



VOL. 11-I 2022



REVISTA

Cuidado & Ocupación Humana

ISSN 2322-6781





Facultad de Salud
Universidad de Pamplona
Pamplona, Colombia
ISSN 2322-6781.
Volumen 11-I
2022

RECTOR

PhD. IVALDO TORRES CHÁVEZ

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN

PhD. ALDO PARDO GARCÍA

VICERRECTOR ACADÉMICO

PhD. OSCAR EDUARDO GUALDRÓN

DECANO FACULTAD DE SALUD

MG. HERIBERTO JOSÉ RANGEL NAVIA

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
TERAPIA OCUPACIONAL**

Dra. DIANA MILENA CELIS

dto@unipamplona.edu.co

**DIRECTORA DE DEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA**

Mg. BELINDA INES LEE OSORNO.

dcuidados@unipamplona.edu.co

EDICIÓN Y COORDINACIÓN GENERAL
DEPARTAMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL Y
ENFERMERÍA.

HECHO EN COLOMBIA

Made in Colombia

Revista Cuidado y Ocupación Humana

Versión digital – ISSN- 2322-6781

rcoh@unipamplona.edu.co

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER
COLOMBIA

www.unipamplona.edu.co

Teléfonos

5685303B5685304B -5685305FAX: 5682750

+57-3186516054

PAGINAS WEB

Publindex (minciencias.gov.co)

<https://scienti.minciencias.gov.co/publindex/#/revistasPublindex/detalle?ti=po=R&idRevista=575>

Open Journal System

<https://ojs.unipamplona.edu.co/>

http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceministerio/index.php/COH/index

Google Scholar

<https://scholar.google.com/citations?user=9BsOF4cAAAJ&hl=es>

Página Web

http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_253/publicacion/publicado/index.htm

Fans Page Facebook

<https://web.facebook.com/revistacuidadovocupacionhumana>

COMITÉ EDITORIAL

PhD. MAGDA MILENA CONTRERAS JAUREGUI

PhD. BELINDA INÉS LEE OSORNO

Mg. CARLOS ALBERTO YAÑEZ SERRANO

Mg. KATTY DAYANA ESCOBAR

ESP. YEIDY SUGHEY BOHÓRQUEZ

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. SANDRA VERÓNICA VALENZUELA SUAZO

Universidad de Concepción - Chile

Dra. MARÍA NELCY MUÑOZ ASTUDILLO

Fundación Universitaria del Área Andina

Dra. JENNIT LORENA CÓRDOBA CASTRO

Universidad de Pamplona

Dra. DIANA MILENA CELIS PARRA

Universidad de Pamplona

Dr. JOSÉ GERARDO CARDONA TORO

Fundación Universitaria del Área Andina

Dr. MARCO FREDDY JAIMES L.

Universidad Autónoma del estado de Morelia México

Mg. MARTHA JUDITH ARISMENDI

Magisterio docente, grupo CISMAG.

Mg. EDGAR MARTÍNEZ ROSADO

Grupo salud Santander – UIS

Mg. JAVIER MARTÍNEZ TORRES

Universidad de Pamplona

**SE AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O
PARCIAL DE LA OBRA SOLO PARA FINES
NETAMENTE ACADÉMICOS, SIEMPRE Y CUANDO
SE CITE LA FUENTE.**

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en los artículos son propiamente de los autores, y no coinciden necesariamente con las de los editores y/o directores de la revista, por lo cual la revista no se hace responsable del contenido de los artículos publicados.



Presentación

La Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona con el apoyo del equipo de trabajo, representado en los ocho (8) departamentos que la conforman, ha alcanzado un posicionamiento en la región, el país y a nivel internacional, gracias a las producciones académicas, científicas y de impacto social, generando así un desarrollo académico, científico e investigativo; es allí en donde los programas de Terapia Ocupacional Y enfermería desarrollan la revista *Cuidado y Ocupación Humana*, que hace parte de las necesidades y consolidación políticas de calidad y reforzamiento académico que han venido adoptando los miembros de la Facultad y, que sin lugar a dudas, abre puertas para convertirse en un escenario de divulgación y visibilidad, no solo de los alcances científicos de nuestra Universidad; sino también de todos aquellos profesionales y estudiantes que cuenten con producciones dirigidas a la innovación en salud, el análisis, valoración, resolución de necesidades de las comunidades, técnicas de intervención o perfeccionamiento del abordaje individual y colectivo en materia de salud y desarrollo social.

El escenario en el que se materializa en la revista *Cuidado y Ocupación Humana*, tiene una derivación epistemológica y bioética, que ofrece como valor agregado la posibilidad de publicar los trabajos investigativos de estudiantes de pregrado, postgrado, docentes e investigadores externos, reconociendo el estatus de autor y la propiedad intelectual, con lo cual se estimula la calidad en los artículos presentados, en el mismo sentido se tiene la posibilidad de presentar sus experiencias de innovación e investigación en calidad de artículos originales, estudios de caso, revisiones de literatura, entre otras experiencias científicas significativas, que sin lugar a dudas enriquecerán el esfuerzo que los programas fundadores de este espacio, imprimen en su creación, mantenimiento y mejoramiento permanente.

El nombre de la revista enmarca dos de las preocupaciones más grades y más sentidas que se tienen en el Oriente colombiano, de una parte el cuidado, referido al cuidado integral de las personas, sus familias y comunidades; las pretensiones de su alcance reviste una ardua labor “conocernos cada vez más”; en este sentido en las cartografías sociales dirigidas al análisis situacional en salud, varias de ellas desarrolladas por la Facultad de Salud, es claro que las particularidades de los habitantes de un eje fronterizo categorizado como uno de los más dinámicos del país, determinan el punto de partida fundamental para la estructura de los planes de salud tanto de atención primaria como en salud pública, de esta forma, se espera que el aporte al conocimiento que suministran los investigadores e investigadoras, posibilite el diseño de estrategias de cuidado que respondan al bienestar de los individuos y las comunidades. En cuanto a la ocupación, entendida no solo en el marco del trabajo sino en todas las dimensiones que favorecen el desempeño ocupacional, el rol laboral, el ocio, las actividades de la vida diaria y el bienestar de los usuarios, se asume teniendo en cuenta nuestro contexto social de desarrollo que parametriza el espíritu de la revista y el deseo de una facultad que crece, que impulsa un mundo abierto, libre, en paz, sin limitaciones, ni fronteras.

Revista Cuidado Y Ocupación Humana
Universidad De Pamplona



Editorial

La revista Cuidado y Ocupación Humana, es un medio de divulgación digital de acceso libre, creada por los programas de Enfermería y Terapia Ocupacional Unipamplona, que anualmente publica dos volúmenes con artículos inéditos, cuyo objetivo principal es visibilizar trabajos recientes evaluados anónimamente por pares científicos y metodológicos que ratifican la calidad de la información publicada, siendo este un medio de exaltación y reconocimiento al trabajo de investigadores externos, docentes y estudiantes, que alimentan la academia y las disciplinas científicas, para mantener en pie una idea que surgió de la necesidad de divulgación científica regional, y que hoy por hoy se posiciona como una herramienta transdisciplinar que promueve el conocimiento.

Es así como en concordancia con la globalización, las nuevas demandas de una sociedad que ha sufrido la crisis de una pandemia y que ha evolucionado; los currículos y proyecto educativo de la Universidad de Pamplona y sus programas, deben denotar el verdadero valor de la investigación, que como valor agregado, impulsa al hombre en la transformación del conocimiento, a la innovación de los procesos y la evolución de la academia; otorgando medios y herramientas para traspasar fronteras mediante la información y la comunicación; manteniendo en contacto a las personas desde los lugares más apartados del planeta, además ayudando a sobrellevar las consecuencias sociales y económicas de la crisis global sanitaria por SARS COVID-19, sirviendo como motor del desarrollo del conocimiento.

Es así como la revista RCOH facilita a todos los autores e investigadores del sector salud, educación, ciencias sociales y a fines; la divulgación de su gestión en la investigación científica, formativa y procedimental, asimismo se difunden los procesos e innovaciones teóricas y prácticas ligadas a la generación de productos finales como artículos, cartillas, protocolos, guía, relatorías, estudios de caso, protocolos, teorías, etc.; que mejoren, potencialicen e integren la ocupación el cuidado, la salud, la rehabilitación, educación y el desarrollo psicosocial humano integral, desde una perspectiva abierta a la innovación, con fundamento científico, crítico e investigativo; así mismo a la comunidad académica, estudiantes y docentes, que quieran dar mayor visualización a los resultados de sus proyectos, con la intención de brindar información técnica veraz, que facilite la adquisición de competencias investigativas básicas para realizar el trance del conocimiento, que facilita la incursión en el mundo investigativo y de profundización profesional; impactando el desarrollo de las ciencias, propendiendo la evolución técnica y científica del área disciplinar, para facilitar la transdisciplinariedad y generar impacto a nivel local, regional, nacional e internacional en el desempeño ocupacional y las nuevas tendencias de la investigación parametrizados por los entes de creación del conocimiento.

Comité Editorial

Revista Cuidado y Ocupación Humana
UNIPAMPLONA



Contenido

- **Impacto del coronavirus en la salud mental de los colectivos: Revisión Narrativa**
Hernández L.* & Peinado L.**
- **Estrategia educativa para prevención del dengue en comunidad de la Virginia Risaralda.**
Rincón Z.*, Rio S.** & Mora B.***
- **Estilos de vida saludable y sobrecarga académica de los estudiantes universitarios de enfermería.**
Gómez D.*, Martínez M.**, Pabucence J.*** & Peláez L.****
- **Nivel de estrés, ansiedad y depresión en habitantes de Cúcuta durante el confinamiento obligatorio por la pandemia covid-19.**
Villamizar L.* & Barrera E.**
- **Participación ocupacional y el disfrute del juego en la pedagogía hospitalaria una mirada desde terapia ocupacional.**
Mijares L.*
- **Características de soledad en personas adultas de centros geriátricos.**
Becerra T.*, Bedoya K.**, Tobón D.*** & Mora B****
- **Efectividad entre dos métodos uni-sensoriales: terapia auditivo verbal en comparación con la musicoterapia en niños con implante coclear**
Martínez J.* & García Carmen**
- **Artículo de reflexión, el terapeuta respiratorio durante la pandemia por SARS-COV2.**
Medina J.*



IMPACTO DEL CORONAVIRUS EN LA SALUD MENTAL DE LOS COLECTIVOS: REVISIÓN NARRATIVA

IMPACT OF THE CORONAVIRUS ON THE MENTAL HEALTH OF COLLECTIVES: NARRATIVE REVIEW

Para citar este artículo:

Hernández L. & Peinado L. (2022). Impacto del coronavirus en la salud mental de los colectivos: Revisión Narrativa. *Revista cuidado y ocupación humana Vol.11-1*

Ladini Sunanda Hernández Bello*

Enfermera, Mg Salud Mental.

Ladinihernandez3126@gmail.com

Orcid: 0000-0003-0179-1476

Lindsay Peinado Valencia**

Enfermera, Mg Educación.

jefaturadiscenfermeria@unisinucartagena.edu.co

Orcid: 0000-00020374-9397

Grupo Cuidado de la vida y salud, Universidad del Sinú Seccional Cartagena

RESUMEN

Introducción: la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 11 de marzo de 2020 declaró la pandemia por covid-19. Los esfuerzos gubernamentales se han concentrado en la ejecución de estrategias que promuevan la salud física de las personas y que prevengan los contagios con el virus. No obstante, se ha dejado de lado las implicaciones que tiene la pandemia en la salud mental de los colectivos. El objetivo es analizar el impacto de la pandemia por covid-19 en los diferentes colectivos de la sociedad de acuerdo a la evidencia científica disponible en la literatura. **Materiales y método:** Se realizó una revisión narrativa, se consultaron tres fuentes bibliográficas como Scielo, LILACS y Pubmed, para localizar los documentos publicados desde diciembre de 2019 a 20 de mayo de 2020. Se utilizaron las ecuaciones de búsqueda en español e inglés salud mental AND coronavirus, efectos del coronavirus AND salud mental. **Resultados:** se encontró que la ansiedad, la depresión, el estrés, trastornos del sueño y angustia son los síntomas más a florados durante la pandemia en población general y en los profesionales de la salud. Así mismo, se recopila el impacto de la pandemia en la salud mental de las personas diagnosticadas con trastorno mental y los cambios en la atención en salud mental. **Conclusión:** la pandemia por covid-19 impactó negativamente la salud mental de la población al generar un desajuste en los modos de vida, teniendo en cuenta consecuencias como el aislamiento, el desempleo y el aumento de la violencia intrafamiliar.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, covid-19, infección por coronavirus, trastornos mentales. Fuente DeCS

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) on March 11, 2020, declared the covid-19 pandemic. Government efforts have focused on executing strategies that promote people's physical health and prevent virus contagion. However, the pandemic mental health implications for collectives has been neglected. The objective is to analyze the impact of the covid-19 pandemic on different society groups according to the scientific evidence available in the literature. **Materials and method:** A narrative review was performed, three bibliographic sources were consulted such as Scielo, LILACS and Pubmed, to locate the published documents from December 2019 to May 20, 2020. The search equations "mental health AND coronavirus" and "Coronavirus effects AND mental health" was used both in English and Spanish, **Results:** Anxiety, depression, stress, sleep disorders and anxiety were found to be the most common symptoms during the pandemic in the general population and in health professionals. Likewise, the impact of the pandemic on the people mental health diagnosed with a mental disorder and the changes in mental health care are compiled. **Conclusion:** the covid-19 pandemic has negatively impacted population mental health by generating a mismatch in lifestyles, taking into account the consequences such as isolation, unemployment and increased intra-family violence.

KEY WORDS: Mental Health, covid-19, Coronavirus Infections, Mental Disorders. Source DeCS



INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019 se desató un brote por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en Wuhan China, la propagación del virus fue rápida, puesto que en pocos meses alcanzó extensión mundial. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 11 de marzo de 2020, declaró la pandemia por covid-19. Como respuesta, los gobiernos a nivel mundial desplegaron e implementaron una serie de medidas estrictas, entre ellas el asilamiento preventivo obligatorio y la prohibición de las aglomeraciones o grandes aforos de personas; estas buscan frenar la propagación del virus y aplanar la curva de contagios para preservar la vida de millones de personas. Sin embargo, estas medidas han impactado las dinámicas de vida de las personas, si se tiene en cuenta que hubo una resección laboral, económica y social¹¹.

Los esfuerzos gubernamentales se han concentrado en la ejecución de estrategias que promuevan la salud física de las personas y que prevengan los contagios con el virus, así como en la adquisición de dispositivos médicos, medicamentos y reactivos que aumenten la capacidad instalada de los servicios de salud y que permitan un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de las personas que resulten infectadas; también, se han implementado una serie de políticas que busquen mantener la empleabilidad, alivios financieros para empresas y personas naturales. Todas estas medidas resultan importantes para mitigar el impacto de la pandemia en la salud de las personas, no obstante, se ha dejado de lado las implicaciones que tiene la pandemia en la salud mental de los colectivos y en las intervenciones que se requieren para promover la salud mental de las personas y evitar sufrimientos emocionales. La evidencia sugiere que los sobrevivientes del tratamiento con UCI tienen un riesgo elevado de trastorno de estrés postraumático, depresión, trastornos del sueño, mala calidad de vida y disfunción cognitiva¹⁻².

Los miembros de la familia pueden experimentar angustia, miedo o ansiedad por la hospitalización de un ser querido, particularmente cuando las medidas de control de infecciones restringen las visitas³. Estar aislado en el hogar puede aumentar las

presiones familiares o financieras a medida que las consecuencias económicas del brote empeoran y conducen a un desequilibrio en la salud mental. Así mismo, el impacto psicológico de cualquier pandemia se ve reflejado en los profesionales de salud que enfrentan en primera línea el problema, según Seon Parka las enfermeras y los médicos involucrados en brotes globales como el SARS, el MERS y el ébola experimentaron un mayor agotamiento, estrés laboral y fatiga, menor satisfacción laboral y moral⁴.

Las personas pueden enfrentar desempleo, inestabilidad de la vivienda e inseguridad alimentaria mientras se intensifican las responsabilidades de cuidado de los niños o los miembros de la familia. Aquellos que experimentan trauma o violencia en sus relaciones íntimas de pareja y familia, incluido el trauma psicológico, pueden tener un mayor riesgo de victimización, en esta misma línea la evidencia ha demostrado que las personas en situaciones de crisis o durante desastres suelen experimentar perdurabilidad del trauma psicológico que se convierte en depresión, trastornos de ansiedad o abuso de sustancias a consecuencia de la pérdida de ingresos, la amenaza percibida para la vida y las lesiones personales^{3,5}.

Así mismo a medida que el coronavirus avanza, se presentan hechos de estigmatización por aquellas personas que tienen la enfermedad, fueron objeto de rechazo, aislamiento, crítica, e incluso violencia física, algunos han experimentado rechazo de la atención médica, el empleo y la educación⁴. Toda esta situación generada por la pandemia, hace que sea de interés reconocer las implicaciones que esta produce en los colectivos sociales. En este sentido, el objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la pandemia por covid-19 en los diferentes colectivos de la sociedad de acuerdo a la evidencia científica disponible en la literatura actual. De tal forma que sirva de insumo para encaminar esfuerzos hacia la promoción y mantenimiento de la salud mental de la población general y así mitigar las consecuencias negativas de la crisis en la salud de los colectivos.

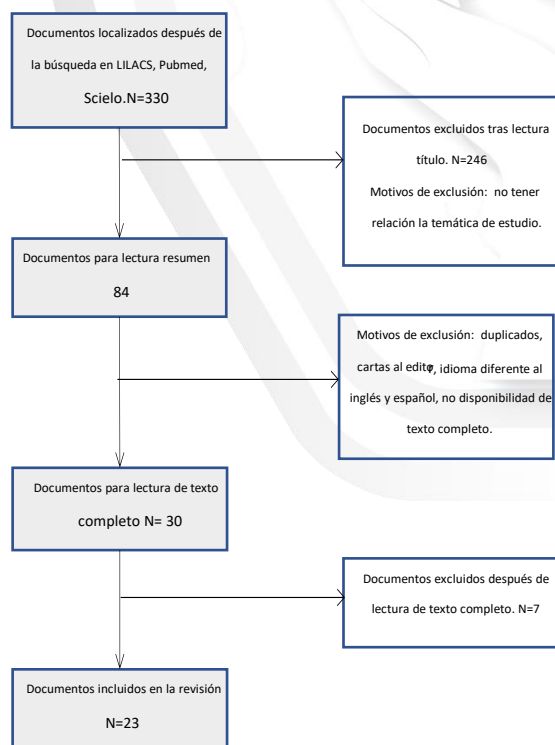


MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa, se consultaron tres fuentes bibliográficas como Scielo, LILACS y Pubmed, para localizar los documentos publicados desde diciembre de 2019 a 20 de mayo de 2020. Estos documentos podrían ser protocolos, guías, o artículos científicos sobre covid-19 y su impacto en la salud mental de las personas en general. Se utilizaron las ecuaciones de búsqueda en español e inglés salud mental AND coronavirus, efectos del coronavirus AND salud mental, coronavirus AND mental health y effects of coronavirus AND mental health. Se excluyeron aquellos documentos que pertenecían a cartas de editor o que no se pudiera acceder a texto completo.

Para la selección de los documentos se realizó lectura de título y resumen, aquellos que no abordaron el impacto del covid-19 en salud mental eran descartados, luego de exportar los documentos seleccionados por este cribado, se pasó a lectura de texto completo, lo que permitió la selección final (figura 1).

Figura 1. Esquema general de la revisión.



RESULTADOS

Se localizaron un total de 330 documentos de los cuales se incluyeron 23 documentos en esta revisión, cinco (5) artículos de reflexión, dos (2) revisión narrativa, cinco (5) estudios originales, siete (7) protocolos y cuatro (4) artículos cortos. La mayoría de los documentos (16) estaban publicados en idioma inglés, solo cuatro (4) en idioma español y dos (2) en portugués. Los documentos fueron protocolos, investigaciones originales y estudios de reflexión. El 78% de los estudios fueron realizados en los países europeos y asiáticos, solo cinco fueron realizados en Latinoamérica y estos correspondieron a protocolos diseñados por sus respectivas autoridades en salud.

Salud mental en población general

Ante una situación de crisis como la que se experimenta a nivel mundial a consecuencia por la pandemia de covid-19 y las medidas emitidas e implementadas por los gobiernos para evitar la propagación del virus, contener los contagios y atender a las personas afectadas; se ha generado rupturas y cambios en las dinámicas y modos de vida de las personas, por ejemplo el hecho de trabajar desde casa, el aislamiento obligatorio y el confinamiento de la población más vulnerable como los adultos mayores y niños, desencadena respuestas emocionales que pueden ser normales ante una situación de crisis, pero también se pueden presentar respuestas emocionales moderadas o graves que requieran mayor atención⁶. En los primeros días del brote de covid-19 en China, una encuesta encontró que el 53.8% de los participantes calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo, el 16.5% informó síntomas depresivos moderados a severos, 28.8% síntomas de ansiedad moderados a severos y el 8.1% informó niveles de estrés moderados a severos⁷.

La amplia cobertura de la pandemia por los medios de comunicación también ha influido en la respuesta física y psicológica del público ante la inminente amenaza contagio con una enfermedad infecciosa de aparente fácil transición y que puede llevar a muerte, puede amplificar su aprensión incluso cuando se usa para alentarlos a tomar medidas para protegerse del virus.



