</b>				
<b>Paciente</b>	<b>Año 2021</b>	<b>Año 2022</b>	<b>Año 2023</b>	<b>Año 2024</b>
<b>Adulto</b>	183	152	112	46

La tabla número 6 muestra la incidencia de atenciones a pacientes adultos pero en la condición de descompensados, esto adherido a cualquier diagnostico que presente el adulto mayor, por defectos estos adultos que ingresan con descompensación, tienen que pasar a observación por un periodo máximo de 9 horas, en caso no hay una reacción o mejora, se realiza las gestiones necesarias ya sea para generar la referencia a un hospital con mayor cantidad de profesionales de la salud o en todo caso poder pasar a hospitalizarse en el servicio de hospitalización para recibir la atención necesaria. En ocasiones estos casos han requerido incluso de juntas medicas para poder buscar un método o tratamiento que pueda ayudar al paciente a una pronta recuperación, cambio de tratamiento o brindar una mejor calidad de vida(27).

Estos resultados han permitido determinar en la investigación la importancia o la necesidad de la implementación de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital II – 1 Rioja. Realizando un análisis podemos darnos cuenta que no solo es una necesidad de los profesionales de la salud si no que también es una necesidad de la población(28). El hospital en estudio es un hospital donde el personal asistencial radica en la misma ciudad y por cuestiones personales han logrado establecer ideales de servicio a la comunidad, pero no debemos olvidar que el proceso de la implementación no solo depende de una necesidad sino de todo un proceso que muestre la necesidad y las consecuencias que se están dando a falta de dicha unidad(29). Pero por sobre todo se cuenta con personal de calidad que, pese a la carencia de medicamentos, equipamiento y otros recursos necesarios en el servicio de emergencia, el personal asistencial brinda lo mejor de sí para lograr el objetivo de brindar un servicio de calidad y salvar vidas(30).

## **CONCLUSIONES**

Se ha logrado identificar la alta incidencia que tiene el Hospital de Rioja concerniente a la atención de pacientes adultos y entre ellos el notable número de los mismos que viene en condición de descompensados, esto va acompañado a la identificación de la carencia que presenta el servicio de emergencia ante la falta de personal asistencial, equipamiento y recursos necesarios para brindar una atención de calidad. Ante dichas deficiencias se ha podido encontrar la gran necesidad de que el Hospital de Rioja cuente con una unidad de cuidados intensivos, por lo tanto, la investigación es favorable ya que presenta un estado situacional actual ante el deseo de superar los diferentes desafíos que presentan.

Por lo tanto, se recomienda a los entes pertinentes hacer una evaluación y un plan para tomar cartas en el asunto y gestionar todos los recursos necesarios para la implementación de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital II – 1 Rioja.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tardini F, Pinciroli R, Berra L. The intensive care unit: How to make this unfriendly environment geriatric-friendly. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2024 May 28];46(3):379–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2019.12.022>
2. Christian MD, Kissoon N. Caring for Critically Ill Adults in PICUs Is Not “Child’s Play”\*. *Pediatric Critical Care Medicine* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2024 May 28];21(7):679–81. Available from: <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000002430>
3. Samuel S, Dimitropoulos G, Schraeder K, Klarenbach S, Nettel-Aguirre A, Guilcher G, et al. Pragmatic trial evaluating the effectiveness of a patient navigator to decrease emergency room utilisation in transition age youth with chronic conditions: the Transition Navigator Trial protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Dec 10 [cited 2024 May 28];9(12). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034309>
4. Barbier F, Mer M, Szychowiak P, Miller RF, Mariotte É, Galicier L, et al. Management of HIV-infected patients in the intensive care unit. *Intensive Care Med* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 May 28];46(2):329–42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05945-3>
5. Wong DJN, Popham S, Wilson AM, Barneto LM, Lindsay HA, Farmer L, et al. Postoperative critical care and high-acuity care provision in the United Kingdom, Australia, and New Zealand. *BJA: British Journal of Anaesthesia* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2024 May 28];122(4):460–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.12.026>
6. Bruballa E, Wong A, Rexachs D, Luque E. An Intelligent Scheduling of Non-Critical Patients Admission for Emergency Department. *IEEE Access* [Internet]. 2020 [cited 2024 May 28];8:9209–20. Available from: <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2019.2963049>
7. Søvsø MB, Christensen MB, Bech BH, Christensen HC, Christensen EF, Huibers L. Contacting out-of-hours primary care or emergency medical services for time-critical conditions - impact on patient outcomes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Nov 7 [cited 2024 May 28];19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4674-0>
8. Ling L, Ho CM, Ng PY, Chan KCK, Shum HP, Chan CY, et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to adult intensive care units in Hong Kong: a population retrospective cohort study from 2008 to 2018. *J Intensive Care* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 May 28];9(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s40560-020-00513-9>