Lo cierto es que se ha demostrado el amplio y profundo impacto psicológico que pueden tener los brotes en las personas⁸. Para las personas sin enfermedad mental previa, un brote puede inducir síntomas psiquiátricos ante la experimentación de culpa, vergüenza o estigma por la cuarentena y en aquellos con enfermedades mentales preexistentes, su cuadro podría agravarse y causar angustia a sus cuidadores. Sin embargo, ambos grupos de personas experimentan miedo y ansiedad de enfermarse o morir, impotencia o culpar a quienes están enfermos, ataques de pánico y síntomas somáticos⁸. Un estudio realizado por González y cols⁹ en España en 3480 personas, encontró que había un alto nivel de angustia en los participantes, el 13,9% de la muestra declaró que tenían síntomas relacionados o compatibles con el covid-19, pero solo el 7% había dado positivo.

Así mismo los participantes sentían angustia a causa de la enfermedad de un familiar cercano (28.3%) y el 3% convivía con un pariente que había sido diagnosticado. Según Cyrus y cols⁷, aquellos que se someten a cuarentena prolongada pueden desarrollar síntomas depresivos, sumado el impacto negativo que la pandemia ha tenido en la economía. La soledad y la discriminación y sentimientos de poco apoyo social, interrupción del bienestar y la autocompasión se relacionan con síntomas estrés depresivo, ansioso y postraumático⁵.

Estrés, ansiedad y depresión

Las respuestas emocionales traumáticas y profundas en sociedades abrumadas por desastres humanos a gran escala, como enfermedades pandémicas mundiales, desastres naturales, tragedias provocadas por el hombre, conflictos de guerra o crisis sociales, pueden causar trastornos masivos relacionados con el estrés. En el 2007 después del ciclón en India el 30,6% de los niños y adolescentes desarrollaron estrés postraumático y en 2016 en Canadá el 29,1% de los evacuados después del incendio forestal también desarrollaron este trastorno¹⁰.

Ante la situación de pandemia por coronavirus actual, China como primer país afectado por el virus es el que ha desarrollado estudios primarios sobre el impacto de crisis sanitaria en la salud mental. Es así como Tan y cols¹¹ en 673 participantes en reporto que 10,8% (63),

concordaron con los síntomas para el trastorno por estrés postraumático y 21,7% (147) manifestaron estrés leve. Wang y cols¹² en su estudio longitudinal en 1406 participantes obtuvo una puntuación media de 7,76 en la primera medición y 7,86 en la segunda para el estrés según el instrumento utilizado. Por su parte, González y cols⁹ en España encontraron que los participantes de sus estudios cumplían con los síntomas de estrés postraumático, pero al hacer el modelo de regresión para la asociación de variable con la soledad, el apoyo social y la discriminación, la asociación no fue significativa.

No obstante, la manifestación de estrés leve o moderado o la experimentación de síntomas consecuentes con el trastorno de estrés postraumático son producto de las respuestas tempranas o tardías de un individuo ante una situación amenazadora o catastrófica. Esta se manifiesta con episodios de reexperimentación del trauma, embotamiento emocional, estado de hiperactividad y vigilancia, evitación de actividades relacionadas con el trauma (infección por covid-19) combinadas o no con expresiones de ansiedad o depresión¹³.

Los trastornos de ansiedad interfieren con el normal funcionamiento de la persona, se presentan como respuestas emocionales desbordadas continuas que requieren de intervenciones eficaces para su contención. Por su parte, la ansiedad puede presentarse de manera episódica como respuesta a una crisis mediante una fobia o ataque de pánico¹³. En el contexto del covid-19 puede intensificarse la experiencia de la ansiedad e incluso otros trastornos como el obsesivo compulsivo. Según Y Ni alrededor de una quinta parte 23.84% (376) de los encuestados informaron ansiedad probable¹⁴.

Otra de las consecuencias emocionales a raíz de la pandemia puede ser la manifestación de síntomas depresivos, la persona afectada presenta un estado de ánimo triste, pierde la capacidad de interesarse o disfrutar las actividades de la vida, insomnio, cansancio exagerado, desesperanza e ideas de fracaso o minusvalía, las cuales pueden afectar las relaciones familiares y sociales de la persona que la padece¹³. Y Ni y Cols en China encontraron que en los participantes de su



estudio (303) 19.21%, tenían depresión probable¹⁴; Wang también obtuvo puntuaciones medias para depresión dentro de sus participantes 6,25 en la primera medida y 6,38 en la segunda¹²; Tan reporto que solo 2,5% de sus participantes tenían depresión moderada¹¹. Por otro lado, González en España reporto que el 18,1% de sus participantes obtuvieron puntajes consecuentes con un trastorno depresivo, además mostro asociación significativa con las variables de soledad, apoyo social y discriminación⁹.

Algunas de las variables asociadas a los síntomas de ansiedad, estrés y depresión en tiempos de covid-19, es la soledad o el ser retirado es un predictor negativo mientras que ser estudiante es un predictor positivo para la depresión. Así mismo, el ser mujer y sentir que recibes demasiada información fueron predictores para la ansiedad, mientras que tener la información correcta era un protector contra esta sintomatología¹²⁻¹⁴. El papel de la información es fundamental para el bienestar psicológico, por lo que crear conciencia sobre el acceso a canales de información confiables para evitar noticias falsas, así como recurrir a profesionales de la salud para resolver dudas o proporcionar pautas para la acción, podrían ser una prioridad en términos de medidas a implementar en esta situación⁹.

Otras manifestaciones de importancia clínica en salud mental

Según un estudio realizado por Tan en China se encontró que las personas manifestaban preocupaciones moderadas a severas sobre su salud física (12.0%), ira e impulsividad moderadas a severas (3.6%), discriminación moderada a severa (3.0%), ideaciones paranoides moderadas a severas (1.3%) y alucinaciones auditivas moderadas a severas (1.0%). Así mismo, se encontró que la prevalencia del consumo moderado a severo de alcohol, la ideación suicida y la intención de lastimar a otros fueron afortunadamente <1%¹¹. Los síntomas mentales pueden aparecer en todas las poblaciones como niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, debido al cambio en las actividades, rutinas o modos de vida habituales de muchas personas, por lo que se espera que aumenten los niveles de soledad, depresión, consumo nocivo de alcohol y otras

sustancias psicoactivas y autolesiones o conducta suicida^{6, 10}. También se plantea el aumento del miedo e incertidumbre, disminución de la salud percibida, conductas sociales negativas impulsadas por el miedo y percepciones distorsionadas del riesgo, incluidas reacciones de insomnio, ira, conductas de riesgo para la salud como consumo de alcohol y tabaco y aislamiento social¹⁵.

Otras personas pueden experimentar incapacidad para afrontar los problemas, planificar el futuro o continuar con la situación presente o articularse con los cambios en la rutina diaria a causa de la pandemia, lo que se traduce en la aparición de trastornos de adaptación¹³. Por su parte, el aislamiento social, los conflictos, la tensión y estrés en el hogar producto del confinamiento instaurado como respuesta a controlar la pandemia, puede agudizar la violencia de género y la violencia dirigida a niños y adolescentes por sus padres, al colocar a estas personas sobre todo las mujeres en la imposibilidad de abandonar el domicilio ante una situación de riesgo o de violencia propiamente dicha, así mismo obliga a los niños y adolescentes a convivir con su maltratador más tiempo dentro del hogar. Es por esto que la intervención del personal de la salud debe estar encaminada para la detección, atención y referencia adecuada de las sobrevivientes de violencia para asegurar la salud y vida de estos colectivos¹⁶.

Por otro lado, el brote de covid-19 ha afectado la vida de muchas personas en todo el mundo. Los estudiantes universitarios también hacen parte de este colectivo que enfrenta sentimientos de incertidumbre y ansiedad sobre lo que sucederá con su proceso de aprendizaje, lo que traduce en grandes niveles de estrés y efectos desfavorables para la salud mental. Las universidades tienen la tarea de flexibilizar los currículos y de establecer mecanismos de clase y de evaluación de aprendizaje flexibles a mediano plazo para responder a las demandas de las medidas tomadas en torno a la pandemia. De tal forma, que los estudiantes no se atrasen en su proceso de formación como profesionales y minimizar el impacto negativo de la situación sobre la educación^{16,17}.

Sin embargo, se resalta que el aprendizaje en línea no es aplicable a todas las disciplinas como las áreas de la salud, las artes, música y



actividades que impliquen laboratorios. En tales casos, el profesorado puede simplemente calificar a los estudiantes en el trabajo que ya han hecho, realizar la virtualización de los contenidos teóricos que no requieren prácticas reales o suspender las clases hasta que la situación vuelva a la normalidad, lo cual implica atrasar los calendarios académicos¹⁷. No obstante, la prioridad de las universidades debe ser garantizar la seguridad y el bienestar de los estudiantes, al permitir que estos puedan expresar los sentimientos de ansiedad aumentados y de todo el personal que hace parte de esta instancia, para que en dado caso reciban el apoyo psicológico requerido¹⁶.

Salud mental en personas con trastornos mentales previos a la pandemia

Normalmente se ha destacado el riesgo del sufrimiento y las afectaciones de la salud mental de la población general, se ha resaltado la importancia de focalizarse en los grupos más vulnerables como los niños y adultos mayores, incluso los gobiernos han implementado medidas para mantener el bienestar físico y mental en estas poblaciones. En este sentido, se ha dejado de lado a la población diagnosticada previamente con un trastorno mental moderado o grave como aquellas personas enfermas por esquizofrenia, depresión mayor, trastorno afectivo bipolar, trastorno esquizoafectivo, entre otros, quienes pueden experimentar mayor susceptibilidad a las respuestas emocionales como miedo, ansiedad, estrés, depresión, así como el riesgo de recaída o empeoramiento de síntomas psicóticos¹⁸.

A esto se le suma el hecho de que estas personas están más en riesgo de contagiarse por el nuevo virus, si se tiene en cuenta que algunas personas con trastornos mentales sobre todo aquellos con trastornos graves pueden estar menos involucradas en las redes sociales y los medios de comunicación estándar, lo que hace probable que los mensajes de salud y conciencia de la crisis no se difundan bien dentro este colectivo o que no puedan encontrar información precisa que les permita organizar los comportamientos que reduzcan el riesgo de exposición e infección, lo que crea un riesgo para la salud pública general. También, algunas personas con trastorno mental muy grave se presenta un desafío a la hora de comprender y

cumplir con directivas complejas y medidas de precaución¹⁸.

Las personas con enfermedades mentales a menudo se ven cargadas no solo por su enfermedad sino también por el aislamiento, subempleo o desempleo, estado socioeconómico más bajo, menor nivel educativo y de alfabetización, deterioros cognitivos e inseguridad alimentaria, las cuales se ven agudizadas en medio de la crisis sanitaria, social y económica generada por el covid-19¹⁹. Además, las medidas de confinamiento en estas personas pueden resultar difícil, si se tiene en cuenta que algunos carecen de un lugar seguro, según una estimación por Folsom²⁰, el 20% de los pacientes con esquizofrenia y el 17% de los pacientes con trastorno bipolar no tienen hogar.

Es por esto que algunas personas con trastorno mental residen en entornos comunitarios como refugios, unidades psiquiátricas y hogares grupales, donde puede existir un mayor riesgo de contagio, como ocurrió en Corea del Sur, donde 101 de 103 pacientes en una unidad psiquiátrica contrajeron covid-19 y 7 murieron²¹. En un centro de salud mental de Wuhan se informó que 50 pacientes psiquiátricos sufrieron covid-19. Similar en Nueva York, donde se descubrió que las personas con trastorno mental grave que viven en hogares grupales tenían 5.3 veces más probabilidades que la población general de desarrollar covid-19 y 4.9 veces más probabilidades de morir a causa de él²².

El distanciamiento social también causa que el acceso a los centros de tratamiento y apoyo en salud mental sea limitado, incluido los proveedores de salud mental, los programas diurnos, las casas clubs u hospitales día, las consultas por psiquiatría y los servicios de relevo administrados por pares^{18,23}. Lo que crea una barrera importante para que las personas con trastorno mental puedan acceder y continuar con los servicios de salud mental ambulatorio que le permiten tener un tratamiento adecuado para estabilizar los síntomas de cualquier índole en la esfera mental y restringe el acceso a los programas de rehabilitación, lo que puede influir en la pérdida de las ganancias adquiridas por los



tratamientos, recaídas o crisis y exacerbación de las respuestas emocionales²³.

También, las rutinas al interior de los servicios de hospitalización en salud mental fueron cambiadas como el hecho de que los pacientes psiquiátricos tuvieron que permanecer en salas cerradas, se suspendieron las terapias grupales que requieren contacto, se cancelaron las visitas familiares por temor a la transmisión del nuevo coronavirus y la implementación de protocolos de bioseguridad estricta para evitar los contagios dentro de las instituciones²³.

Salud mental en profesionales de la salud

En el caso de los profesionales de la salud, mientras las personas en general se preparan para el aislamiento, cierre o desaceleración en las actividades diarias, estos se preparan para sin duda el aumento exponencial de la demanda de atención médica, se enfrentan a largos turnos de trabajo, a menudo con pocos recursos e infraestructura precaria, sumado a esto, la necesidad de usar equipo de protección personal (EPP) que pueda causar molestias físicas y dificultad para respirar^{5,24}. Además, muchos profesionales pueden sentirse poco preparados para llevar a cabo la intervención clínica de pacientes infectados, si se tiene en cuenta que del nuevo coronavirus se sabe poco lo que impide el empleo de protocolos o tratamientos clínicos bien establecidos. También, existe el temor a la autoinoculación, la posibilidad de propagar el virus a sus familiares, amigos o colegas. Esto puede llevarlos a aislarse de su familia, cambiar su rutina y reducir su red de apoyo social^{24,25}. Estos factores pueden dar lugar a diferentes niveles de presión psicológica, lo que puede desencadenar sentimientos de soledad e impotencia, o una serie de estados emocionales disfóricos, como estrés, irritabilidad, fatiga física y mental y desesperación. La sobrecarga de trabajo y los síntomas relacionados con el estrés asociados a la pandemia hacen que los profesionales de la salud sean especialmente vulnerables al sufrimiento psicológico, lo que aumenta la posibilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos²⁵.

Todo esto constituye a los profesionales de la salud como una población en alto riesgo de desarrollar sufrimientos emocionales, por lo que

las autoridades en salud, también deben enfocar sus esfuerzos en proteger la salud mental y física de los médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios y demás trabajadores que hacen parte de la primera línea de defensa contra el covid-19^{5,24,25}.

Un estudio realizado en Brasil en 799 trabajadores en general, encontró que el 14.4% de los participantes eran profesionales de la salud con actividades hospitalarias como médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y psicólogos. El 70% de los participantes informaron haber estado bajo monitoreo de salud mental en algún momento de sus vidas o estar actualmente y casi el 25% tenía un diagnóstico de trastorno mental. El factor de riesgo predominante fue ser mujer con tres veces más probabilidades que los hombres (OR = 2.73; $p < 0,01$), mientras que como factor protector principal fue ser profesional de la salud, quienes tenían un 40% menos de probabilidad en comparación con las otras profesiones presentadas (OR = 2.24; $p < 0.05$). Sin embargo, es importante señalar que el 74.8% de estos profesionales de la salud estaban bajo distanciamiento social, es decir, no trabajaban directamente en sus profesiones²⁶.

Contrariamente un estudio realizado por Lai y Cols en Wuhan China en 1830 profesionales de la salud, reveló que el 50,4% (634) tenía depresión, 44,6% (560) ansiedad, 34,0% (427) insomnio y 71,5% (899) angustia. Así mismo, la proporción de síntomas de depresión severa en médicos vs enfermeras fue 24 (4,9%) vs 54 (7,1%) y la proporción de angustia entre los que residían en Wuhan vs Hubei (fuera del área de Wuhan), fue de 96 (12,6%) vs 19 (7,2%), todas con $P < .001$. Lo que quiere decir que las enfermeras son los profesionales con más niveles de sufrimiento psíquico por estar en la primera línea de exposición con el paciente y que aquellos profesionales que residen dentro de la ciudad foco de la pandemia muestra mayores niveles de sufrimiento mental que quienes viven por fuera de la ciudad²⁷.

Ante este panorama, es importante implementar estrategias para evitar que los profesionales de la salud padezcan de síntomas que afecten su salud mental. En este sentido, el Ministerio de Salud de Perú²⁵, diseñó un protocolo para el cuidado y la promoción del autocuidado de la



salud mental de los trabajadores de la salud. Algunas recomendaciones para esta población, es que puedan contar con una infraestructura adecuada, incluyendo áreas suficientes de descanso para los profesionales y pausas activas saludables que eviten el estrés y la sobrecarga laboral; materiales e insumos médicos suficientes que brinden seguridad y que reduzcan el riesgo de contagio para minimizar la angustia y la preocupación; garantizar los derechos laborales y la satisfacción de las necesidades básicas; reconocimiento oportuno de profesionales con sufrimiento mental y derivación inmediata a atención por psicología o psiquiatría²⁵.

Atención en salud mental

Universalmente, existen amplias brechas en la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales y estas brechas tienden a ampliarse durante las emergencias humanitarias o sanitarias debido a la interrupción de los sistemas de salud²⁸. La pandemia por covid-19, también ha impactado los servicios de salud y por ende la atención en salud mental, ha habido un cierre de los servicios ambulatorios como los hospitales día, restricciones en las citas y controles por psiquiatría, necesidad de aislar a los pacientes con trastorno mental hospitalizados en instituciones que no tienen una infraestructura adecuada para el control de infecciones, las unidades psiquiátricas que están dentro de hospitales que atienden pacientes con coronavirus, han habilitado las unidades de salud mental para la atención de estos pacientes²⁹.

Estos cambios han hecho que se reduzcan las internaciones en centros de atención mental, sin embargo, para aquellas personas que requieren urgente la hospitalización, resulta relevante la aplicación de los protocolos sanitarios establecidos por las autoridades en salud en las instituciones psiquiátricas que continúen con la internación de pacientes. En general, los protocolos incluyen la suspensión de las visitas presenciales, la adecuación de habitaciones para el aislamiento de pacientes en caso que se presente un caso al interior de la institución, la capacitación y actualización del personal en la identificación de casos sospechosos, es decir aquellos que presenten síntomas respiratorios o fiebre para su correcto manejo, todo paciente

con sintomatología respiratoria deberá aislarse para reducir la circulación del virus al interior de la institución y derivar al paciente sospechoso³⁰.

No obstante, habrá un sinnúmero de personas que requerirán de otro tipo de intervenciones y tratamientos, pues la hospitalización no es la única manera. Es por esto que los sistemas de atención médica nacional e internacional han evolucionado durante la emergencia sanitaria a proporcionar una atención mediante las modalidades virtuales en lo que se conoce como telesalud, telemedicina o tele-orientación, con lo que se busca que los pacientes con trastorno mental diagnosticados previamente o con síntomas que afecten la salud mental puedan acceder de manera continua a servicios ambulatorios en psiquiatría y salud mental³¹.

Esto ha generado cambios importantes en las dinámicas de atención de la salud mental, debido a que se ha requerido un ajuste en la programación de la atención como aprender a utilizar los servicios basados en la cámara web, teléfonos inteligentes o computadoras, encuentros telefónicos, quienes se han convertido en un estándar de atención; así mismo el adiestramiento de los profesionales de la salud y de los pacientes en el uso tecnologías para dar continuidad a los servicios y satisfacer las necesidades de los pacientes²⁹.

Estas transiciones han sido muy bien recibidas, pero a veces también son un desafío, especialmente cuando la tecnología requerida es lenta para conectarse, fallas de funcionamiento, hay una violación de seguridad y pérdida de la confidencialidad, cuando los pacientes no están familiarizados o no pueden acceder a los recursos tecnológicos como teléfonos inteligentes e internet de buena velocidad y cuando no ha habido una buena adaptación por preferencia a las citas o encuentros presenciales²⁹.

Algunas experiencias en el mundo sobre el uso de otros medios tecnológicos para la atención y tratamiento, según Agyapong²⁸ es la utilización de mensajes de texto de apoyo para la salud mental de la población. Esta herramienta alternativa logró demostrar la reducción de los síntomas de depresión en dos ensayos controlados aleatorizados (tamaños de efecto: Cohen 'sd = 0,85 21, Cohen ' sd = 0,67 22). Así



mismo en 2 encuestas de satisfacción de usuarios, más del 80% de los suscriptores de programas similares informaron que los programas con mensajes de texto mejoraron su salud mental. Durante la pandemia este programa fue implementado en la ciudad de Alberta con resultados positivos en la salud mental de las personas en general²⁸.

Otra alternativa es la divulgación de consejos que ayuden a las personas a mantener su salud mental, los cuales incluyen la expresión de sentimientos perturbadores como el miedo y la tristeza a profesionales que brinden primeros auxilios psicológicos; participar en actividades creativas; en el caso de los niños y adolescentes proporcionarles un ambiente seguro y que estos no se separen de sus padres y cuidadores, así como permitirles la expresión de sus miedos, inquietudes y emociones; mantenimiento de las relaciones interpersonales mediante herramientas tecnológicas; organización y mantenimiento de las rutinas diarias en la casa^{32,33}.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la revisión de evidencia realizada, la pandemia por covid-19 han impactado negativamente la salud mental de la población al generar un desajuste en los modos de vida. La literatura es clara en señalar que las circunstancias de pandemia generan en la población trastornos de sueño, ansiedad, depresión y estrés. Así mismo, es común la limitación en los sistemas de salud y más específicamente en los servicios de salud mental, puesto que los esfuerzos gubernamentales se concentran en proteger a la población de la propagación y contagio con el virus. En este sentido es fundamental el despliegue de estrategias integrales que permitan abordar la falta de acceso a servicios psiquiátricos, mediante el uso de la inteligencia artificial, la tele psiquiatría y una variedad de nuevas tecnologías, como herramientas y servicios de salud mental computarizados basados en Internet, para ayudar a contrarrestar el efecto de la pandemia sobre la salud mental, sobre la población en general de diferentes grupos etarios, profesionales de la salud y personas con diagnóstico previo de trastornos mentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Choi K, Heilemann M, Mead M. A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *Rev Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2020. <https://doi.org/10.1177/1078390320919803>
2. Minihan E, Gavin, B Brendan K, McNicholas F. Covid-19, Mental Health and Psychological First Aid Elisha. *Rev Irish Journal of Psychological Medicine*. 2020 DOI: 10.1017/ipm.2020.41
3. Jakovljevic M, Bjedov S, Jaksic N e Jakovljevic I. Covid-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. *Rev Psychiatria Danubina*, 2020; Vol. 32, No. 1, pp 6-14 <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.6>
4. Ji-Seon Parka, Eun-Hyun Leeb, No-Rye Parkc, Young Hwa Choid. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Rev Elsevier Inc. Archives of Psychiatric Nursing* 32 (2018) 2–6
5. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. 2020.
6. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel R. Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Rev Cureus* 2020, 12(3): e7405. DOI 10.7759/cureus.7405
7. Cyrus SH, Yi Cornelia, CM Ho Roger. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Rev Annals, Academy of Medicine*, Singapore. 2020, 49(3).
8. Ministerio de Salud de Brasil. Salud mental y atención psicosocial en la pandemia covid19, 2020.
9. Gonzalez C, Ausin B, Castellanos M, Saiz J, Lopez A, Ugidos C y Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Rev Elsevier*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
10. Krešimir O, Siniša P, Šarlija M y Kesedži I. Impact of human disasters and covid-19 pandemic on mental health: potential of



- digital psychiatry. *Rev Psychiatria Danubina*, 2020; Vol. 32, No. 1, pp 25-31.
11. Tan W, Haoc F, McIntyred R, Jiange L, Jiange X, Zhangc L, Et al. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Rev Elsevier Inc*, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>
 12. Wang C, Pana R, Wana X, Tana Y, Xua L, McIntyre R, Et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Rev Elsevier Inc*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
 13. Ministerio de Salud Perú. Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del covid-19. 2020. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
 14. Y Ni Michael, Yang Lin, MC Leung Candi, Li Na, Yao Xiaoxin, Wang Yisahan, Leung Gabriel, Et al. Salud mental, factores de riesgo y uso de las redes sociales durante la epidemia de COVID-19 y el cordón sanitario entre la comunidad y los profesionales de la salud en Wuhan, China: encuesta transversal. *Rev JMIR Publications*. 2020, 7 (5). Disponible en: <https://mental.jmir.org/2020/5/e19009/>
 15. Ministerio de Salud Argentina. Recomendaciones para el cuidado de las personas internadas por motivos de salud mental, en establecimientos públicos y privados, por caso sospechoso o confirmado por covid-19. 2020.
 16. Ministerio de Salud Argentina. COVID-19 Recomendaciones sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia, 2020.
 17. Sahu P (04 de abril de 2020) Cierre de universidades debido a la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): impacto en la educación y la salud mental de los estudiantes y el personal académico. *Rev Cureus* 12 (4): e7541. DOI 10.7759 / cureus.7541
 18. Shen Li y Yong Zhang. Salud mental para pacientes psiquiátricos hospitalizados durante la epidemia de COVID-19. *Rev Psiquiatría general* 2020; 33: e100216. doi: 10.1136 / gpsych2020-100216
 19. Moore C, Depp C, Harvey P, Pinkham A. Implementing a Protocol to Assess Real-Time Mental Health Challenges of COVID-19 in Individuals with Serious Mental Illnesses 2020.
 20. Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Rev Am J Psychiatry*. 2005;162(2):370-376.
 21. Kim MJ. How a South Korean psychiatric ward became a “medical disaster” when coronavirus hit. *Rev Washington Post*. February 29, 2020.
 22. Hakim D. “It’s hit our front door”: homes for the disabled see a surge of Covid-19. *Rev New York Times*. April 8, 2020
 23. Shinn A y Viron M. Perspective on the Covid-19 pandemic and individuals with serious mental illness. *Rev J Clin Psychiatry*, 2020 81(3). 20.
 24. Ornell F, Chwartzmann S, Henrique F, Corrêa J. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Rev Saúde Pública* 2020; 36(4). doi: 10.1590/0102-311X00063520
 25. Ministerio de Salud Peru. Cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del covid - 19, 2020.
 26. Quadros Michael, da Silva Manuela, Palmeiro Carolina, Portella Jaqueline, Marcelli Clarissa. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 2020.
 27. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Rev JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
 28. Agyapong V. Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Health System and Community Response to a Text Message (Text4Hope) Program Supporting Mental Health in Alberta. *Rev Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2020 at 17:18:53. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.114>
 29. Bojdania E, Rajagopalana, Chena A, Gearina P, Olcott W, Shankar V. COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Rev Psychiatry Research*.



2020

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>

30. Ministerio de Salud Argentina. Recomendaciones para el cuidado de las personas internadas por motivos de salud mental, en establecimientos públicos y privados, por caso sospechoso o confirmado por covid-19. 2020.
31. Girolamo G, Cerveri G, Clerici M. Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency—The Italian Response. *Rev JAMA Psychiatry*. 2020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
32. Ministerio de Salud Argentina. COVID-19 Recomendaciones sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia, 2020.
33. Molinelli F, Barredo A. Recomendaciones clínicas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en personal de salud en el marco de la pandemia por covid-19.
34. Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud E Investigación, 2020.



ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN COMUNIDAD DE LA VIRGINIA RISARALDA

EDUCATIONAL STRATEGY FOR DENGUE PREVENTION IN THE COMMUNITY OF VIRGINIA RISARALDA

Para citar este artículo:

Rincón Z., Río S. & Mora B. (2022). Estrategia educativa para prevención del dengue en comunidad de la Virginia Risaralda. *Revista cuidado y ocupación humana Vol.11-1*

Enf. Zharick Rincón Bermúdez*
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4829-4258>

Enf. Sara Del Rio Machado**
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9142-7971>

Mg. Enf. Barbara de las Mercedes Mora Espinoza***
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9697-5715>

Fundación Universitaria del Área Andina.
bmora@areandina.edu.co

RESUMEN

El dengue es una enfermedad viral aguda transmitida por vectores de mayor relevancia a nivel global (World Health Organization, 2022). En las últimas décadas se registra una tendencia creciente en el número de casos y de países afectados, así como epidemias con mayor frecuencia y magnitud. El dengue se ha convertido en una de las enfermedades de mayor impacto epidemiológico, social y económico para la salud pública a nivel mundial. **Objetivos del trabajo.** Identificar una estrategia educativa necesaria para la prevención de infecciones provocadas por Arbovirus dengue en una comunidad de La Virginia Risaralda 2022 **Metodología.** Estudio de tipo descriptivo y propositivo. **Resultados y propuesta educativa.** Los serotipos de dengue con más prevalencia en los casos notificados fueron: DENV-1, DENV-2 y DENV-3, se evidenció un mayor porcentaje de casos sospechosos pero no confirmados, el género masculino tuvo mayor cantidad de casos que el femenino, el grupo etario que más casos presentó fue entre 10 a 30 años y en el año 2019 se presentó la mayor cantidad de casos, datos obtenidos de la Base de datos, Gobernación de Risaralda ASIS, SIVIGILA, información de casos presentados por año en el municipio de La Virginia Risaralda durante un periodo de tiempo de cuatro años, (desde 2019 hasta marzo del 2022). Esta fue la información que se consideró necesaria para definir la estrategia de intervención educativa que condujo a cambios de prácticas socio sanitarias que controlen los factores de riesgo ambiental y comunitarios frente al ciclo de desarrollo y contagio por Dengue. **Conclusiones.** La educación es la estrategia fundamental cuando se quiere desaprender para reaprender, que es lo necesario para modificar conductas o hábitos que son factores modificables, como en este estudio, cambiar hábitos insalubres por hábitos sociosanitarios saludables.

PALABRAS CLAVES: Virus, dengue, estrategia educativa, prevención, comunidad.

ABSTRACT

Dengue is a vector-borne viral disease of greater relevance globally (World Health Organization, 2014). In recent decades, there has been a growing trend in the number of cases and affected countries, as well as epidemics with greater frequency and magnitude. Dengue has become one of the diseases with the greatest epidemiological, social, and economic impact on public health worldwide. **Objectives.** To identify an educational strategy necessary for the prevention of infections caused by dengue Arbovirus in a community of La Virginia Risaralda 2022 **Methodology.** Descriptive and propositional study. **Results and educational proposal.** The most prevalent dengue serotypes in the reported cases were: DENV-1, DENV-2 and DENV-3, a higher percentage of suspected but unconfirmed cases was evidenced, the male gender had a greater number of cases than the female gender, the age group that presented the most cases was between 10 to 30 years old and in 2019 the largest number of cases were presented, data obtained from the Database, Government of Risaralda ASIS, SIVIGILA, information on cases presented per year in the municipality of La Virginia Risaralda for a period of four years, (from 2019 to March 2022). This was the information that was considered necessary to define the educational intervention strategy that led to changes in socio-sanitary practices that control environmental and community risk factors against the cycle of development and contagion by Dengue. **Conclusions.** Education is the fundamental strategy when you want to unlearn to relearn, which is what is necessary to modify behaviors or habits that are modifiable factors, as in this study, changing unhealthy habits for healthy social-health habits.

KEYWORDS: Virus, dengue, educational strategy, prevention, community.



INTRODUCCIÓN

La infección provocada por dengue es una enfermedad viral aguda que puede afectar a cualquier persona sin importar su grupo etario, sin embargo, suele dar en su gran mayoría a niños o adultos mayores. El ciclo de transmisión del mosquito empieza en su edad adulta cuando son capaces de volar adquiriendo la infección del dengue para propagar a las personas o propagando la infección del dengue ya adquirida. De acuerdo con el ministerio de salud en su boletín epidemiológico semanal la tasa de infección por dengue en Risaralda de acuerdo con el boletín epidemiológico, semana 12 de 2022, indica que se presentaron 39 casos de dengue y 40 casos de dengue grave; se considera que el dengue es endémico en una gran cantidad de países (Minsalud, 2022 pág. 12), especialmente tropicales y subtropicales con características ambientales en ciudades con temperaturas templadas (25-28° C).

Esta infección se transmite por medio de la picadura de un mosquito “*Aedes Aegypti*” que se encuentra infectado por alguno de sus serotipos del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 Y DENV-4), ellos ponen sus huevos en depósitos de agua limpia en cualquier recipiente que esté a la intemperie o en los hogares y que puede almacenar agua, por ejemplo, tanques de agua, macetas, llantas y juguetes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Después de propagar el virus en el hospedero la infección por dengue se esparce y puede generar varios síntomas, aunque algunos son más constantes, entre ellos se encuentran: Fiebres altas, erupciones en forma de petequias en la piel, cefalea, dolor retro ocular, náuseas acompañadas de emesis, mialgias y artralgias (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

En Colombia el dengue representa un problema prioritario en salud pública debido a su reemergencia y a la intensidad de su transmisión, la cual tiene una tendencia al crecimiento, lo señalado, se reafirma cuando se analiza el aumento de la frecuencia de brotes de dengue grave la circulación simultánea de diferentes serotipos; más del 90 % del territorio nacional que está situado por debajo de los 2200 m.s.n.m. infectado de dengue a causa del *Aedes Aegypti*; la introducción de *Aedes Albopictus*, la urbanización de la población por

problemas de violencia y el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, entre los que se destaca la epidemia de 1977 y la de los años 2002, 2007 y 2010. La epidemia del 2010 se considera como la más grande registrada en Colombia con más de 150 000 casos confirmados, 217 muertes y circulación simultánea de los cuatro serotipos (OMS, 2021).

Además la Organización Mundial de la Salud, evidencia un aumento significativo frente a la incidencia del dengue a nivel mundial, una gran parte de los casos que se presentan son asintomáticos o con síntomas poco notorios que la misma persona puede tratar en casa, por ende, son casos que no se informan de manera oportuna; cuya notificación de casos también se ve afectada por diagnósticos erróneos relacionados con otras patologías febriles, como por ejemplo, con el covid-19, evidenciando confusiones en el diagnóstico, dado por sintomatología similar.

El virus del dengue suele desarrollarse en estas condiciones, como sucede en el municipio de La Virginia, Risaralda, calificada como endémica porque se encuentra ubicada en una zona de humedales, donde ciertas comunidades han invadido laderas del río o con factores ambientales que generan riesgo, situación desencadenada por factores socioeconómicos y culturales; las condiciones anteriormente mencionadas, suelen convertirse en desencadenantes de factores de riesgo para la proliferación de la infección por dengue; por esta razón, se evidencia la importancia de intervenir a la comunidad de una manera directa mediante alguna estrategia con el fin de sensibilizar y utilizar herramientas apropiadas a la comunidad en pro de la prevención de la infección provocada por dengue.

En consonancia con lo señalado, como estrategias y programas de control del dengue Álvarez Escobar, M. C., et. al, 2018, propone que los programas en estrategias de control de vectores, el aumento de la población, las zonas de invasión, la deficiencia en la infraestructura en salud y factores sociodemográficos relacionados con los determinantes sociales en salud, en varios países es un tema latente para que esta enfermedad se prolifere de una manera significativa. Agrega que, para la prevención



efectiva del dengue, las entidades sanitarias deben tener un apoyo multidisciplinario y multisectorial, articuladas con entes territoriales, con el fin de crear y fortalecer estrategias para disminuir la incidencia de la infección por dengue en la comunidad; por esta razón, es necesario trabajar con la comunidad de una manera directa mediante estrategias que prevengan o eviten los factores de riesgo.

Con base en lo descrito en este estudio se pregunta: “¿Cuál es la estrategia educativa necesaria para la prevención del dengue en una comunidad de La Virginia?” La hipótesis central es que la implementación de una estrategia educativa en la comunidad aportará herramientas que regulen el contagio de la infección causada por dengue. En este sentido, Shafique M, et al (2019) señalan necesario sensibilizar a la comunidad y enseñar formas innovadoras de prevención, dando herramientas a la comunidad, siendo lo más adecuado para llegar a ella las estrategias educativas en un trabajo articulado con las personas que permita cambiar comportamientos inadecuados de salud.

El objetivo de este estudio fue identificar una estrategia educativa adecuada para la prevención de infecciones por dengue en una comunidad de La Virginia Risaralda 2022, reconociendo algunas características del dengue en la comunidad de La Virginia que determinará, la estrategia de intervención.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio de tipo cualitativo, con algunos elementos cuantitativos de abordaje descriptivo y propositivo. Es cualitativo porque se enmarcó en una estrategia educativa para la prevención del dengue, también es descriptivo porque describió algunas variables sociodemográficas, epidemiológicas y ambientales y propositivo porque se propuso una estrategia educativa.

En lo descriptivo se tomó datos sociodemográficos y epidemiológicos que definieron los contenidos de la estrategia educativa y en lo propositivo se respondió de acuerdo con la pregunta de investigación con una estrategia de co-creación donde se determinó la actividad educativa adecuada para

la prevención del dengue en la comunidad. La población que se intervino fue La Virginia, quien tiene condiciones hidrológicas, ambientales y socio sanitarias para la permanencia del dengue, con una población de 30.095 habitantes, y según el Plan de Ordenamiento Territorial (POT, 2021), las áreas urbanas que están expuestas a riesgos naturales de tipo hidrológicos son los barrios de San Carlos, El Progreso, Alfonso López y las áreas por debajo de la cota de inundación de los barrios: El Edén, San Fernando, La Playa, Buenos Aires, Bavaria, Las Américas y San Antonio; estas áreas suman un total de 45.750 Habitantes, cercana a la margen del río Cauca y Risaralda, con familias en diferentes cursos de vida que habitan en condiciones socioambientales no seguras y muchas Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), información de la secretaría de salud Gobernación de Risaralda en base datos sobre notificación de ficha individual para dengue, en año 2019 a marzo de 2022.

Según San Martín, J. L y Brathwaite, O. (2007).

“Indica que la Estrategia EGI-dengue es un modelo de gestión que tiene como objetivo fortalecer los programas nacionales con vistas a reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga social y económica generada por los brotes y las epidemias de dengue”. (Pág. 2). Se propone este modelo de gestión integrado con un grupo técnico de trabajo sobre el dengue en la región, que va en busca de la disminución de factores de riesgo implementando la modificación de conductas individuales y colectivas en torno a la prevención tanto dentro como fuera del sector salud, así mismo ayuda a trazar estrategias nacionales sostenibles que puedan diseñar por autoridades de cada país.”

Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2006) basándose en los fundamentos de la EGI, convoca a elaborar y ejecutar planes nacionales y subregionales integrados que permitan trazar una estrategia nacional sostenible, diseñada por las autoridades y los especialistas de cada país con la cooperación técnica del GT-dengue internacional. Estas estrategias nacionales y regionales deben tener un enfoque inter-programático, integrado e intersectorial, basado



en una nueva práctica, que permita evaluar y dar continuidad a las acciones con recursos nacionales.

La Estrategia educativa con la propuesta de co-creación de acuerdo al equipo de connectingbrains (2015), explica el método cuya esencia es el modo de trabajo olvidando el trabajo individual, y a cambio reunir a todas las personas que les compete la solución de un problema, como convocar a distintos expertos para así mismo solventar en equipo, el desafío que tienen en frente, debatiendo el problema con base al conocimiento y experiencia, sumado el pensamiento creativo de los implicados y llegando a cabalidad con un plan de acción que les permita solucionar el reto. Se utiliza el lienzo de co-creación como una herramienta que permita una estrategia dinámica para la aplicación de la resolución del problema que es creado a través del autor del Lienzo Lean Canvas por Ash Maurya que así mismo, está basado en el Canvas modelo de negocios diseñado por Alex Osterwalder.

También se emplea la metodología del Design thinking que, según Cifuentes, A. G. (2019) Es una metodología para generar ideas innovadoras que centra su eficacia en entender y dar solución a las necesidades reales de los usuarios, en donde se es partícipe por medio de interacción con prototipos o MVP (Mínimo Producto Viable) para errar rápido y económico con los cuales se obtiene feedback, mejoras e ideas de solución, que impactan positivamente a los usuarios supliendo sus necesidades reales. (Párr. 2)

La propuesta de co-creación es una metodología de trabajo sinérgica con un equipo que tiene diferentes experiencias, conocimiento y habilidades con ideales innovadores que se congregan a disertar y así tomar decisiones sobre la problemática expuesta con ayuda de prototipos y esquemas teniendo una retroalimentación óptima interdisciplinaria para converger en el objetivo y ejecutar el plan de acción.

Población y muestra

La población objeto para la intervención educativa fue inicialmente extraída de las bases de datos de la Gobernación de Risaralda con

299 personas y la muestra que se determinó necesaria para la intervención que se tomó tuvo como requisito el diagnóstico de dengue confirmado con 277.

Técnicas e instrumentos

La fuente de información fundamental para el desarrollo del estudio fueron las bases de datos de la Gobernación de Risaralda con todos los datos en un Excel desde el año 2019 hasta la semana epidemiológica 3 del año 2022 del municipio de La Virginia.

Este estudio constituye un aporte de la disciplina a grupos en cursos de vida extremos, como la niñez y el adulto mayor bajo condiciones de riesgo por infección del dengue, implementando la estrategia educativa que fomenta la promoción de comportamientos sociosanitarios y la prevención de factores modificables para esta morbilidad, además, de ser una respuesta frente al tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible en Salud y Bienestar.

Esta propuesta se hace para una comunidad del municipio de la Virginia que presenta mayor cantidad de casos de dengue, para lo cual se tomó como referente las características descriptivas de esta población. La propuesta se realiza con base en una estrategia visual conocida como lienzo de co-creación, con características similares a una infografía donde se ilustra algunos elementos contextuales de la comunidad, características del virus como de la misma enfermedad, medios de contagio; todos los elementos que permiten ilustrar, informar y transmitir cuidados para la prevención del dengue.

RESULTADOS

De acuerdo con la base de datos brindada por la Secretaría de Salud del municipio de Risaralda, en el periodo de tiempo 2019 – 2022, notificado por el Instituto Nacional de Salud Pública de Colombia (INS, 2022), los serotipos de dengue con más prevalencia fueron: DENV-1, DENV-2 y DENV-3.

Frente al informe de cada caso, los grupos se clasificaron según algunas características sociodemográficas, como lo son género y edad, y epidemiológicas, como casos de dengue que fueron divididos en cuatro grupos: el grupo (0)



sospechosos, pero no confirmados, con un total de 145 casos, grupo (3) confirmados por laboratorio con un total de 117, grupo (6) no

confirmados con un total de 22 casos y grupo (7) Otras actualizaciones (confirmados que se actualizan) con 15 casos y presentados por año con un total de 299 casos recolectados hasta el mes marzo del año 2022, (**Ver tabla 1**).

Tabla 1.
Tipos de caso clasificados según ficha de notificación individual para dengue.

Tipo de caso	Fr	%
Casos confirmados por laboratorio (3)	117	39%
Casos sospechosos, pero no confirmados (0)	145	48%
Otras actualizaciones (casos confirmados que se actualizan) (7)	15	5%
Casos descartados (6)	22	7%
Total	299	100%

Fuente: Base de datos, Gobernación de Risaralda ASIS, SIVIGILA

Con base al análisis de la notificación por casos en La Virginia Risaralda fue prevalente en el género masculino con 127 personas, lo que se evidencia en un 54,2% de los casos, y el género femenino con 150 personas con un porcentaje de 54,2%, (**Ver tabla 2**)

Tabla 2.
Clasificación por género de personas con posible diagnóstico de dengue.