9. Bassin BS, Haas NL, Sefa N, Medlin R, Peterson TA, Gunnerson K, et al. Cost-effectiveness of an Emergency Department-Based Intensive Care Unit. *JAMA Netw Open*. 2022 Sep 28;5(9):E2233649.
10. Kurz MC, Hess EP. Quality Is Not the Only Part of the Emergency Department-Based Intensive Care Unit Value Equation. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2019 Jul 26 [cited 2024 May 28];27(7). Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.7570>
11. Medrano-Plana Y, Quintana-Souza R, Barrueto-Blanco Y, Zambrano-Cevallos KM. Missed cardiac stab injury during initial evaluation in the Emergency Department [Lesión cardíaca por arma blanca inadvertida durante la evaluación inicial en el servicio de emergencia]. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2024 Jan 2;39(1):148–54.
12. Nogal B Del, Leonett C, Madriz S, Roa M, Rondón M, Yáñez M. Pharmacological therapy in hypertensive patients treated in outpatient and emergency consultations at Salud Chacao between October and December 2022 [Terapia farmacológica en hipertensos tratados en consulta ambulatoria y emergencia de Salud Chacao entre octubre y diciembre del año 2022]. *Gaceta Medica de Caracas* . 2024 Jan 1;132(Supl. 1):S10–7.
13. Quintero-Montealegre S, Flórez-Monroy AF, Cortes-Fraile GC, Muñoz-Velandia OM, Garzón-Herazo JR. Characterization of patients with community-acquired bacteremia treated in the emergency department of a high-complexity hospital [Caracterización de los pacientes con bacteriemia adquirida en la comunidad atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad]. *Infectio*. 2024 Jan 1;28(1):12–8.
14. Clemente C, Fuentes Ferrer ME, Ortega Heredia D, Julián Jiménez A, Martín-Sánchez FJ, González Del Castillo J. Usefulness of combining inflammatory biomarkers and clinical scales in an emergency department to stratify risk in patients with infections [Utilidad de la combinación de biomarcadores de respuesta inflamatoria y escalas clínicas para la estratificación del riesgo en pacientes atendidos en urgencias por sospecha de infección]. *Emergencias*. 2024 Jan 1;36(1):9–16.
15. Suarez-Cabezas S, Sanavia Morán E, García García-Galán A, Álvarez Sánchez AT, Muñoz López C, Pérez-Moneo Agapito B. Peripheral trauma treated in the pediatric emergency department: Descriptive study [Traumatismos periféricos atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Estudio descriptivo]. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2024;

16. Julián-Jiménez A, García DE, Merinos-Sánchez G, Guadiana-Romualdo LG de, Castillo JG Del. Diagnostic accuracy of procalcitonin for bacteremia in the emergency department: a systematic review [Precisión diagnóstica de la procalcitonina para la bacteriemia en el servicio de urgencias: una revisión sistemática]. *Revista Espanola de Quimioterapia*. 2024 Jan 1;37(1):29–42.
17. Mòdol Deltell JM, Tudela Hita P. Occult bacteremia or bacteremia in adult patients discharged from the Emergency Department. *Med Clin (Barc)*. 2014 Feb 4;142(3):111–3.
18. Ramos-Galarza CA. Los Alcances de una investigación. *CienciAmérica* [Internet]. 2020 Oct 21 [cited 2024 May 30];9(3):1–6. Available from: <http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/336>
19. Sobre R, En P, Básica LE, Método E, Deductivo H, Popper K, et al. El método hipotético deductivo de Karl Popper en los estudiantes de la Educación Básica Regular en Perú. *Educación* [Internet]. 2023 Dec 5 [cited 2024 May 30];29(2):e3045–e3045. Available from: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/3045>
20. Bilbao J, Escobar P. Investigación, Paradigmas, Métodos, Enfoques de Investigación, Cualitativa y Cuantitativa, Técnicas, Instrumentos. 2020 [cited 2024 May 30];20–50. Available from: [https://books.google.com/books/about/INVESTIGACION\\_Y\\_EDUCACION\\_SUPERIOR.html?hl=es&id=W67WDwAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/INVESTIGACION_Y_EDUCACION_SUPERIOR.html?hl=es&id=W67WDwAAQBAJ)
21. Gálvez San Román JL, Jiménez Hidalgo C, Portillo Cano MM, García Sánchez MO, Navarro Bustos C, Julián-Jiménez A, et al. Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con infección del tracto urinario en los servicios de urgencias hospitalarios. *An Sist Sanit Navar*. 2016 Jan 1;39(1):35–46.
22. Cecilia Yañez Palma M, Roman F, Llopis-Roca F, Fragiell M, Jiménez AJ, Martín-Sánchez FJ, et al. Utility of the medial region of pro-adrenomodulin for the detection of true bacteremia in elderly patients treated in the emergency department for suspected infection [Utilidad de la región medial de la pro-adrenomodulina para la detección de bacteriemia verdadera en pacientes mayores atendidos en urgencias por sospecha de infección]. *Revista Espanola de Quimioterapia*. 2024 Jan 1;37(1):78–87.