Género	Fr	Porcentaje %
Femenino	127	45,8%
Masculino	150	54,2%
Total	277	100%

Fuente: Base de datos, Gobernación de Risaralda ASIS - SIVIGILA

El grupo de edad con más casos notificados fue el periodo de 10 a 30 años con 156 casos, evidenciado en un porcentaje de 56,3%, en segundo lugar, personas menores de 10 años con 94 casos, evidenciado en un porcentaje de 33,9%, personas de 30 a 50 años con 17 casos,

evidenciado en un porcentaje de 6,1% por último, personas mayores de 50, años con un porcentaje de 3,6%, (**ver tabla 3**)

Tabla 3.
Personas con diagnóstico de dengue por grupos de edad.

Edad	Frecuencia	%
< 10 años	94	33,9%
De 10 a 30 años	156	56,3%
De 30 a 50 años	17	6,1%
>50 años	10	3,6%
Total	277	100%

Fuente: Base de datos, Gobernación de Risaralda ASIS, SIVIGILA

Con base al análisis de la situación, el año que más casos presentó fue el 2019 con 154 que corresponden al 55%, en segundo lugar, el año 2020 con 105 casos, que corresponden al 38%, el año 2021 con 16 casos, que corresponden al 6% y hasta el mes de marzo del año 2022 se presentaron un total de dos (2) casos, correspondientes al 1% frente al total. (**Ver tabla 4**)

Tabla 4.
Casos de Dengue por año desde el 2019 hasta marzo del 2022.

Año	Fr	Porcentaje %
2019	154	55%
2020	105	38%
2021	16	6%
2022	2	1%
Total	277	100%

Fuente: Base de datos, Gobernación de Risaralda ASIS - SIVIGILA

DISCUSIÓN

Si bien el municipio de La Virginia en los últimos dos años ha tenido pocos casos de infección por Dengue: (en el año 2021 con 16 y en 2022 con 2 casos hasta el mes de marzo), debe reconocerse que hay factores socioeconómicos y sociosanitarios



predisponentes que generan un posible riesgo de contagio de la infección por Dengue y reproducción del vector; uno de estos factores es la ubicación geográfica de algunos barrios, según el Plan de Desarrollo La Virginia Risaralda, (POT, 2020 pág. 60): las áreas urbanas que están expuestas a riesgos naturales de tipo hidrológicos como los barrios de San Carlos, El Progreso, Alfonso López y las áreas por debajo de la cota de inundación de los barrios: El Edén, San Fernando, La Playa, Buenos Aires, Bavaria, Las Américas y San Antonio, Plan de Desarrollo La Virginia Risaralda, 2020); estas áreas suman un total de 45.75 Ha, cercana a la margen del río Cauca y Risaralda, con familias en diferentes cursos de vida que habitan en condiciones socioambientales no seguras.

Además, la infección por Dengue, según estudios referidos es más prevalente en mujeres que en hombres, debido a que las mujeres, por lo general están más tiempo en casa que los hombres, esto debido a las diferentes actividades económicas que se practican, en actividad económica uno de los empleos más recurrentes en los hombres del municipio de La Virginia Risaralda es la industria cañera, mientras que las mujeres, por lo general son amas de casa; algo importante porque el “*Aedes Aegypti*” prefiere entornos cerrados y con cierta oscuridad para reproducirse, las características anteriormente mencionadas son diferentes en el este estudio, dado que en los resultados se evidencia que en el género masculino es más prevalente el dengue que en el género femenino, esto con una diferencia del 8,4%.

La infección por el arbovirus Dengue constituye tanto a un problema socioeconómico, como cultural y de salud pública, situación que convierte a esta infección en un factor notorio y con alta necesidad de intervención por entes públicos, estos aspectos son la razón de la estrategia para pensar en una intervención educativa que lleve a modificar prácticas socio sanitarias inapropiadas, se fortalezcan conductas personales en bien de la salud familiar y comunitaria transformando los hábitats del mosquito para la prevención del dengue. Se considera que tanto a nivel municipal como departamental las estrategias de prevención están bien estructuradas, pero la comunidad no las acoge de la manera esperada; por esta razón, como se evidencia en los

resultados, existe una gran prevalencia de casos en los cuales las personas con síntomas de riesgo consultan por primera vez, pero no se interesan por saber el resultado de sus pruebas diagnósticas para así enterarse de si tienen la infección o no, debido a esto, las personas se van a sus casas, generando un posible riesgo a quienes cohabitan con ellos.

Al momento de implementar una estrategia educativa deben tenerse objetivos claros y permitir al público información que contextualice el desarrollo de esta, así, se permitirá una participación más efectiva y dinámica, además, contar con una secuencia didáctica de inicio, identificación de la problemática, desarrollo de la intervención y que responda al objetivo planteado, incentivando la reflexión, puesta de argumentos propios y la estimulación de la capacidad crítica con una estrategia educativa. Según Montagud, N. (2020) Los participantes, “desarrollarán una mejor competencia de pensamiento crítico y reflexivo, en un trabajo colaborativo y una mejor capacidad de comunicación”.

La estrategia educativa, está directamente relacionada con la innovación y el trabajo participativo, estas dos condiciones, son fundamentales para intervenir a la comunidad, ya que al escuchar sus puntos de vista o propuestas respetar su cultura, sus costumbres, tener en cuenta sus necesidades, será más probable su compromiso, Al respecto, Luján, colige: “Una estrategia educativa es tomada cómo una manera de pensar y vincularse con el mundo”. (Luján, N. 2010 citado por Arredondo, M. et, al 2018).

CONCLUSIÓN

La educación es la estrategia fundamental cuando se quiere desaprender para reaprender, que es lo necesario para modificar conductas o hábitos que son factores modificables, como en este estudio, cambiar hábitos insalubres por hábitos socios sanitarios saludables. De acuerdo a lo anterior, se encuentra que una estrategia educativa es la herramienta pedagógica necesaria, la que se puede desarrollar por medio de diferentes herramientas didácticos que contribuyan a la comprensión del tema como una cartilla física o digital, blog, videos entre otros, en este caso la estrategia que se seleccionó fue el lienzo de co-creación, que se



caracteriza por ser llamativo tanto la teoría como la práctica, creativo y didáctico, integrando la propuesta de la estrategia multidisciplinaria y que así se adhiera a la conducta de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Escobar, M. C., Torres Álvarez, A., Torres Álvarez, A., Semper, A. I., Romeo Almanza, D. (2018). *Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales*. Revista Médica Electrónica, 40(1), 120-128. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100013&lng=es&tlng=es.
- Arredondo Velázquez, M., Saldivar Moreno, A., Limón Aguirre, F. (2018). *Estrategias educativas para abordar lo ambiental. Experiencias en escuelas de educación básica en Chiapas*. Innovación educativa (México, DF), 18(76), 13-37. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732018000100013&lng=es&tlng=es.
- Cifuentes, G. A. (2020, junio 1). *Aplicación de Design Thinking para la co-creación de servicios*. Enterprise Lean Agile Consultant & Trainer. <https://giovannycifuentes.com/aplicacion-de-design-thinking-para-la-co-creacion-se-servicios/>
- Connectingbrains. (2015, agosto 3). *Co-Creación, ¿y esto qué es?* [video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=wx6fQ1fJDHw>
- Design thinking en español. (2022). *Design Thinking*. Dinngo <https://www.designthinking.es/inicio/index.php>
- Ejecutivo, D., Operativa, G. (2018). *Enfermedades transmitidas por vectores*. EFSA: European Food Safety Authority. <https://www.efsa.europa.eu/es/topics/topic/vector-borne-diseases>
- Equipo de formulación del plan básico de ordenamiento territorial. (2021). *PLAN BÁSICO DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Municipio de La Virginia, Risaralda*. Alcaldía de La Virginia. <http://www.lavirginia-risaralda.gov.co/pot/componente-general-del-plan-basico-de-ordenamiento-territorial>
- Escuela de Negocios Euroinnova. (2022, 11 de abril). *¿Qué son estrategias educativas?- Cursos Online*. Escuela de Negocios Euroinnova. <https://www.euroinnova.co/blog/que-son-estrategias-educativas>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2022). *Dengue y Dengue grave*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2022). *Dengue*. <https://www.paho.org/es/temas/dengue>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2006). *Estrategia de gestión integrada Nacional Colombia EGI Nacional Colombia. Realización durante el Taller para la Construcción Participativa de la EGI-Nacional Colombia*. Canadá. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EGI-NAL-COL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2022). *Preguntas más frecuentes*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Pratt, H. D. (1964). *EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES*. Oficina Sanitaria Panamericana. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1146/42232.pdf;jsessionid=2439016DF287971A610D29861DEA21FD?sequence=1>
- San Martín, J. L., Brathwaite, O. (2007). *La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región de las Américas*. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 21(1). Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental <https://www.paho.org/es/temas/dengue/estrategia-gestion-integrada-para-prevencion-control-dengue#:~:text=La%20EGI%2Ddengue%20es%20un,y%20las%20epidemias%20de%20dengue>
- Shafique M, Lopes S, Doum D, Keo V, Sokha L, Sam B, et al. (2019). *Implementation of guppy fish (Poecilia reticulata), and a novel larvicide (Pyriproxyfen) product (Sumilarv 2MR) for dengue control in Cambodia: A qualitative study of acceptability*,



sustainability and community engagement.
PLoS Negl Trop Dis 13(11):e0007907.
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.000790>.





ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y SOBRECARGA ACADÉMICA DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA

HEALTHY LIFESTYLES AND ACADEMIC LOAD OF UNIVERSITY NURSING STUDENTS

Para citar este artículo:

Gómez D., Martínez M., Pabuce J. & Peláez L. (2022). Estilos de vida saludable y sobrecarga académica de los estudiantes universitarios de enfermería. *Revista cuidado y ocupación humana* Vol.11-1

Diana Mayerli Gómez Quintero*
Michael Sebastián Martínez Vaca**
Jeferson Yesid Pabuce Meneses***
Luz Dary Peláez Acevedo****

RESUMEN

Los estilos de vida saludable son un conjunto de opciones que traen beneficios a la salud de los individuos, estas posibilidades se presentan en los entornos donde las personas viven, trabajan, estudian y se recrean; se han considerado prácticas condicionadas por la interacción compleja entre lo biológico, psicológico y social. **Objetivo** Determinar los estilos de vida saludable y la sobrecarga académica de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Pamplona en el año 2021. **Metodología:** Es una investigación con enfoque cuantitativo, con método deductivo, explicativo e interpretativo, de tipo experimental descriptivo, de diseño transectorial. **Resultados.** De los 50 artículos utilizados para la investigación, el 70 % se relacionan directamente con la temática, mientras que el 30% restante tiene una relación indirecta con el tema de estudio. **Análisis y discusión.** Según los reportes de la organización mundial de la salud, aproximadamente 1,2 millones de adolescentes muren anualmente, es decir, más de 3000 al día en su mayoría por causas prevenibles o tratables. **Conclusiones.** Es importante resaltar que en la etapa universitaria es frecuente que se adopten comportamientos de riesgo para la salud, siendo algunos como por ejemplo el no ser físicamente activo, el consumo de comidas de elevado aporte energético, el traspasar y el aumento del estrés que contribuyen al aumento de la obesidad y el sobrepeso en la población, siendo esto un factor de riesgo para distintas enfermedades y el desarrollo de problemas psicosociales como trastornos de la imagen corporal, estigmatización o depresión y baja calidad de vida relacionada con la salud

PALABRAS CLAVE: Estilos de vida saludable, universitarios, adolescencia, carga académica.

ABSTRACT

Healthy lifestyles are a set of options that bring benefits to the health of individuals. These possibilities are presented in the environments where people live, work, study and recreate; They have been considered practices conditioned by the complex interaction between the biological, psychological and social. **Objective:** To determine the healthy lifestyles and academic overload of nursing students at the University of Pamplona in 2021. **Methodology:** It is a research with a quantitative approach, with a deductive, explanatory and interpretive method, of a descriptive experimental type, of design. cross-sectoral. **Results:** Of the 50 articles used for research, 70% are directly related to the subject, while the remaining 30% have an indirect relationship with the subject of study. **Analysis and discussion:** According to the reports of the world health organization, approximately 1, 2 million adolescents die annually, that is, more than 3,000 a day, mostly due to preventable or treatable causes. **Conclusions:** It is important to highlight that in the university stage it is frequent that health risk behaviors are adopted, some being, for example, not being physically active, the consumption of foods with high energy intake, staying up late and increasing stress that contribute to the increase in obesity and overweight in the population, this being a risk factor for different diseases and the development of psychosocial problems such as body image disorders, stigmatization or depression and low quality of life related to health

KEY WORDS: Healthy Lifestyles, University Students, Teenage, Academic Charge.



INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida saludable se basan en un conjunto de opciones que traen beneficios a la salud de los individuos, estas posibilidades se presentan en los entornos donde las personas viven, trabajan, estudian y se recrean; se han considerado prácticas condicionadas por la interacción compleja entre lo biológico, psicológico y social” (1). Es por ello que se reconoce a los estilos de vida, como uno de los principales determinantes de la salud de las poblaciones, por ello, su seguimiento en el ámbito universitario posibilita la prevención de hábitos y costumbres inadecuadas, que dan como resultado la aparición de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles en poblaciones jóvenes; se han considerado estilos de vida no saludables a los patrones alimenticios inadecuados, inactividad física, consumo de alcohol, tabaco u otro tipo de sustancias nocivas para la salud e inadecuados patrones de sueño, entre otros.

María Sánchez nos indica que: “Los hábitos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Aunque practicar hábitos de vida saludable no garantiza el gozar de una vida más larga, definitivamente puede mejorar la calidad de vida de una persona” (2)

Cabe recalcar que el estudio de vida en la población universitaria es de gran importancia para el ámbito educativo, debido a que es un gran aporte en cuanto al conocimiento de las prácticas relacionadas con promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de generar estrategias de mejora continua, y de esta manera la calidad de vida y bienestar de esta población no se vea afectada.

Durante la etapa universitaria se adquieren hábitos que en la mayoría de los casos se mantienen en la edad adulta, por lo que los estudiantes universitarios corresponden a una población clave para las actividades de promoción y prevención en salud debido a que

los estilos de vida de éstos intervienen directamente en su desarrollo físico, psíquico y mental.

Considerando que la universidad es un espacio de transición que se ve influenciado por modificaciones en los hábitos, resultado de cambios en los horarios, lugar de residencia, disminución del tiempo libre y la exigencia que demandan las tareas académicas y asistencia a clases, además de la gran influencia social por parte de los pares, se llegan a desencadenar actividades no saludables afectando directamente la integralidad de la persona. Dentro de las principales causas de ECNT, se encuentran la alimentación no saludable, el sedentarismo y el uso de sustancias psicoactivas.

“En cuanto al primer factor las evidencias destacan la relación existente entre la mala nutrición y la enfermedad coronaria, La mayoría de la población universitaria se encuentra en la adolescencia tardía y adultez joven, etapas de transición en las que se asumen nuevas responsabilidades personales y académicas de impacto notable en los estilos de vida y subsecuentemente en el desarrollo físico y psicosocial. Por esta razón, la universidad constituye un contexto muy apropiado para promover cambios que favorezcan la salud y así disminuir el número de muertes prematuras relacionadas con el comportamiento del individuo” (3)

La salud es un derecho esencial y necesario para toda la sociedad. Puede definirse como el estado de bienestar físico, psíquico y social que implica una mejora continua de las condiciones personales y sociales en las que se desenvuelve el individuo, con la finalidad de conseguir un nivel de calidad de vida superior. El estilo de vida es el mayor determinante de nuestra salud. Integra el conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra vida diaria. La familia y el entorno, las condiciones laborales, las diferencias sociales, el estrés, la educación recibida, la alimentación, todo incide en nuestra salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo investigativo con enfoque de tipo cuantitativo, Luis Mata no indica que un



estudio de este tipo: “se caracteriza por privilegiar la lógica empírico-deductiva, a partir de procedimientos rigurosos, métodos experimentales y el uso de técnicas de recolección de datos estadísticos.” con método deductivo, explorativo e interpretativo, de tipo experimental descriptivo, en este caso Benjamín aclara: “Los estudios exploratorios: También conocido como estudio piloto, son aquellos que se investigan por primera vez o son estudios muy pocos investigados.

También se emplean para identificar una problemática y los estudios Descriptivos; Describen los hechos como son observados” La investigación es de diseño transectorial se llevó a cabo mediante la estrategia de revisión sistemática y aplicación de instrumento o encuesta, se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos relacionados con los estilos de vida saludables en la población joven, así mismo su debida lectura y elección para previamente ser utilizados en esta investigación. En cuanto a los tipos de fuentes se tuvieron en cuenta como fuentes primarias (artículos de revista, tesis, ensayos experimentales, de la misma manera se contó con fuentes secundarias como lo fueron (artículos de revista relacionado con la salud como psicología, enfermería, terapia ocupacional, boletines e informes de instituciones de organizaciones de salud).

Se seleccionaron gran variedad de artículos que se relacionan directa o indirectamente con el tema de estilos de vida saludables en la población ubicada en etapa de juventud, de los cuales se extrajo la información relacionada con el tema de investigación para la elaboración del mismo.

Población

Según Jesús Gómez, Miguel Villasís, María Guadalupe y Miranda Novales 2016,”la población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados” (4)

En este sentido la aplicación del instrumento en esta investigación se realizará a estudiantes

de enfermería de la Universidad de Pamplona, que cursen desde 4 semestre académico en adelante.

Nº	CATACTERISTICAS	TOTAL
1	-Estudiantes del programa de enfermería de cuarto semestre en delante de la Universidad de Pamplona.	95

Fuente: Autores,2022

Muestra

Según el artículo El protocolo de investigación III: la población de estudio 2016, para cualquier estudio de investigación se incluyen muestras o subgrupos de poblaciones. Las razones para estudiar muestras en lugar de las poblaciones son diversas y entre ellas: a) ahorrar tiempo, b) se ahorran recursos, c) aumentar la calidad del estudio, al disponer de más recursos, las observaciones y mediciones efectuadas a un número reducido de individuos pueden ser más exactas; d) la selección de la muestra permitirá reducir la heterogeneidad de una población, y e) en un sentido estricto y ético no es necesario estudiar al total de la población cuando con una proporción de sujetos puede conseguir los objetivos del estudio.(5)

Para este proyecto investigativo se contará con una muestra de 70 estudiantes de enfermería de la universidad de Pamplona, que se encuentren desde cuarto semestre académico en adelante.

Nº	CATACTERISTICAS	TOTAL
1	-Estudiantes de la Universidad de Pamplona. -Estudiantes del programa de enfermería de cuarto semestre en adelante	70

Instrumento

Se denomina “Escala del estilo de vida” Sus autores son: Walker, Sechrist, Pender y fue modificada en el año 2008 por: Díaz, R; Márquez, E; Delgado, R.

En donde principalmente se evalúan 6 dimensiones del estilo de vida:



- **Alimentación:** La alimentación saludable es aquella que aporta a cada individuo todos los alimentos necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales, en las diferentes etapas de la vida
- **Actividad y ejercicio:** El ejercicio físico ayuda a la gente a perder peso y reduce el riesgo de desarrollar algunas enfermedades. El ejercicio físico regular reduce los riesgos de ciertas enfermedades, como obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión.
- **Manejo del estrés:** El manejo efectivo del estrés, por otro lado, te ayuda a romper el control que aquel tiene en tu vida para que puedas ser más feliz, tener mejor salud y ser más productivo
- **Apoyo interpersonal:** desarrollan un papel clave en el desarrollo de una persona. Nos permiten sentirnos competentes en las más variadas situaciones y obtener una gratificación social que nos aporta equilibrio y felicidad
- **Autorrealización:** Alinear nuestro cuerpo, nuestra mente y nuestro espíritu a ese propósito es el acto más heroico que estamos llamados a hacer en esta vida.
- **Responsabilidad en salud:** La responsabilidad ante nuestra salud implica escoger, decidir sobre alternativas saludables correctas, en vez de aquellas que se vuelven un riesgo para la salud.

RESULTADOS

Un estilo de vida saludable contribuye a aumentar el bienestar no solo físico sino también psicológico y a mejorar la autopercepción, por el contrario, un estilo de vida poco saludable puede conllevar al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión o en muchos casos el desarrollo de patologías como depresión, ansiedad, que puede generar un deterioro en la calidad de vida de los estudiantes y de esta manera influir negativamente en su rendimiento académico.

La sobrecarga académica en los estudiantes genera estrés, efectuando múltiples consecuencias cuando esto se prolonga a lo largo de los cursos académicos, afectando así las condiciones de salud física y psicológica, pues las repercusiones en la vida personal

social y académica se manifiestan de forma notoria.

La forma de vivir de las personas se considera como un elemento fundamental, y condicionante para desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, por tanto, la identificación de aspectos socioculturales y comportamentales no tan favorables, que están relacionados con el desarrollo de trastornos nutricionales y cardiovasculares, es importante para implementar estrategias que permitan promover la salud y prevenir la enfermedad.

Los resultados presentados muestran que la promoción de estilos de vida saludable impacta positivamente a los adolescentes, modificando sus conductas, ya que les permite identificar cómo es su estilo de vida y de qué manera pueden implementar estrategias que ayuden a mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Es importante aumentar los tiempos de descanso de los estudiantes como planes de estudio, pues esto aumentaría la productividad de los mismos, así como el aumento de la sanidad física y mental.

La identificación de hábitos o estrategias no saludables de afrontamiento en los estudiantes deben ser una prioridad, pues el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, son el principal riesgo a la salud de los estudiantes, los cuales acompañados de una dieta no saludable y periodos de descanso ineficaces generan un mayor deterioro a nivel físico y mental.

Las universidades deberían brindar un mayor apoyo alimenticio por medio de programas para combatir la mala alimentación de los estudiantes y así evitar potenciales afectaciones en la población estudiantil.

Así mismo es de gran importancia educar a los futuros profesionales de la salud en cómo cuidar de sí mismos, identificando conductas nocivas y potenciando la actividad física, la cual se podría incluir en el currículo académico, permitiendo así crear un hábito nuevo en los mismos.



Por último, es de gran importancia estimular la investigación sobre estilos de vida en los estudiantes, y así poder formar las bases suficientes para crear estrategias óptimas que contribuyan a mejorar la calidad de vida universitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yaneth Herazo B. Estilos De Vida Relacionados Con La Salud En Estudiantes Universitarios. Federación Española De Asociaciones De Docentes De Educación Física (Feadef). 2020. Número 38.
2. María Angustias S. Hábitos De Vida Saludable En La Población Universitaria. Nutrición Hospitalaria. 2015.Vol
3. Diana Calderon, Y. O. Caracterización De Los Estilos De Vida En Estudiantes Universitarios, Revisión Documental En El Periodo 2010-2020. Universidad Santiago De Cali. 2020.
4. Jesús Arias, Miguel Ángel Villasís, María Guadalupe y Miranda Novales. El protocolo de investigación III: la población de estudio. Rev Alerg Méx.2016. Junio.
5. Jesús Arias, Miguel Ángel Villasís, María Guadalupe y Miranda Novales. El protocolo de investigación III: la población de estudio. Rev Alerg Méx.2016. Junio.
6. Oms. Estilos De Vida Saludables. Oms. 2016.
7. Antonia, C. B. Relación Del Estrés Académico Y Estilos De Vida Con El Estado Nutricional De Estudiantes De Nutrición. Revista De Nutrición. 2019.
8. Lopera, V. C. Aprovechamiento Del Tiempo Libre Y Realización De Actividad Física Regular En Comunidad Universitaria De Colombia. Prueba Piloto. 2015.
9. Arriagada, E. M. Una Revisión De Los Estilos De Vida De Estudiantes Universitarios Iberoamericanos. Ciencia Y Enfermería. 2016.
10. Canova-Barrios, C. Estilo De Vida De Estudiantes Universitarios De Enfermería De Santa Marta, Colombia. Revista Colombiana De Enfermería, 2017 . Volumen 14 •(12).
11. Riaño, S. P. Estilo De Vida En Docentes De La Universidad De Santander Cúcuta. Tesis De Grado. 2018.
12. Karen Liliana Bejarano Esteban, M. C. Vivencias Del Cuidado De La Salud En Estudiantes Universitarios De Pregrado De Una Entidad De Educación Superior Privada De Bogotá. Ontificia Universidad Javeriana. 2017.
13. Diana Calderon, Y. O. Caracterización De Los Estilos De Vida En Estudiantes Universitarios, Revisión Documental En El Periodo 2010-2020. Universidad Santiago De Cali. 2020.
14. Corredor Mb. Estilo De Vida En Jóvenes Universitarios De La Facultad De Psicología De La Fundación Universitaria De Los Libertadores. Estilos De Vida En Universitarios-Universidad Los Libertadores. 2016.
15. Emiro Restrepo J, Amador Sánchez O, Castañeda Quirama T. Estrés Académico En Estudiantes Universitarios. Psicoespacios. 2020.
16. Angelina** Umycv. Estilos De Vida De Los Estudiantes De Ciencias De La Salud De La Universidad Norbert Wiener. Universidad Norber Weiner. 2018.
17. María José Cecilia Nmayjge. Estilos De Salud Y Hábitos Saludables En Estudiantes Del Grado En Farmacia. 2017 Julio.
18. Canova-Barrios C. Estilo De Vida De Estudiantes Universitarios De Enfermería De Santa Marta, Colombia. Revista Colombiana De Enfermería. 2017 Abril; Volumen 14 •(12).
19. Zambrano Bermeo Rnr. Estilos De Vida De Estudiantes De Carreras Tecnológicas En El Área Desalud. Revistaavft. 2020 Mayo.
20. Suescun Carrero S, Sandoval Cuellar C, Hernandez Piroto F, Araque Sepulveda I, Fagua Pacavita L, Bernal Orduz F, Et Al. Estilos De Vida En Estudiantes De Una Universidad De Boyaca, Colombia. Facultad De Medicina. 2017.
21. Campo Y, Pombo L, Teheran A. Estilos De Vida Saludable Y Conductas De Riesgo En Los Estudiantes De Medicina. Universidad Industrial De Santander; Salud. 2016; 48(3)
22. Businessweek, B. (2017). La Historia Del Hombre Que 'Inventó' El Estilo De Vida Saludable. La Historia Del Hombre Que 'Inventó' El Estilo De Vida Saludable.
23. Actualidad, B. D. (2019). Estilos De Vida Del Ser Humano. Blog De Actualidad.
24. Mario. (2018). Los Estilos De Vida Modernos. Los Estilos De Vida Modernos.
25. Telma Patricia Véliz Estrada. Estilos De Vida Y Salud: Estudio Del Caso De Los



- Estudiantes De La Facultad De Ciencias Médicas, Universidad De San Carlos De Guatemala. Facultad De Economía Y Empresas.2017.
26. Diana Calderón Vidal, Dahiana Paz Orozco, Yuliana Ramírez. Caracterización De Los Estilos De Vida En Estudiantes Universitarios, Revisión Documental En El Periodo 2010-2020. Universidad Santiago De Cali.2020.
27. Carlos Canova. Estilos De Vida De Estudiantes Universitarios De Enfermería De Santa Marta, Colombia. Revista Colombiana De Enfermería. 2017.
28. Berjarano, Karen; López, Camila; Salazar, Ximena Vivencias Del Cuidado De La Salud En Estudiantes Universitarios De Pregrado De Una Entidad De Educación Superior Privada De Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2017.
29. María José Cecilia, Noemí M. Atucha Y Joaquín García. Estilos De Salud Y Hábitos Saludables En Estudiantes. El Sevier.2017.
30. Nicole Guadalupe Vallejo Alvirer, Eduardo Martínez Moctezuma. Impacto De La Promoción De Estilos De Vida Saludables Para Mejorar La Calidad De Vida. 2017.
31. Yadav, Uriarte; Angelina, Varga “Estilos De Vida De Los Estudiantes De Ciencias De La Salud De La Universidad Norbert Wiener” Escuela Académico Profesional De Enfermería.2018.
32. Diana Calderón Vidal, Dahiana Paz Orozco, Yuliana Ramírez. Caracterización De Los Estilos De Vida En Estudiantes Universitarios, Revisión Documental En El Periodo 2010-2020. Universidad Santiago De Cali.2020.
33. Sánchez, María Angustias; Bertos, Ojeda Y Elvira De Luna. Hábitos De Vida Saludable En La Población Universitaria. Nutrición Hospitalaria.2015
34. Diana Calderón Vidal, Dahiana Paz Orozco, Yuliana Ramírez. Caracterización De Los Estilos De Vida En Estudiantes Universitarios, Revisión Documental En El Periodo 2010-2020. Universidad Santiago De Cali.2020
35. Cabrera* JS. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: UN DERECHO FUNDAMENTAL EN LA VIDA DEL SER HUMANO. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos. 2015 JULIO; 26(2)
36. Social Mdsyp. Plan Decenal de Salud Pública- PDSP, 2012-2021. Propiedad social- minalud. 2013; 1.
37. PEREZ MCLAC. Decreto 1295 del 20 de Abril de 2010 VS Decreto 1075 del 26 de Mayo de 2015- REGISTRO CALIFICADO. universidad de pamplona. 2015 mayo; 1(2).
38. De la Mora F. Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica. Universidad Tecnológica Intercontinental establecida. 2016 Oct.
39. De la Mora F. Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica. Universidad Tecnológica Intercontinental establecida. 2016 Oct.



NIVEL DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HABITANTES DE CÚCUTA DURANTE EL CONFINAMIENTO OBLIGATORIO POR LA PANDEMIA COVID-19

LEVEL OF STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION OF THE INHABITANTS OF THE CITY OF CÚCUTA IN THE FACE OF MANDATORY CONFINEMENT DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

Para citar este artículo:

Villamizar L. & Barrera E. (2022). Nivel de estrés, ansiedad y depresión en habitantes de Cúcuta durante el confinamiento obligatorio por la pandemia covid-19. *Revista cuidado y ocupación humana Vol.11-1*

Leydí Diana Villamizar Barrera*

lev.villamizar@mail.udes.edu.co
ORCID <https://orcid.org/000-0001-7006-8252>

Emerson Amid Barrera García**

eme.barrera@mail.udes.edu.co
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5334-2934>

Universidad de Santander (UDES)

RESUMEN

El Covid-19, enfermedad infecciosa causada por Sars Cov- 2, llegó a Colombia en marzo de 2020. Desde ese momento se aplicaron medidas nacionales que desaceleraron la propagación de virus como el aislamiento obligatorio de toda la población. Estas medidas, sumadas a la escasa información sobre la enfermedad, pudieron afectar la salud mental de los seres humanos. El objetivo de estudio fue determinar el nivel de estrés, ansiedad y depresión de los habitantes de esta ciudad durante el confinamiento obligatorio debido a la pandemia Covid-19. Metodología: un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, se usó un instrumento de recolección tipo escala DASS-21, que fue aplicado como encuesta en formato virtual, se realizó un muestreo no probalístico hasta completar el tamaño de la muestra. Resultados: se destaca que la mayor parte de los participantes afirmaron estar en los rangos correspondientes a “nada aplicable a mí” y “aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo”, por lo cual se determina que no existe en la mayoría de la muestra una sintomatología determinante para la presencia de estrés, ansiedad y depresión. Estos últimos en niveles bajos comparados con las investigaciones asociadas y aplicadas en distintas partes del mundo. Conclusiones: el estrés, la ansiedad y depresión en los habitantes de la ciudad de Cúcuta, se conjugaron como un caso cuya incidencia fue producto en parte de las políticas asumidas del gobierno nacional, regional y local.

PALABRAS CLAVE: Estrés; Ansiedad; Depresión; Confinamiento; Pandemia.

ABSTRACT

Covid-19, an infectious disease caused by Sars cov-2, arrived in Colombia in March 2020. Since then, national measures have been applied that slow down the spread of viruses, such as the mandatory isolation of the entire population. These measures added to the scarce information about the disease could affect the mental health of human beings. The objective of the study was to determine the level of stress, anxiety and depression of the inhabitants of this city during the mandatory confinement due to the Covid-19 pandemic. Methodology: a quantitative, descriptive and cross-sectional study, a collection instrument type DASS-21 scale was used, which was applied as a survey in virtual format, a non-probabilistic sampling was carried out until the sample size was completed. In the results found, it is highlighted that most of the participants stated that they were in the ranges corresponding to "not at all applicable to me" and "applicable to me to some degree, or a small part of the time", for which it is determined that they do not. In most of the sample there is a determining symptomatology for the presence of stress, anxiety and depression. The latter at low levels compared to associated and applied research in different parts of the world. Conclusions: stress, anxiety and depression in the inhabitants of the city of Cúcuta, were combined as a case whose incidence was a product in part of the policies assumed by the national, regional and local government.

KEY WORDS: Stress; Anxiety; Depression; Confinement; Pandemic



INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se produjo un brote de una infección respiratoria en Wuhan (Hubei, China). La enfermedad (Coronavirus 2019, COVID-19) causada por la infección con el coronavirus que causa el Síndrome Respiratorio Agudo Severo 2 (SARS-CoV-2), se ha convertido en una pandemia debido al creciente número de casos en el mundo (1). Debido a esta información los países del mundo se alertaron y asumieron estrategias de protección, por los síntomas y causas de la pandemia en progreso.

A principios de 2020, la enfermedad causada por el nuevo coronavirus (COVID-19), comenzó a propagarse en China, y el rápido aumento de los casos confirmados y las muertes han creado problemas como la ansiedad, la preocupación y la depresión entre los trabajadores sanitarios y la población en general (2). Los gobiernos debían pronunciarse en cada región para la protección de la humanidad desde la óptica de los estados emocionales y mentales del ser que afectaron la conducta y sensibilidad de tranquilidad que requiere toda persona en su calidad de vida.

En relación con lo anterior, los estados emocionales conminan al ser humano, y se subsume a éste el estrés, la cual es entendida desde la perspectiva fisiológica como una reacción de alarma (3). Significa que se da como resultado a las exigencias, una serie de presiones, entre ellas un estado agotador y un desgastante manifestado con dolores de cabeza, tensión muscular, malestar estomacal y otros síntomas (4). Se menciona que el estrés es parte de un modelo bio-psico-social integrador, porque incide en lo psicológico del ser humano (5). En este último caso, se presenta el modelo de estrés entendido como una relación ser-ambiente o lo que imbrica en una relación persona-entorno, solapando la capacidad de recursos con su propio bienestar.

Por otra parte, la depresión es un trastorno psiquiátrico con alta prevalencia y con un curso crónico y recidivante en el cual los factores estresantes pueden contribuir a su manifestación (6). Lo anterior refiere a que un individuo al tener experiencias tempranas negativas en el marco de la ruta biográfica de

la vida, puede desarrollar con mayor rapidez síntomas de depresión, por frecuencia a experiencias negativas.

Otra consecuencia de la pandemia, en términos de estados emocionales, es la ansiedad, que se considera un estado de excitación, o angustia espiritual, uno de los sentimientos más comunes en los seres humanos, una emoción compleja que se manifiesta como una tensión emocional acompañada de una afectación orgánica (7). Este estudio muestra aspectos convincentes que tienen implicaciones globales para la relación entre la salud mental y la gestión del estrés durante la aparición de la ansiedad.

El impacto del COVID-19 sobre el personal médico y la población en general en el ámbito psicológico, aunque no muy pronunciado, comenzó a tomar forma desde el inicio de la pandemia, debido a la aparición del brote y el aumento de las muertes en otros países que provocaron un alto nivel de ansiedad entre la población mundial. De hecho, las decisiones tomadas por los gobiernos mundiales tendrán consecuencias psicológicas en el futuro (8).

En Colombia, el virus se detectó el 6 de marzo de 2020, cuando se confirmó el primer caso en la ciudad de Bogotá en una mujer italiana, lo que llevó al gobierno del país a tomar importantes decisiones como el aislamiento social de los adultos mayores de setenta (70) años, niños, adolescentes y jóvenes. Este suceso creó la necesidad urgente de que las asociaciones sanitarias y las autoridades locales desarrollaran estrategias para retrasar la introducción del virus, lo cual llevó a cerrar las fronteras y los aeropuertos por motivos de cuarentena (9). Esto significó que Colombia se enfrentara al coronavirus (COVID-19) y desarrollara planes del Comité Nacional de Emergencia (10), pues realizaron campañas de control público que formaron parte de la fase preparatoria en relación a la dilación y propagación del virus.

Colombia como nación de Latinoamérica, ha sido una cuyas preocupaciones embargaron la falta de un tratamiento o vacuna eficaz; pero hoy en 2022, la efectividad contra el virus ha superado las barreras, a pesar de las alertas en que se sometieron a los gobiernos del mundo,



en especial el nuestro, pues se exigen actuación inmediata en todos los ámbitos. En este contexto, las autoridades colombianas propusieron una serie de reglamentos y decretos para detener la propagación del virus y, al mismo tiempo, prepararse para el peor de los casos mediante una estrategia de ampliación de la capacidad de tratamiento con la construcción de más unidades de cuidados intensivos (11), razón por la cual el gobierno colombiano exigió una cultura de prevención, de la cual no es ajeno el departamento de Norte de Santander, la cual es vital por parte de instituciones públicas y privadas para que la misma sociedad civil y la ciudadanía coadyuven en la minimización del riesgo de las vidas humanas.

En el contexto regional, se tuvo como resultado hasta el 9 de marzo de 2022, lo que se habían notificado en cuanto a reportes recientes 239 casos, en la ciudad de Cúcuta (Norte de Santander), pero ciertamente existe un total de 73.720 casos en todo el país cuya población oscila en 703.000 habitantes (12). En respuesta, las autoridades competentes pusieron en marcha normas para evitar la rápida propagación del virus, pero desde entonces el número de infectados ha ido en aumento, lo cual ha sido atacado con el plan de vacunación masiva.

En las investigaciones realizadas en China, como primer país afectado muestran que el miedo a lo desconocido ha provocado enfermedades mentales, entre ellas el estrés, la ansiedad, la depresión y la somatización, y comportamientos como el aumento del consumo de alcohol y tabaco (2). En esta situación inusual, es difícil predecir con exactitud en Colombia y en especial en la región norte santandereana, la magnitud en que puede afectar y seguir afectando el virus a la población con mayor vulnerabilidad. Porque de alguna manera influyen las informaciones cuyos datos alarman a la población, como es el caso de una encuesta online realizada del 31 de enero al 2 de febrero del año 2020 en 194 ciudades de China, mediante Impact of Event Scale-Revised, vinculante a la evaluación mediante Depression, Anxiety and Stress Scale, se mostró que un 53.8% de los evaluados calificó el impacto psicológico del brote como

moderado o severo; un 16.5% dió síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% generó síntomas de ansiedad moderada a severa; y como si fuera poco, el 8.1% presentó niveles de estrés moderados a severos (13). Estas alarmas, han hecho que los gobiernos locales se interesen por la aplicabilidad de estrategias gerenciales efectivas.

En atención a lo comentado en el párrafo anterior, son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en las personas que se encuentran en cuarentena por una pandemia, ambas se pueden considerar una reacción normal ante el estrés generado (14). Ciertamente es que el perder el control en este contexto es frecuente, pues la situación impide en muchos casos, que una persona tenga la certeza del resultado final, o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis. Por ello, esa sensación de incertidumbre, así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática, aunado a la separación brusca del contexto social o familiar del paciente, son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad (15).

En el entendido, tanto el estrés, ansiedad y depresión no solo son niveles que pudiesen ser altos por efectos del confinamiento obligatorio, sino que se suman otros elementos como lo son; a) apoyo emocional y económico; b) preocupación de contagio; c) conflictos en contagiados; d) cambios laborales habituales; por último pero no menos importante que engloba todos es e) afectación de la salud mental del personal (16). No obstante, la Organización Panamericana de la Salud, señala la protección de la salud mental para evitar impactos futuros en cuanto a niveles de estrés, ansiedad o depresión.

Por esta razón, se convierte en un tema de estudio e investigación relevante, buscando identificar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en los habitantes de la ciudad de Cúcuta, teniendo en cuenta variables como los estados de ánimo y episodios ocasionados por estímulos de estrés generados debido a la situación de confinamiento en el país, y no como patologías crónicas de salud mental.



Específicamente, se realizó el proyecto sobre aquellos que tenían acceso a elementos electrónicos que les permitieron responder el presente estudio de forma virtual, mediante herramientas como la escala de estrés, ansiedad y depresión, que permitan identificar dichas variables con el fin describir y analizar la problemática mediante el diseño y empleo de estrategias que sirvieron para tal fin.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se orientó hacia un tipo de estudio cuantitativo, observacional descriptivo, tomando como área de estudio la población compuesta por los habitantes de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. Del universo asumido, hacen parte el total de habitantes de la ciudad de Cúcuta, correspondiente al reporte del último Censo del DANE del 2018, con una cantidad de 703.000 habitantes, sin distinción de género.

Se aplicó la fórmula para la población finita, obteniendo así un n=tamaño de la muestra. Asimismo, se cuentan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión, para determinar la participación de la población en la investigación.

En cuanto a los criterios de inclusión están: a) adultos mujeres y hombres mayores de 18 años y hasta los 60 años de edad; b) contar con acceso a internet y cuenta de correo electrónico; y c) acuerdo para la libre participación en el proyecto de investigación.

Por otra parte, los criterios de exclusión fueron elegidos: a) Personas con limitaciones en sus capacidades funcionales (Movimiento, visión, audición, entre otros) que impidan la autonomía; b) Personas con medicación psiquiátrica para depresión y ansiedad; c) Personas con limitaciones de equipos electrónicos o de lugares vulnerables para generar la información solicitada.

Respecto al tamaño de la muestra fueron asumidos los siguientes parámetros:

Para población finita:
$$\frac{Z^2 N * P * Q}{e^2 (N - 1) + Z * P * Q}$$

$$\begin{aligned} &= \frac{2,24^2 * 703.000 * 0,5 * (1 - 0,5)}{0,05^2 (703.000 - 1) + 2,24^2 * 0,5 * (1 - 0,5)} \\ &= \frac{5,0176 * 703.000 * 0,5 * 0,5}{0,0025 * 702.999 + 5,0176 * 0,5 * 0,5} \\ &= \frac{881.843,2}{1.758,7519} \\ &= 501,4 \end{aligned}$$

Fuente: Propia de los autores

Por la anterior formula, la muestra sobre la cual se efectuó la investigación fue con 501 habitantes de la ciudad de Cúcuta aplicando los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente.

Procedimiento:

- **Paso 1:** Identificación de los habitantes que presentaron problemas de estrés, ansiedad y depresión causados por el confinamiento obligatorio.