23. Barbosa WGJ, Buitrago JIG, Restrepo JP, Suárez DYD, Torres SJO, Rojas EKB, et al. Continuity in the emergency service. The case of the south-east regional hospital, Chinácota, Colombia[Continuidad en la atención del servicio urgencias. El caso del Hospital Regional Suroriental, Chinácota, Colombia]. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2020 Mar 30;19:1–14.
24. Ruiz-Ramos J, Herrera-Mateo S, Rivera-Martínez MA, Monje-López ÁE, Hernández-Ontiveros H, Pereira-Batista CS, et al. Antimicrobial stewardship program in urinary tract infections due to multi resistant strains in the emergency department[Programa de optimización de antibioterapia en infección urinaria por cepas multirresistentes en el servicio de urgencias]. *Revista Española de Quimioterapia*. 2023 Oct 1;36(5):486–91.
25. Hainosz MB, Arcaro G, da Silva CL, Bonatto S, Farago PV. Correlation between the care dependence scale of ICU patients and their epidemiological profile[Correlación entre la Escala de dependencia de cuidados de pacientes ingresados en UCI y su perfil epidemiológico]. *Enfermería Global*. 2023 Jan 1;22(3):110–21.
26. Montalvo R, Diaz-Lazo A, Montalvo M, Ninahuanca C. Clinical and laboratory differences between severe yellow fever and severe dengue in emergency patients[Comparación clínica y laboratorial de la fiebre amarilla severa versus dengue grave en Perú]. *Bol Malariol Salud Ambient*. 2022 Sep 1;62(5):976–83.
27. Martínez-Navarro G, Lozano-Zafra C, Caballero-Chabrera F, Modesto-Alapont V, Oltra-Benavent M. COVID-19 impact on the emergency and hospitalization of a tertiary hospital. Management lessons learned[Impacto COVID-19 en la urgencia y hospitalización de un hospital terciario. Lecciones de gestión aprendidas]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2022 Nov 1;40(9):503–6.
28. Solari-Heresmann LM, Pérez-Balaguer A, Gil-Benito E, del Sol-Calderón P, Sanz-Aranguez-Ávila B, Gayubo-Moreo L, et al. Analysis of the demand for care in a psychiatric emergency room and an acute inpatient unit in the context of the COVID-19 pandemic[Análisis de la demanda asistencial en la urgencia y unidad de hospitalización psiquiátrica en el contexto de pandemia por COVID-19]. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2021 Mar 1;59(1):27–37.
29. Gil-Borrelli CC, Martín Ríos MD, Latasa Zamalloa P, López-Corcuera L, Ben-Abdellah LD, Rodríguez Arenas MÁ, et al. Hate violence in the emergency rooms of third level hospitals. First

data in Spain[Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel. Primeros datos en España]. Gac Sanit. 2020 Nov 1;34(6):561–6.

30. Rojas-Durán AM, Sáenz-Morales OA, Garay-Fernández M, Vergara-Vela E. Evaluation of the treatment of valvular and non-valvular atrial fibrillation and its relationship with adverse events in patients admitted to the Emergency Department of a third level hospital[Evaluación del tratamiento de la fibrilación auricular valvular y no valvular y su relación con eventos adversos en pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel]. Revista Colombiana de Cardiología. 2020 Nov 1;27(6):529–37.