Para lo anterior, se ha de tener en cuenta:

- Los datos del DANE, como fuente de información que reporta en resultados del Censo 2018, que, el área metropolitana de Cúcuta tenía 944.938 habitantes y para junio de 2020, la población de los seis municipios superaría el millón de habitantes, llegando a 1.032.024.
- Tras la emergencia sanitaria por COVID-19, dentro de las políticas de salud pública, se contempla el confinamiento obligatorio, como medida de bioseguridad para contrarrestar la propagación del virus.

- **Paso 2:** Utilización de la Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21, a fin de establecer el nivel de las variables, aplicada a los habitantes seleccionados para la muestra de forma virtual. El cuestionario fue elaborado mediante el aplicativo de cuestionarios de Google. Este instrumento consistió en un conjunto de tres subescalas de tipo Likert, de cuatro (4) puntos, auto aplicables.

Se pidió a las personas indicar la frecuencia con que cada enunciado se aplica a sí mismo durante la última semana. Fueron dadas cuatro posibilidades de respuesta en una escala de 0 a 3 puntos (Nada aplicable a mí, aplicable a mí en algún grado o una pequeña parte del tiempo, aplicable a mí en un grado



considerable o una buena parte del tiempo y muy aplicable a mí o aplicable la mayor parte del tiempo), siendo el resultado obtenido, la suma de las respuestas a los ítems que componen cada una de las tres subescalas (depresión, ansiedad y estrés), la cual se detallan a continuación.

- La primera subescala fue la depresión que evaluó síntomas, como inercia; falta de placer por la vida; perturbación provocada por ansiedad; falta de interés/ involucramiento; falta de aprecio por sí mismo; desvalorización de la vida y desánimo.
- La segunda subescala fue la ansiedad, la cual evaluó: excitación del sistema nervioso autónomo; efectos musculoesqueléticos; ansiedad situacional; experiencias subjetivas de ansiedad.
- Finalmente, la tercera subescala, fue el del estrés, que evaluó la dificultad para relajarse; excitación nerviosa; fácil perturbación / agitación; irritabilidad / reacción exagerada e impaciencia.

De esta manera, la aplicación de la escala permitió establecer el nivel de estrés, ansiedad y depresión de los habitantes de la ciudad de Cúcuta, frente al confinamiento obligatorio debido a la pandemia COVID-19.

- **Paso 3:** Desarrollar un proceso de socialización de los resultados. Según los resultados obtenidos, se elaboraron recomendaciones y sugerencias acordes a las necesidades identificadas en la población bajo los parámetros establecidos en la normativa existente, para la promoción de estrategias y el cuidado de la salud mental, en cuanto a depresión, ansiedad y estrés, de los habitantes de la Ciudad de Cúcuta, frente al confinamiento obligatorio por COVID-19.

Análisis:

Se utilizó el programa de Excel para la realización de tablas y gráficos que permitieron el análisis de las variables en estudio.

Consideraciones éticas:

Para la aplicación del instrumento de recolección de información, se tomaron en cuenta los principios de respeto por los participantes sobre los cuales se aplicó el objeto, de igual forma se tuvo autonomía sobre la decisión acerca de las variables que se evaluaron en el mismo.

Otro punto de gran relevancia fue la utilización equipos tecnológicos que permitieron la aplicación del instrumento de recolección de forma segura y preventiva, con el fin de contrarrestar cualquier forma de contagio existente frente a la pandemia COVID-19 en la ciudad de Cúcuta.

Los datos personales y la información recolectada fueron de uso investigativo y se mantuvieron en completa confidencialidad, de acuerdo a los parámetros establecidos en el consentimiento informado.

Además, dentro del marco legal, se tomó en cuenta la Resolución número 8430 de 1993 (17), por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este proyecto de investigación, según el artículo 11 de la misma Resolución, se clasifica como Investigación sin riesgo.

Los investigadores se comprometieron a actuar bajo los principios éticos para el estudio, asumiendo varios criterios (18):

- Principio de totalidad/integridad: Se considerarán a los participantes como seres integrales a nivel fisiológico, psicológico, social, ecológico, axiológico y espiritual.
- Principio de respeto a las personas: Incorporando los deberes éticos de:
 - a) No-maleficencia: respetando la vida y la integridad física de las personas, no causando daño innecesario mediante los procedimientos de investigación que hacen parte de la metodología de este proyecto.



b) Autonomía: Los investigadores tuvieron como principio la comunicación adecuada de la información brindada por los participantes y su comprensión. Así mismo, se proporcionó el consentimiento voluntario y se recordara la capacidad de libre elección y sin coacción alguna para participar en el estudio.

- Principio de beneficencia: los investigadores asumieron el deber ético de buscar el bien para las personas participantes, reduciendo el mínimo de riesgos de los cuales se deriven posibles daños o lesiones.
- Principio de Justicia: Las diferentes fases del proyecto de investigación procuraron un trato equitativo a los diferentes participantes.

RESULTADOS

La presencia de síntomas asociados a estrés, ansiedad y depresión

Teniendo en cuenta que se trató de una investigación asociada a la salud mental para 501 habitantes de la ciudad de Cúcuta con situaciones donde el confinamiento obligatorio afectó su estado emocional producto del COVID-19. Fue importante reconocer a personas que sufrieron esta enfermedad y su posible asociación con problemas de salud mental como estrés, ansiedad y depresión teniendo como causante el confinamiento obligatorio reglamentado como mecanismo de prevención del COVID-19.

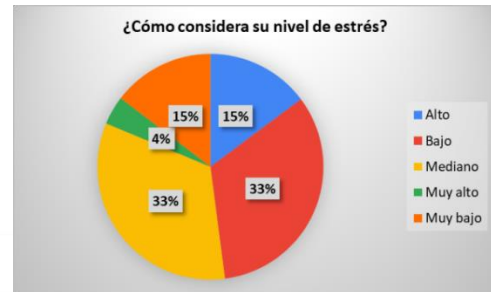
Para ello, se tuvieron en cuenta tres (3) variables acerca del reconocimiento o consideración que tienen los participantes de la presente investigación sobre sintomatología o padecimiento de problemas asociados al estrés, ansiedad y depresión, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

En primer lugar, acerca del nivel de estrés durante el confinamiento obligatorio, el 33%

de los encuestados afirma tener un nivel bajo de estrés, mismo porcentaje correspondiente al nivel medio, por lo cual se determina que la

muestra en estudio no presentó este problema, como lo muestra la figura 1.

figura 1: nivel de estrés durante al confinamiento obligatorio.



Fuente: datos propios

Significa que el impacto psicológico, que toda persona recibe originado por la pandemia del COVID-19, siempre va requerir de tratamiento médico, o una medida preventiva, pues, es recurrible para mitigar los efectos y mejorar la salud mental, la cual produce un efecto psicólogo favorable frente al confinamiento obligatorios (19).

Por otra parte, el nivel de ansiedad reportado durante el confinamiento en el 39% de los encuestados fue de bajo, mientras que el 24% de participantes presentaron un nivel medio de ansiedad, por lo cual se determina que la muestra en estudio no la presentó como lo muestra la figura 2.

Figura 2: Nivel de ansiedad asociado al confinamiento obligatorio



Fuente: datos propios

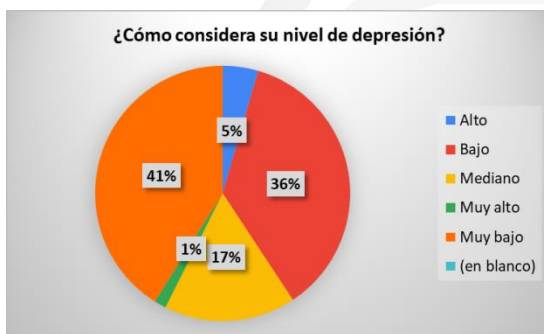
Significa que los niveles de ansiedad vienen dados en función a situaciones que embargan la conducta social por efectos del confinamiento obligatorio, pero cuando se presentan, por ejemplo, casos de aumento de los enfermos, o muertes, siempre irán



umentando en función a las disposiciones laborales, en especial, los funcionarios de la salud y/o la sociedad en general (20).

Finalmente, acerca del nivel de depresión asociado al confinamiento obligatorio, el 41% de los encuestados afirmó tener un nivel muy bajo y el 36% pertenece a los participantes que presentan un nivel bajo de depresión, por lo cual se determina que la muestra en estudio no presenta este problema, como lo muestra la figura 3.

Figura 3: Nivel de depresión durante el periodo de confinamiento obligatorio



Fuente: datos propios

De lo anterior, se define que, los participantes del presente estudio, no reportan problemas de estrés, ansiedad y depresión durante el confinamiento obligatorio por la pandemia COVID-19.

Significa que el nivel de ansiedad en una población, quienes reciben afectaciones de salud mental se inclina hacia las personas más vulnerables, producto del confinamiento obligatorio, pero el confinamiento frente al COVID-19, puede contrarrestarse al mantener y cumplir normas de bioseguridad (21).

Escala DASS-21

En primer lugar, al evaluar la sintomatología asociada a problemas de estrés en la muestra de estudio, se destaca que la mayor parte de los participantes afirman estar en los rangos correspondientes a “nada aplicable a mí” y “aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo”. Por lo cual, se determina que no existe en la mayoría de la muestra sintomatología correspondiente determinante para la presencia de estrés y por

lo tanto existe un nivel muy bajo de este sobre la muestra.

Ahora bien, al evaluar la sintomatología asociada a problemas de ansiedad en la muestra de estudio, se destaca que la mayor parte de los participantes afirman estar en el rango correspondiente a “nada aplicable a mí”; por lo cual, se determina que no existe en la mayoría de la muestra sintomatología correspondiente o determinante para la presencia de ansiedad y por lo tanto existe un nivel muy bajo de esta sobre la muestra.

Finalmente, al evaluar la sintomatología asociada a problemas de depresión en la muestra de estudio, se destaca que la mayor parte de los participantes afirma estar en el rango correspondiente a “nada aplicable a mí”, por lo cual se determina que no existe en la mayoría, sintomatología correspondiente o determinante para la presencia de depresión y por lo tanto existe un nivel muy bajo de este.

DISCUSIÓN

En primer lugar, no se presentan niveles altos de las enfermedades estudiadas en relación con el confinamiento obligatorio por la pandemia COVID-19 a pesar que “en el primer año de la pandemia, la prevalencia global de ansiedad y depresión aumentó en un 25 %, según un informe científico publicado hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS)” (22). En el informe de la OMS (23), se observan una serie de preocupaciones que acechan a la población:

- La cantidad de personas afectadas que se desarrolla y aumenta de forma progresiva.
- Los efectos sobre los servicios de salud mental, dado a una serie de elementos que se conjugan cada vez más a hombres y mujeres en lo psicológico.
- La salud mental y psicosocial frente a los cambios producidos en las sociedades de mayores vulnerabilidades.
- El impacto del virus en la salud mental como eje principal de quienes constantemente están frente al resguardo de las vidas humanas



Estos factores se deben tomar en cuenta como una alerta en países como Perú y Colombia principalmente, pues en estudios elaborados recientemente (24), se ha llegado a las siguientes conclusiones:

La presencia de factores psicosociales como el estrés, la depresión y ansiedad son insidiados por confinamiento social obligatorio, siendo mayormente vulnerables las mujeres

Los factores psicosociales producto del Covid-19, requieren de atención de las políticas públicas de salud mental en situaciones de confinamiento

Por otro lado, enfatiza la OMS (23), la incidencia del COVID-19, en las personas sanas de las comunidades vulnerables por factores tales como:

- El estrés producto del aislamiento social.
- La capacidad de la persona ante actividades laborales.
- La no participación de las comunidades de forma efectiva frente a la pandemia.
- Los efectos psicológicos del ser humano ante la presencia de la soledad, el miedo al contagio o a infectarse.
- El efecto al sufrimiento de ser víctima de la pandemia como consecuencia de hechos fatales, la muerte de familiares y seres queridos.
- Los hechos incidentales sobre el dolor después del duelo de familiares y personas cercanas consanguíneas y por afinidad.
- Las preocupaciones financieras que golpean la calidad de vida.
- Los aspectos que conducen a la ansiedad y a la depresión cuando se pone frente a situaciones pandémicas.
- Las labores ejercidas por personal de la salud, que de alguna manera llegan hasta el máximo esfuerzo y hasta un agotamiento, dando lugar a desencadenamientos de pensamientos suicidas, entre otros.
- La afectación de la salud mental en jóvenes al llegar a situaciones lesivas, incluso suicidios por psicosis, trastornos mentales, entre otros.

- Las mujeres son más vulnerables a síntomas de trastornos mentales, e incidencia al asma, cáncer, cardiopatías.

Nota: Al padecer enfermedades preexistentes, pueden agilizar la hospitalización, situaciones crónicas y la muerte.

Esto permite deducir que tanto la OMS y la OPS (23), expresan la preocupante situación por la existencia de los problemas de salud mental que afecta la comunidad mundial, la cual genera una serie de inconvenientes para los gobiernos en cubrir las graves interrupciones a los servicios de atención, cuando hay presencia de afecciones mentales, neurológicas, entre otras.

Dado la serie de factores incidentales en la humanidad frente al COVID-19, la OMS (23), ha implementado una serie de estrategias de solución visto el panorama de los países vulnerables, entre ellas se encuentran:

Desarrollo y difusión de recursos en múltiples idiomas y formatos para ayudar a diferentes grupos a enfrentar y responder a los impactos de salud mental del virus.

Difusión del libro de cuentos para niños de 6 a 11 años [My Hero is You], en diferentes idiomas y multimedia, y adaptaciones para adultos con herramientas tecnológicas.

Asociación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para dar soluciones en conjunto a la salud mental y psicosocial frente al virus.

Los servicios de salud presentan un alto porcentaje de trabajo por parte de los países miembros en apoyo psicosocial y de salud mental, y ampliado a pacientes y socorristas del virus.

La resiliencia ante, como actitud positiva ante circunstancias difíciles, representa el lado positivo de la salud mental.

La salud mental es un compromiso y una necesidad, por lo que debe haber un aumento



de la inversión, y actuar con urgencia global para garantizar la calidad de vida mundial.

Observando las estrategias que generó la OMS (23), también se suma en otro informe del 14 de abril del 2020, sobre la Actualización de la Estrategia frente al COVID-19 (25), los siguientes aspectos:

- Aplicar protocolos garantistas en prevención (higiene de manos y respiratoria, distanciamiento físico).
- Prevención y control de la transmisión comunitaria, bajo restricciones de viajeros.
- Protección de la población con vacunas, terapias y medidas de protección a la salud y bienestar social.
- Protección de población vulnerable bajo servicios sanitarios, sociales y salud
- Sin embargo, se tiene en cuenta que entre las consecuencias de la pandemia COVID-19 y las medidas de prevención reglamentadas por el Estado se encuentran:

a) el confinamiento obligatorio, se consideran como causantes de cambios asociados a los estados emocionales en los habitantes de la ciudad de Cúcuta.

b) el reconocimiento de la caracterización relacionada con la sintomatología sobre la que se manifiestan y destacan episodios de estrés bajo sentimientos de enfado, intolerancia y agitación emocional.

c) las emociones sobre episodios de estrés, ansiedad y depresión no se exteriorizan de la misma forma en todas las personas, observándose en una baja frecuencia sobre la población en estudio.

d) el estado emocional de ansiedad y depresión fueron observados con síntomas como boca seca, disnea, aumento del ritmo cardíaco y sentimientos de angustia sin ninguna explicación una frecuencia baja en la muestra de estudio.

e) Finalmente, en el estado emocional de depresión fue observada la misma frecuencia sobre los síntomas evaluados, siendo estos la imposibilidad de sentir alguna emoción

positiva, dificultad para tener iniciativa de hacer cosas, sentimientos de tristeza, falta de entusiasmo, baja autoestima y no encontrar sentido a la vida, lo cual sugiere niveles bajos de estos cambios emocionales en los habitantes de la ciudad de Cúcuta.

Una vez obtenidos los resultados y al compararse con estudios similares realizados a nivel mundial, muestran grandes diferencias, lo cual se destacan al hacer la comparación con investigaciones como el artículo titulado “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019” (22), en sus aspectos se encuentran:

a) El objetivo fue evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos al COVID-19 en China;

b) Fue un estudio transversal, basado en encuestas y estratificado por regiones, en las cuales se recopiló datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales desde el 29 de enero de 2020 hasta el 3 de febrero de 2020 en China.

c) Los trabajadores de la salud en hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 fueron elegibles.

d) Se halló una proporción considerable de trabajadores de la salud que informaron haber experimentado síntomas de depresión, ansiedad, insomnio, y angustia, especialmente mujeres, enfermeras, personas en Wuhan y trabajadores de atención médica de primera línea que participan directamente en el diagnóstico, tratamiento o atención de enfermería a pacientes con COVID-19 sospechado o confirmado (22).

Pese al nivel bajo de cambios emocionales asociados a estrés, ansiedad y depresión encontrados en el presente proyecto, se establecen recomendaciones y sugerencias como forma de prevención del aumento de las



cifras mencionadas anteriormente. Además de asumir estrategias que busquen solucionar esta problemática en caso de que se llegue a presentar situaciones similares en la ciudad de Cúcuta.

De esta forma, las estrategias tempranas son necesarias para la prevención y el tratamiento de los efectos psicológicos que puedan crear una pandemia como la del COVID-19. En este sentido, los diferentes entes con perfiles sociosanitarios, administrativos y educativos, como es la Universidad de Santander, podrían diseñar planes y programas para ayudar a combatir el estrés, ansiedad y depresión en la población de Cúcuta, Norte de Santander.

CONCLUSIONES

Los resultados mostraron que no hubo niveles elevados de síntomas relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión asociados al confinamiento obligatorio a la pandemia de covid-19; dado a que el estudio mostró los bajos niveles de estas enfermedades de estrés, ansiedad, depresión y otros estados emocionales entre los residentes de la ciudad de Cúcuta. Todo en función a que los servicios pueden mejorar para una mejor la calidad de vida, pues, la población debe estar dispuesta a cooperar para la satisfacción de sus necesidades.

Se determinó que las estrategias de prevención y tratamiento tempranas a los efectos psicológicos son cruciales para hacer frente a las turbulencias causadas por pandemias como la de COVID-19, razón por la cual se imbrica que debe adoptarse una actitud positiva ante la resolución de problemas, genera, facilita y mantiene emociones agradables, y que son apoyadas por las sociedades psicológicas.

Los resultados permiten inferir la búsqueda consciente de formas de reducir el aislamiento social, es decir, una actividad física puede regular hábitos, con ello se evita la exposición a episodios peligrosos de estrés, ansiedad y depresión. Significa que lo emocional va conectado a lo mental o psicológico pudiendo la persona mejorar en función a actividades recreativas.

Se deduce que las investigaciones recientes apoyan firmemente dos estrategias para

prevenir o aliviar los síntomas de la depresión y la ansiedad, es decir, promover la conexión social y la actividad física, pero cuidar de restricciones, pues la distancia social, la cuarentena y otras medidas, son necesarias.

Se hace cierta la atención médica, lo cual es esencial para establecer un servicio de calidad, tratar la enfermedad e informar a la población sobre cómo acceder a ella. En caso de infección, la población podría obtener ayuda de forma oportuna y aumentar su sensación de control para evitar una percepción excesiva del riesgo social. Todo en función a que la información es útil, pues la población puede entender que hacer correctamente los trámites de salud, puede reducir el estrés, la ansiedad y la depresión; entendiendo que los funcionarios de salud pública desarrollan mensajes culturalmente apropiados, y proporcionan apoyo a los pacientes en lo social, psicosocial y médico.

Finalmente, las medidas de bioseguridad pueden implementarse a largo plazo o después de un brote, pues, se evidencia el uso de terapias centradas en el trauma, en lo cognitivo-conductual, las cuales tiene como objetivo disminuir o desestructurar pensamientos automáticos negativos, catastróficos y pesimistas sobre el futuro; es decir, se debe tener un enfoque de apoyo con intervenciones psicoterapéuticas centradas en la recuperación del sentido de autonomía y un particular énfasis en prepararse contra el pánico, pues el mantenerse informado del progreso de las acciones específicas sobre los efectos del confinamiento obligatorio es clave para reducir eficazmente el estrés, ansiedad y depresión, y así sensibilizar a la población sobre su participación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS de fecha 11 de Marzo de 2020. Rueda de prensa sobre la COVID-19. 2020 .



2. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Ozamiz-Etxebarria, Naiara, y otros, y otros. [ed.] Universidad del País Vasco. 4, Bizkaia : Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. EtxebarriaMaria, Naiara Ozamiz, y otros, y otros. 2019, Scielo., 02 de abril de 2020, Cuadernos de Saúde Pública. Scielo , Vol. 36, págs. 1-10. <https://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcM NpPjgfnpWPQzr/?format=pdf&lang=es>.
3. Neurobiología del estrés . Duval, Fabrice, González, Félix y Rabia, Hassen. 4, Chile : Scielo, 2010, Revista chilena de neuro-psiquiatría, Vol. 48, págs. 307-318. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010. versión Online ISSN 0717-9227.
4. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. Fernández Sánchez, A, Estrada Salvarrey, M y Arizmendi Jaime, E. 1, Morelos : Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2019, Revista Enfermeria neurológica, Vol. 18, págs. 29-40. <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/277/284>. ISSN: 1870-6592.
5. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Sierra, Juan, Zubeidat, Ihab y Ortega, Virgilio. [ed.] Redalyc. 1, Brasilia : Universidade de Fortaleza, 2003, Revista Mal-estar E Subjetividade, Vol. 3, págs. 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>. ISSN: 1518-6148.
6. La influencia de las experiencias de la primera infancia en la depresión entre los estudiantes de medicina. Estudio preliminar. Foltyn, W, y otros, y otros. 2, 1998, Psychiatria polska, Vol. 32, págs. 177-185.
7. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores. Arrieta Vergara, Katherine, Díaz Cárdenas, Shyrley y González Martínez, Farith. 2, Bogotá : Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2013, Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 42, págs. 173-181. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629187004.pdf>. ISSN: 0034-7450.
8. Observatorio Nacional de Salud. COVID-19 en Colombia. Décimo segundo Informe Técnico. Bogotá, D.C : Instituto Nacional de Salud, 2020.
9. MinSaludCo. Colombia confirma su primer caso de Covid 19. Boletín de Prensa No 050 del 06/03/2020. [En línea] 06 de 03 de 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>.
10. MinDefNac. Decreto 3489 . Norma legal . s.l. : Diario oficial nro 36158, 27 diciembre 19821982.
11. MinSalud. Declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Función Pública Colombia. [En línea] 2020. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=119957#:~:text=ART%C3%8DCULO%201%C2%BA.&text=Decl%C3%A1rase%20la%20emergencia%20sanitaria%20en,se%20incrementan%20C%20podr%C3%A1%20ser%20prorrogada> ..
12. DANE. Censo Nacional de población y vivienda. [En línea] 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>.
13. Respuestas psicológicas. Wang, Cuiyan y otros. 2020.
14. Psychiatry of Pandemics: a Mental Health Response to Infection Outbreak. Polsek, Dora y Huremovic, D. Croatian Medical Journal : Croatian Medical Journal, 2019-2020, Springer International Publishing , Vol. 61.
15. Xiang, Yu-Tao y otros. Se necesita con urgencia atención médica oportuna para el nuevo brote de coronavirus de 2019. The Lancet Psychiatry. [En línea] 2020.
16. Organización Panamericana de la Salud. Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia. [En línea] 13 enero 2022. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierete-sobre-elevados->



- niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal.
17. MinSalud. Resolución Número 8430 de 1993. Legal. Bogotá: Ministerio de la Salud, 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
 18. Principios éticos de la investigación en seres humanos y en animales. Osorio Hoyos, Jose Gilberto. Artículo Especial, Buenos Aires: Universidad del Valle, Cali, Colombia, 2000, Medicina, Vol. 60, págs. 255-258. http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf. ISSN 0025-7680.
 19. COVID-19: Cuarentena e Impacto Psicológico en la población. Medina, R. M y Jaramillo-Valverde, L. [ed.] Scielo. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2020, Preprints de SciELO. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>.
 20. Protección de los trabajadores de la salud durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): Lecciones de la respuesta al síndrome respiratorio agudo severo de Taiwán. Schwartz, Jonathan, Chwan-Chuen, King y Muh-Yong, Yen. 15, 1 de agosto de 2020, Enfermedades infecciosas clínicas, Vol. 71, págs. 858-860. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255>.
 21. Impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 hacia un nuevo constructo clinimétrico ansioso-depresivo en mujeres adultas de Azogues. Ramírez-Coronel y y, otros. 15 de febrero de 2021. <https://zenodo.org/record/4542465>.
 22. Lai, Jianbo y otros. Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. JAMA Network Open. [En línea] 2020.
 23. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. [En línea] 02 de marzo de 2020. [Citado el: 12 de mayo de 2022.] <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>.
 24. Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 - Perú. Apaza, Cynthia, Seminario, Roberto y Santa-Cruz, Johanna. 90, Zulia, Venezuela: Universidad del Zulia, 2020, Revista Venezolana de Gerencia, Vol. 25, págs. 400-413. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022>.
 25. OMS. La Actualización de la Estrategia del COVID-19. Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2020. págs. 1-17, Información sanitaria. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf.



PARTICIPACION OCUPACIONAL Y EL DISFRUTE DEL JUEGO EN LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA UNA MIRADA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

OCCUPATIONAL PARTICIPATION AND THE ENJOYMENT OF THE GAME IN HOSPITAL PEDAGOGY A PERSPECTIVE FROM OCCUPATIONAL THERAPY

Para citar este artículo:

Mijares L. (2022). Participación ocupacional y el disfrute del juego en la pedagogía hospitalaria una mirada desde terapia ocupacional. *Revista cuidado y ocupación humana* Vol.11-1

T.o Laura Vanessa Sandoval Mijares*
laurasandoval709@gmail.com

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como fin estudiar la relación entre la participación ocupacional, el juego en la pedagogía hospitalaria dentro del área pediátrica del E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona Norte de Santander a partir de la aplicación de los instrumentos perfil inicial ocupacional del niño (SCOPE), determinando el estado de la participación ocupacional en el contexto hospitalario, Test de jugueteo adaptado de Anita Bundy, identificando la motivación, disfrute, control interno del individuo dentro del juego y como a través de estos aspectos se influía de manera directa en la pedagogía hospitalaria. Para el logro de esta investigación se aplicaron los instrumentos a menores de edad entre 1 a 17 años en edad escolar que se encontrara en condición de hospitalización y que fueron autorizados por sus padres, quienes accedieron a firmar el consentimiento informado durante el primer periodo del año 2019; concluyendo así que el contexto los espacios físicos, recursos físicos, demandas ocupacionales se ven restringidas por el entorno intrahospitalario y por lo tanto no hay una adecuada participación ocupacional dentro de sus roles vitales como lo son el juego y actividades educativas.

PALABRAS CLAVES: participación ocupacional, juego, pedagogía hospitalaria, terapia ocupacional.

ABSTRACT

The purpose of this research work is to investigate the relationship between occupational participation, the game in hospital pedagogy within the pediatric area of the E.S.E Hospital San Juan de Dios in Pamplona Norte de Santander from the application of the initial occupational profile instruments of the child (SCOPE), determining the state of occupational participation in the hospital context, Anita Bundy's adapted romp test, identifying the motivation, enjoyment, internal control of the individual within the game and how through these aspects it was directly influenced in hospital pedagogy. To achieve this research, the instruments were applied to minors between 1 and 17 years of school age who were hospitalized and who were authorized by their parents who agreed to sign the informed consent during the first period of the year 2019. ; thus concluding that the context, physical spaces, physical resources, occupational demands are restricted by the intrahospital environment and therefore there is no adequate occupational participation within their vital roles such as play and educational activities.

KEYWORDS: occupational participation, game, hospital pedagogy, occupational therapy



INTRODUCCIÓN

Según (Wilcok y Townsend, 2014) los terapeutas ocupacionales reconocen que la salud es apoyada y mantenida cuando los clientes son capaces de participar en el hogar, la escuela, el trabajo y la vida comunitaria. Por lo tanto, los profesionales están preocupados no sólo de las ocupaciones, sino también de la variedad de factores que potencian y hacen que el compromiso y la participación de los posibles clientes en ocupaciones promueven la salud positiva. La interrelación compleja de las características personales y ambientales es la que da forma a la participación ocupacional de un sujeto. Por tanto, depende de la capacidad de desempeño, la habituación, la volición y las condiciones y características del entorno.

La facilitación de la participación en ocupaciones puede requerir el desarrollo de habilidades para el desempeño ocupacional (Miralles, 2017), aspecto dependiente de las condiciones ocupacionales de las personas, que involucra tanto la facilitación del desarrollo o mantenimiento de habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción o habilidades sociales, como de reafirmación, potenciación o aprendizaje de habilidades críticas necesarias para cada persona en particular en el proceso y logro de su integración satisfactoria con sus ambientes relevantes

Por ende, el juego es la principal ocupación del niño por lo que debe ser considerado como medio y como un fin en sí mismo en terapia ocupacional (Reyes, 2017). Así mismo, como forma de desarrollar habilidades, donde el proceso terapéutico se basa en el razonamiento clínico definido por el terapeuta de acuerdo a los objetivos que desea trabajar y como término de una sesión, para que él/la niño/a finalice motivado y con mayores posibilidades de adhesión al tratamiento; para el desarrollo del juego es preciso considerar los hitos del ciclo vital y habilidades particulares de cada niño/a que van indicando hacia donde se debe guiar la intervención. En el caso del ingreso a la educación formal hay ciertas habilidades necesarias que se deben tener adquiridas o instaladas, que finalmente se traducen en el desarrollo de habilidades instrumentales, por lo que es preciso favorecer espacios de juego en preescolares que permitan un desarrollo

integral considerando su repercusión en otras etapas del ciclo vital.

De acuerdo con la ley 949 de 2005, Terapia Ocupacional es definida dentro del marco Colombiano como: "profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación y cuyo objetivo es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones, utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio" (Congreso de Colombia, 2005).

(López B. P., 26/06/2014) Define el juego como una transición entre el niño y el ambiente, que está motivada intrínsecamente, controlada internamente y no limitada a la realidad objetiva, señala las siguientes características como necesarias para determinar si hay juego o no: el control interno, la habilidad para apartarse de la realidad, y la motivación intrínseca. Bundy (1999) El juego terapéutico es una de las estrategias de intervención que utilizan los terapeutas ocupacionales como herramientas para favorecer el desarrollo integral del niño, en la medida en que le permite expresarse, descubrir y explorar el medio en que se encuentra.

La pedagogía hospitalaria según valle y villanezo (1993) aclaran que la pedagogía hospitalaria no es una ciencia cerrada, sino multidisciplinar, que se encuentra todavía delimitando su objeto de estudio para dar respuesta a aquellas situaciones que, en la conjunción de los ámbitos sanitarios y educativos, la sociedad va demandando, haciéndose igualmente necesarios programas de atención al niño convaleciente, es decir, la convalecencia en el domicilio como una prolongación del periodo de hospitalización; estos programas, tendrían como fin lograr una incorporación progresiva y no traumática del alumno a su entorno escolar. (Grau y Ortiz, 2001). Con esta habilitación se pretende conseguir: La disminución del absentismo escolar, la ocupación del tiempo libre del niño enfermo y sus familias en el hospital de forma



constructiva, la información y formación sobre los procesos terapéuticos, para evitar posibles efectos negativos.

Por lo anterior la importancia de realizar esta investigación dado que desde terapia ocupacional no se han realizado investigaciones donde se trabajan las variables sobre pedagogía hospitalaria desde terapia ocupacional, con la realización de este proyecto de investigación se pretende beneficiar a los niños del hospital san Juan de Dios de Pamplona norte de Santander, quienes se encuentran vulnerables por el hecho de encontrarse en un contexto intrahospitalario, dado que hay una interrupción de sus roles ocupacionales, que afecta principalmente el juego, así mismo se pretende promover una adecuada participación ocupacional permitiéndoles ejecutar funcionalmente las tareas y el disfrute por estas actividades, logrando una adecuada adaptación al entorno y ejecución de las mismas. Por medio de la implementación del juego como actividad terapéutica se promueven habilidades y destrezas que favorecerán adecuadamente dentro del proceso intrahospitalario.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación es de tipo cuantitativo, exploratorio, descriptivo y correlacional, transversal, dado que se pretende contrarrestar los efectos sobre la interrupción de la participación ocupacional al encontrarse en estado de hospitalización, lo que a su vez quiere contrarrestar diferentes sintomatología o patologías como (frustración, estrés, aislamiento, baja autoestima) que se pueden adquirir debido al largo tiempo en que los usuarios se encuentran internados dentro del hospital, de igual forma se utilizará el instrumento perfil inicial ocupacional del niño (SCOPE), el cual, mide la variable de participación ocupacional y el test de jugueteo adaptado de Anita Bundy que evalúa la variable de disfrute del juego.

Se estableció además, un corte transversal, dado que la medición de los datos se realizó en un momento único del tiempo durante el primer semestre del 2019.

La investigación se realizó en la Empresa Social del Estado San Juan de Dios (ESE. HSJD) de Pamplona, una institución de primer y segundo nivel de complejidad, ofrece

servicios especializados que cubren las necesidades de salud demandadas dentro del área pediátrica.

El muestreo realizado fue de tipo no probabilístico, de conveniencia. La muestra se conformó de 30 menores que cumplieron con los criterios de inclusión y que se les fue otorgado el permiso para la participación en el estudio.

A través de los criterios de inclusión se caracterizó por medio de datos sociodemográficos según edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico.

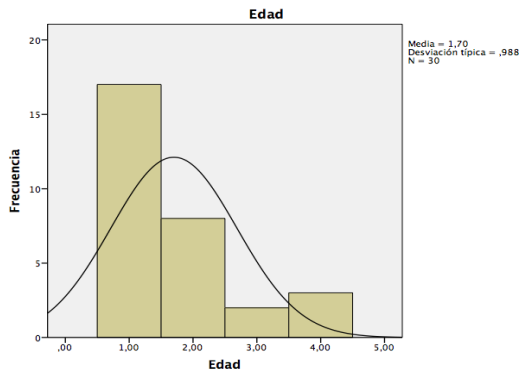
Los instrumentos aplicados fueron: perfil inicial ocupacional del niño (SCOPE), y Test de jugueteo adaptado de Anita Bundy.

El análisis de los datos tanto de la ficha sociodemográfica como de los instrumentos se realizó mediante la realización de una base de datos en el IBM SPSS Statistics 23.

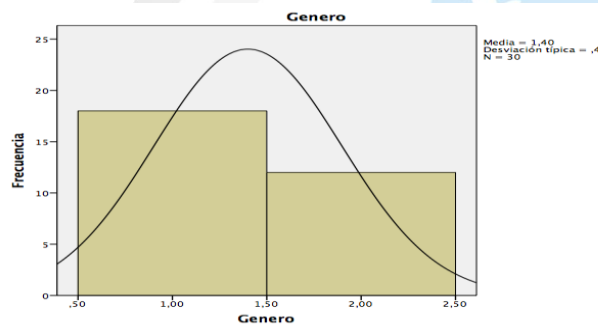
Se llevó a cabo una correlación de los instrumentos por medio del índice de correlación de Karl Pearson nos indica la relación entre variables lineales, es decir que con la puntuación de una variable podemos predecir el comportamiento en resultados de la otra variable, el instrumento Y (test Anita Bundy) tiene una tabla de calificación numérica donde el número menor corresponde al resultado más desfavorable, y el número mayor corresponde al resultado más favorable, debido a que el instrumento X (SCOPE) plantea la misma lógica en calificación numérica, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson nos indica que tienen entre sí una relación directamente proporcional, en otras palabras si la puntuación en el test Y aumenta, también aumentará en el test X; en términos de la salud, si el niño presenta un mejor resultado en el test de jugueteo de Anita Bundy, deberá tener una mejor participación ocupacional.

RESULTADOS

dentro de los objetivos, el principal enfoque es el poder caracterizar la población objeto de estudio por medio de ficha sociodemográfica.

Grafica 1. Edad

En la gráfica se observa el análisis de la muestra constituida por 30 menores, donde, con mayor equivalencia se encuentran las mujeres en el área de hospitalización pediátrica del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Grafica 2. Genero

En la grafica se observa el análisis de la muestra constituida por 30 menores que con mayor equivalencia se encuentran las mujeres en el area de hospitalizacion pediátrica del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito analizar la participación ocupacional y el juego en los niños del área pediátrica del hospital san juan de Dios y su correlación, identificándose como el contexto restringe en la ejecución de los roles cotidianos, la participación en ocupaciones significativa como el juego. A continuación, se describen los principales hallazgos de este estudio.

El índice de correlación de Karl Pearson nos indica la relación entre variables lineales, es decir que con la puntuación de una variable podemos predecir el comportamiento en resultados de la otra variable, el instrumento Y

(test Anita Bundy) tiene una tabla de calificación numérica donde el número menor corresponde al resultado más desfavorable y el número mayor corresponde al resultado más favorable, debido el instrumento X (SCOPE) plantea la misma lógica en calificación numérica, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson nos indica que tienen entre si una relación directamente proporcional, en otras palabras si la puntuación en el test Y aumenta, también aumentara en el test X; en términos de la salud, si el niño presenta un mejor resultado en el test de jugueteo de Anita Bundy, deberá tener un mejor desempeño ocupacional.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que el ambiente hospitalario es un contexto determinante que restringe limitando la participación ocupacional del infante en una de sus ocupaciones significativas como lo es su actividad principal en esta etapa que es el juego, sus roles se ven afectados de manera significativa, de los cuales encontramos las habilidades de comunicación, las cuales se limitan por la condición de hospitalización y como el mismo ambiente no contribuye a que se efectúe una participación adecuada en todos los aspectos, por lo anterior se observa que la disposición del medio físico ofrece una gama limitada de oportunidades, limitada accesibilidad y apoyo para la participación del niño en roles valorados, se evidencia que los recursos físicos (objetos como juguetes, materiales del hospital y dispositivos) reducen las posibilidades de satisfacer de manera segura la participación ocupacional de los menores que se encuentran en el contexto intrahospitalario, en la mayoría de los usuarios el entorno social proporciona un apoyo mínimo y limita la participación, o este es contradictorio a la participación ocupacional, dado que el contexto en el que se encuentra no le permite cumplir manera significativa con esta demanda social, limitando la relación con sus pares.

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por el test de jugueteo adaptado expuesto por Anita Bundy se evidencia que los usuarios mayormente se comprometen en las actividades dadas, (william et al., 2011) consecuentemente, durante la pasada década se ha constatado un aumento del uso del juego como una intervención que ayuda a los niños a



afrontar el estrés durante el periodo de hospitalización, mejorando su esfera emocional y social, por lo anterior es de vital importancia el juego dentro de este contexto ya que va a favorecer que las condiciones anímicas, personales, físicas y sociales con el fin de disminuir el estrés emocional, facilitar el afrontamiento al ambiente, buscando facilitar el bienestar físico y emocional de los niños hospitalizados, identificando diferentes situaciones donde el juego puede ser beneficioso para favorecer la comunicación, el manejo del niño hospitalizado..

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos perfil inicial ocupacional del niño (SCOPE) a la muestra tomada de 30 niños y niñas que se encuentran en condición de hospitalización en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona se encontró que el contexto los espacios físicos, recursos físicos, demandas ocupacionales se ven restringidas por el entorno intrahospitalario y por lo tanto no hay una adecuada participación ocupacional dentro de sus roles vitales como lo son el juego y actividades educativas.

Así mismo por medio del instrumento test de jugueteo adaptado de Anita Bundy se evidencia que los niños y niñas se limitan a desarrollar la actividad de juego por sus implicaciones físicas, medicas, anímicas por lo cual necesitan constantemente de reforzadores verbales, motivacionales que inciten y motiven el disfrute de la realización de una actividad significativa como el juego.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- K. M. (s.f.). *Manual para el Usuario: PERFIL OCUPACIONAL INICIAL DEL NIÑO (SCOPE)*. editorial Medica Panamericana.
- AOTA. (2009). *MARCO DE TRABAJO PARA LA PRACTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL*. ESPAÑA: AOTA.
- AOTA. (2014). *marco de trabajo para la practica de terapia ocupacional: dominoo y proceso*. santiago de chile: asociacion americana de terapia ocupacional.
- Baum, C. e. (2009). *"Abordar el rendimiento y la participación en la terapia ocupacional: la importancia de la cognición"*. *Revista británica de terapia ocupacional* (Vols. vol. 72,). (A. OneFile, Ed.) Obtenido de <http://link.galegroup.com/apps/doc/A1>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodologia de la investigacion*. COLOMBIA: PEARSON EDUCACION .
- Bruner, N. (s.f.). *El juego en los límites. El psicoanálisis en la clínica de problemas en el desarrollo infantil*. . Buenos Aires.: Eudeba.
- Bruner, N. (. (2016). En N. Bruner, *El juego en los límites. El psicoanálisis en la clínica de problemas en el desarrollo infantil*. (pág. Pág. 17). Buenos Aires.: Eudeba.
- CANCELO, P. M. (2014). *LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EL APRENDIZAJE CREATIVO: UNA CONTRIBUCION HACIA UN NUEVO MODELO EDUCATIVO* .
- Carmen Ana Valdés Sánchez, J. A. (1995). *El niño ante el hospital: programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Medical.
- CREPEAU, C. (2003). *WILLARD Y SPACKMAN TERAPIA OCUPACIONAL* (10 ed.). ESPAÑA: PANAMERICANA.
- Dios, H. s. (s.f.). *hospital san juan de dios* . Obtenido de <http://www.hsdp.gov.co/web/index.php/institucional>
- familia, h. (s.f.). *La importancia del juego en el desarrollo del niño*. Obtenido de <https://www.hacerfamilia.com/educacion/noticia-importancia-juego-desarrollo-nino-20130516073341.html>
- kielhofner, G. (2011). *modelo de la ocupacion humana* (4 ed.). Buenos Aires: panamericana.
- LA EDUCACIÓN EN CENTROS HOSPITAL. Recuperado el 2018, de el-cerebro-en-desarrollo/
- Millares, P. M. (2017). *principios conceptuales de la terapia*
- MULLIGAN. (2006). *TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRIA* . MADRID: MEDICA PANAMERICANA .
- Murillo, B. (3 de enero de 2014). *El juego como herramienta de aprendizaje. Innovación y experiencias educativa*.
- Penón, S. (s.f.). *El juego y el juguete y el niño hospitalizado*. Cornell de Llobregat.: Educación Social, núm. 33 pp. .
- POLONIO LOPEZ, B. (2008). *TERAPIA OCUPACIONAL EN LA INFANCIA* . BUENOS AIRES : MEDICA PANAMERICANA .



- Reyes, J. L. (01 de febrero de 2017). *asociacion en favor de las personas con discapacidad intelectual san jose*. Obtenido de <https://www.asociacionsanjose.org/el-juego-en-el-desarrollo-infantil/>
- Rodulfo, R. T. (s.f.). “El estatuto del juego y funciones del jugar”. La infancia en juego. Autores Editores.
- Román, L. M. (FEBRERO de 2009). Aula Hospitalaria: Educación y juego que sanan. *El PULSO*.
- SANZ, M. A. (2015). *TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRIA*. ESPAÑA: SINTESIS, S.A.
- tecsah, h. s. (9 de abril de 2013). *Jugar, benéfico para los niños hospitalizados*. Obtenido de <http://www.hsj.com.mx/noticias-hsj/jugar,-benefico-para-los-ni%C3%B1os-hospitalizados.aspx>
- ZAPATA, L. M. (2004). *FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO PRÁCTICA DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS PARA LA INTERVENCIÓN CON EL NIÑO HOSPITALIZADO*. antioquia.
- ina Marcela Arango Palacio, D. M. (2004). *FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO PRÁCTICA DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y ESTRATEGIAS ETODOLÓGICAS PARA LA INTERVENCIÓN CON EL NIÑO HOSPITALIZADO*. medellín.
- López, B. P. (26/06/2014). Terapia Ocupacional en la Infancia. En B. P. López, *Terapia Ocupacional en la Infancia* (pág. 71). Ed. Médica Panamericana.
- Lorena, C. M. (2018). *Eficacia de actividades lúdicas en el mejoramiento de la adaptación hospitalaria de niños y niñas de 7 A 12 años del área de hospitalización*. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, Quito. Recuperado el 2018, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14971/1/T-UCE-0007-PPS018-2018.pdf>
- Miralles, P. M. (2017). *principios conceptuales de la terapia ocupacional*. madrid: sintesis .
- Reyes, J. L. (01 de febrero de 2017). *asociacion en favor de las personas con discapacidad intelectual san jose*. Obtenido de <https://www.asociacionsanjose.org/el-juego-en-el-desarrollo-infantil/>



CARACTERÍSTICAS DE SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS DE CENTROS GERIÁTRICOS

CHARACTERISTICS OF LONELINESS IN ADULT PEOPLE IN GERIATRIC CENTERS

Enf. Tania Becerra González*
<https://orcid.org/0000-0002-7006-4435>

Para citar este artículo:

Becerra T., Bedoya K., Tobon D. & Mora B (2022). Características de soledad en personas adultas de centros geriátricos. *Revista cuidado y ocupación humana Vol.11-1*

Enf. Karen Estefany Bedoya Gómez**
<https://orcid.org/0000-0002-1515-5916>

Enf. Dana Saharay Tobón Castro***
<https://orcid.org/0000-0002-3861-1355>

Mg. Enf. Barbara de las Mercedes Mora Espinoza****
<https://orcid.org/0000-0001-9697-5715>
bmora@areandina.edu.co
Fundación Universitaria del Área Andina, Programa de Enfermería.

RESUMEN

Este estudio abordó la vejez en relación a uno de los principales temores que a través de diversos estudios han manifestado los adultos mayores: la soledad, la cual constituye un problema psicoemocional que afecta la salud de los adultos mayores, situación que debe considerarse en toda institución que atiende este tipo de población, lo que implica que los cuidadores y profesionales de salud deben tener conocimientos como habilidades para dar una asistencia integral, identificando de manera oportuna este riesgo para dar el cuidado necesario más allá de la atención biomédica para controlar o prevenir su aparición. Esta investigación tuvo como objetivo describir las características de soledad en personas de algunos centros de adulto mayor de Risaralda: Dosquebradas, Pereira y Mistrató, realizado en cuatro centros. La metodología fue de tipo descriptivo y transversal, encontrando que la soledad emocional fue la de mayor prevalencia, con una morbilidad crónica de base como hipertensión arterial, sarcopenia, diabetes y dislipidemia, afectando principalmente al género masculino por pérdida o falta de contacto social. Se aplicó como instrumentos: la escala de depresión de Yesavage para excluir los adultos mayores que presentaron compromiso neurológico o alguna alteración cognitiva, el índice de Katz para ver habilidades de independencia, MMSE y una encuesta con las variables del estudio elaborada por las investigadoras. Se concluye que la soledad emocional tuvo mayor frecuencia, siendo la falta de vínculo afectivo el más reiterativo, se colige que esta soledad de tipo emocional, está relacionada con sentimientos negativos de aislamiento, confinamiento lo que incide en la calidad de vida, incrementando riesgos de depresión y morbilidad en estos adultos.

PALABRAS CLAVES: adulto mayor, soledad, sarcopenia, envejecimiento y geriatría.

ABSTRACT

This study addressed old age in relation to one of the main fears that older adults have expressed through various studies: loneliness and that today constitutes a psycho-emotional problem that affects the health of older adults, a situation that must be considered in every institution that cares for this type of population, which implies that both caregivers and health professionals must have knowledge and skills to provide comprehensive care, identifying this risk in a timely manner to provide the necessary care beyond biomedical care to control or prevent its occurrence. This research aimed to describe the characteristics of loneliness in people from some centers for the elderly in Risaralda: Dosquebradas, Pereira and Mistrató, carried out in 4 centers. The methodology was descriptive and cross-sectional, finding that emotional loneliness was the most prevalent, with underlying chronic morbidity such as arterial hypertension, sarcopenia, diabetes and dyslipidemia, mainly affecting the male gender due to loss or lack of social contact. The following instruments were applied: the Yesavage depression scale to exclude older adults who presented neurological compromise or some cognitive alteration, the Katz index to see independence skills, MMSE and a survey with the study variables prepared by the researchers. It is concluded that emotional loneliness was more frequent, being the lack of affective bond the most repetitive, it is inferred that this emotional loneliness is related to negative feelings of isolation, confinement, which affects the quality of life, increasing risks of depression and morbidity in these adults.

KEYWORDS: aged, loneliness, sarcopenia, aging, and geriatrics



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), proyecta lo siguiente:” Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, en números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo” (Párrafo 1).

De acuerdo a Cardona, et al (2006), es necesario comprender más sobre el adulto mayor, no solamente las particularidades que lo rodean, sino también lo que piensa y lo que siente. En la vejez concurren factores como las pérdidas familiares, biológicas y sociales, junto a la exclusión social, condición que implica mayor vulnerabilidad en la población referida. Además, se relaciona con su permanencia en el hogar, circunstancias externas que rodean al adulto mayor, con condiciones del entorno como personas diferentes a su familia, actividades sociales con compañeros que no tienen relación filial con él y actividades personales impuestas por el funcionamiento del centro gerontológico.

Rojas, et al (2019), refiere que los adultos mayores pueden llegar a desarrollar sarcopenia, morbilidad con pérdida de la fibra muscular, dificultando la estabilidad y la fuerza de gravedad, conllevando a una fragilidad física, que puede generar caídas, golpes y fracturas, lo que en muchas ocasiones lo lleva a una fragilidad emocional y psicoafectiva, que hace que el adulto mayor empiece a aislarse por su limitación física del resto de personas con quienes convive, iniciando algún tipo de soledad. Lo señalado es una condición propia del adulto mayor porque su estructura se debilita al perder masa magra lo cual desencadena una fragilidad de grado variable e iniciar debilidad que lo puede conducir a un proceso de soledad.

Así mismo, Rubio (2004), dice que la soledad se presenta en los adultos mayores porque tienen obstáculos fuertes con relación a la soledad familiar, conyugal, social, existencial. Lo anterior, lo relaciona con las características de debilidad o fuerza que puede tener el adulto mayor y que luego lo limita no solamente en

su condición biofísica sino en la psicoemocional y social. Por otra parte, Chaparro, et al (2019), indica que el estado civil afecta de manera significativa el estado de soledad de la persona.

Por otra parte, Aponte (2015), señala que la calidad de vida de los adultos mayores puede determinarse con los siguientes aspectos: estado de salud, factores de riesgo, comorbilidad preexistente, situación económica y social, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. La calidad de vida en un adulto mayor está definida por una buena alimentación, buena salud mental y física, actividad física, entre otras; como también, la asistencia por parte de sus familiares y seguridad social que promueva estilos de vida saludables.

Esta investigación tiene como objetivo identificar las características de soledad en el adulto mayor, indagar las condiciones y circunstancias que llevan a este sentimiento en la vejez, relacionado con uno de los principales temores que, a través de diversos estudios, han manifestado los adultos mayores: la soledad. Con base en lo descrito, el estudio demostró que ciertos adultos mayores están afectados por algún tipo de soledad, siendo la soledad emocional las más frecuente, frente a lo cual se debe considerar políticas, planes y programas que promuevan la salud del adulto mayor. Se hace imprescindible investigar sobre la soledad en el adulto mayor, como una necesidad urgente para establecer estrategias que mejoren su calidad de vida.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Descriptivo y transversal; descriptivo porque se describió variables relacionadas con soledad, tipos de soledad y características de la soledad relacionadas con las variables sociodemográficas. Es transversal porque se recogió la información en un momento dado del proceso investigativo. un momento dado del proceso investigativo.

Población: Estuvo conformado por 74 personas de algunos centros del adulto mayor en Risaralda.



Muestra: 43 adultos mayores de 60 años quienes cumplieron los criterios de elegibilidad acorde a criterios de inclusión y exclusión, que se encuentran en algunos centros gerontológicos de Risaralda, quienes aceptaron voluntariamente acceder a la encuesta para brindar información necesaria para la realización del estudio.

Instrumento: Se elaboró un cuestionario tipo encuesta con preguntas dicotómicas y politómicas relacionadas con las variables del estudio, el cual tuvo validación facial y de contenido por expertos, luego, se hizo prueba piloto para hacer los ajustes del instrumento, se realizó el trabajo de campo para recoger la información y se tabuló en Excel versión 2016 y se representó en tablas y gráficos para resignificar los hallazgos.

Técnicas de recolección de información: Se solicitó permiso institucional y consentimiento informado a aquellas personas que según la escala de Yesavage no cursaban depresión y que tenían un nivel cognitivo adecuado para responder el instrumento, por tanto, se aplicó la encuesta a los sujetos del estudio de manera presencial, en los hogares seleccionados en Risaralda.

RESULTADOS

Con base a los resultados arrojados por el instrumento, se procedió a realizar el análisis con 43 adultos mayores de los hogares o Centros de Bienestar de Adulto Mayor (CBA) de los municipios Pereira, Dosquebradas y Mistrató sobre las características de la soledad; posteriormente se tabuló en Excel versión 2016 y se representó los resultados con tablas y gráficos para resignificar hallazgos contemplados.

En características sociodemográficas se halló edad mayor a 80 años 29 casos (67,4%), en género prevaleció masculino 25 casos (58,1%), estado civil solteros 21 casos (48,8%) y apoyo sociofamiliar por parte de la familia con un total de 29 casos (67,4%) (Ver Tabla N°1 Características sociodemográficas).

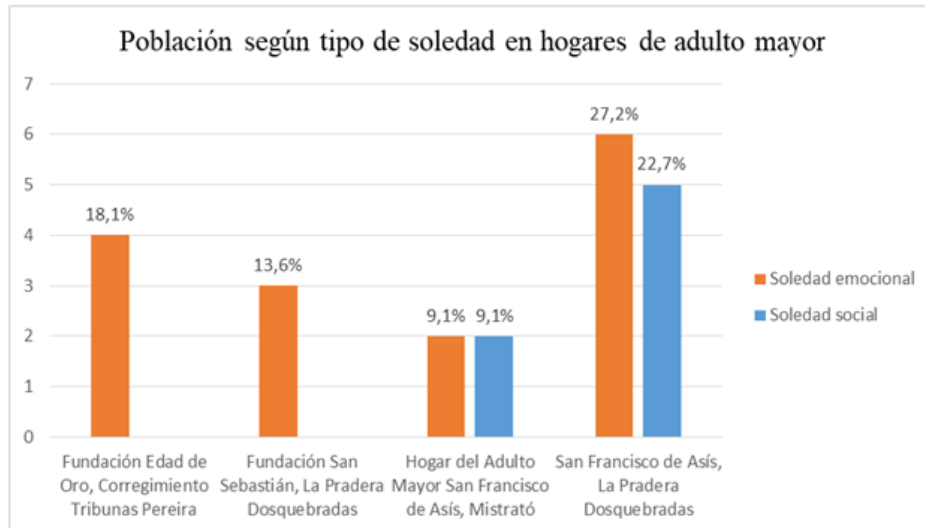
Tabla N°1. Características sociodemográficas

Edad	Fr	Porcentaje
Más de 80 años	29	67,4%
De 71 a 80 años	10	23,3%
De 60 a 70 años	4	9,3%
Total	43	100%
Género		
Masculino	25	58,1%
Femenino	18	41,9%
Total	43	100%
Estado civil		
Soltero/a	21	48,8%
Casado/a	9	20,9%
Viudo/a	7	16,3%
Unión libre	3	7,0%
Separado/a	3	7,0%
Total	43	100%
Nivel educativo		
Primaria	25	58,1%
Secundaria	7	16,3%
Técnico/tecnológico	1	2,3%
Educación superior	2	4,7%
Ninguno	8	18,6%
Total	43	100%
Apoyo sociofamiliar		
Familia	29	67,4%
Amigos	5	11,6%
Ninguno	9	20,9%
Total	43	100%

Fuente: Este estudio.

El gráfico N°1 muestra población según tipo de soledad indica que la soledad emocional fue la más significativa en el siguiente orden: San Francisco de Asís, La Pradera 6 casos (27,2%), en segundo lugar, se encontró la soledad social en dos lugares, en San Francisco de Asís, Mistrató 2 casos (9,1%) y San Francisco de Asís, La Pradera con 5 casos (22,7%) (Ver gráfico 1).

Gráfico N°1. Población según tipo de soledad en hogares de adulto mayor.

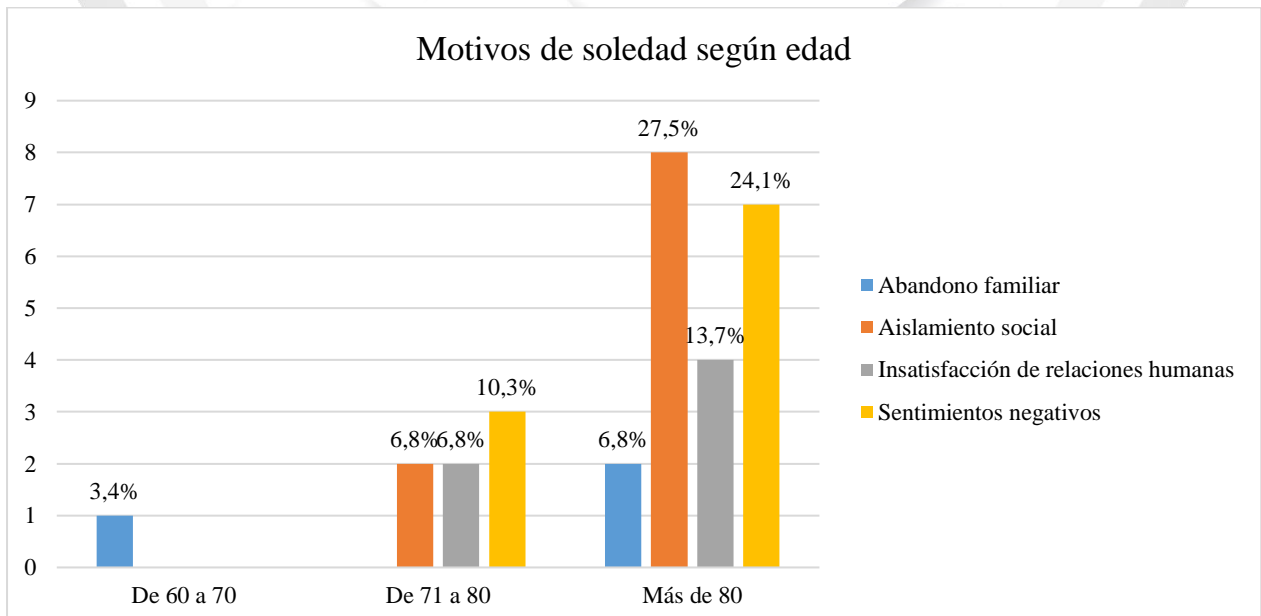


Fuente: Este estudio.

Siguiendo con la gráfica N°2 motivos de soledad según edad, se puede evidenciar que los adultos mayores de 80 años presentan un aislamiento social con 8 casos (27,5%) seguido de los sentimientos negativos con 7 casos (24,1%); En tercer lugar, está la insatisfacción de las relaciones humanas con 4 casos (13,7%) y, por último, adultos mayores de 71 a 80 años prevaleciendo los sentimientos negativos con 3 casos (10,3%).

De acuerdo a la gráfica cruzada N°3 tipos de soledad según género se evidenció que el sexo masculino presentó mayor soledad emocional 14 casos con (32,3%) frente al sexo femenino 10 casos (29,4%), para soledad social fue 5 (14,7%) casos en género masculino frente al femenino de 4 casos (29,4%) (Ver gráfica 3).

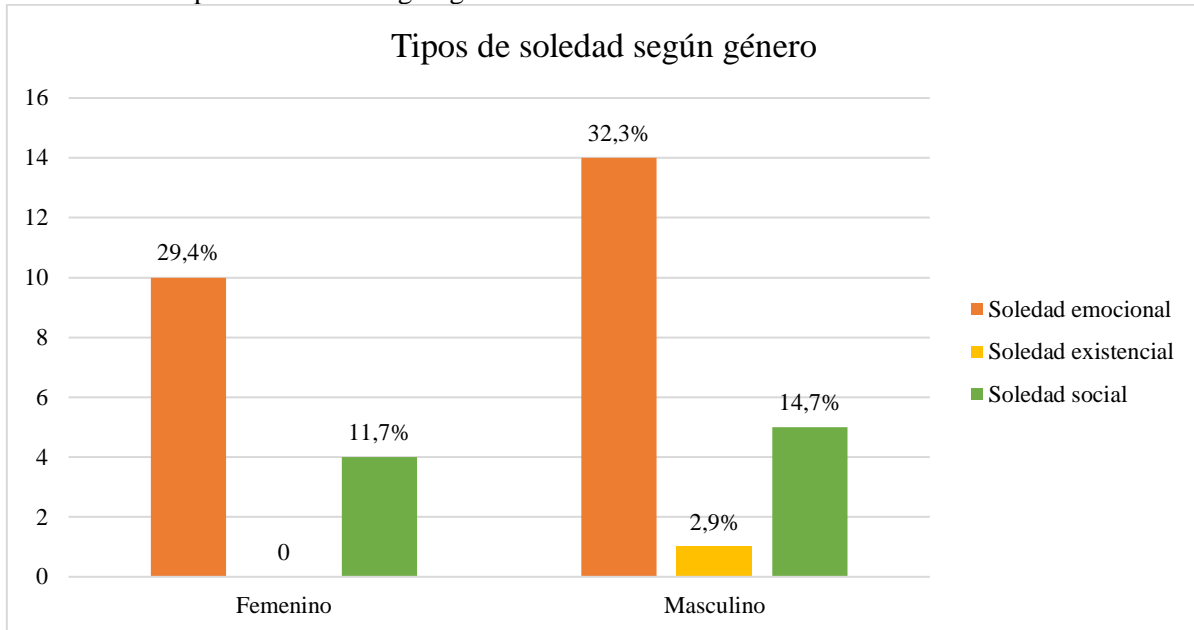
Gráfica N°2 Motivos de soledad emocional según género.



Fuente: Este estudio.



Gráfico N°3. Tipos de soledad según género.

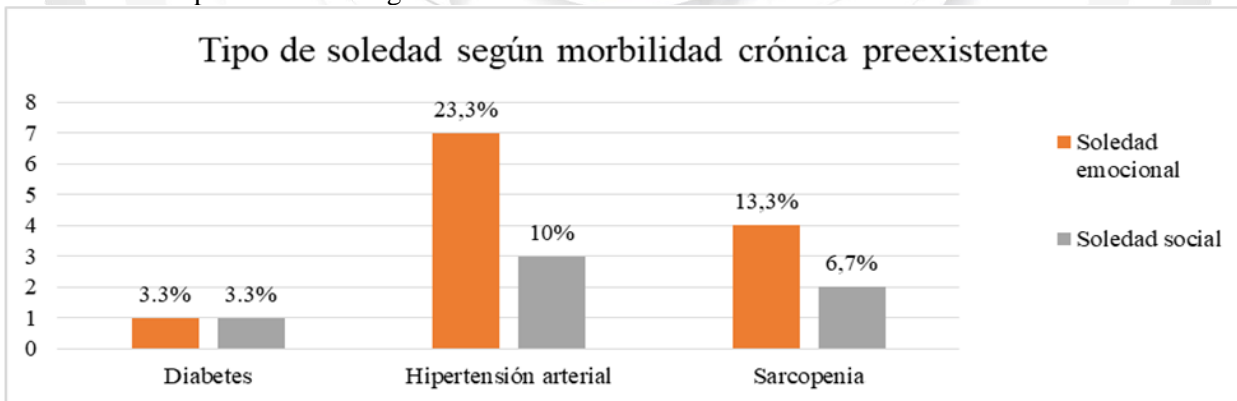


Fuente: Este estudio.

En la gráfica N°4 tipo de soledad según morbilidad, se observó una mayor prevalencia en soledad emocional con Hipertensión Arterial, 7 casos (23,3%), seguida de

Sarcopenia con 4 casos para un (13,3%) y luego, Diabetes con 1 caso (3,3%) (Ver gráfica 4).

Gráfica N°4. Tipo de soledad según morbilidad.



Fuente: Este estudio.

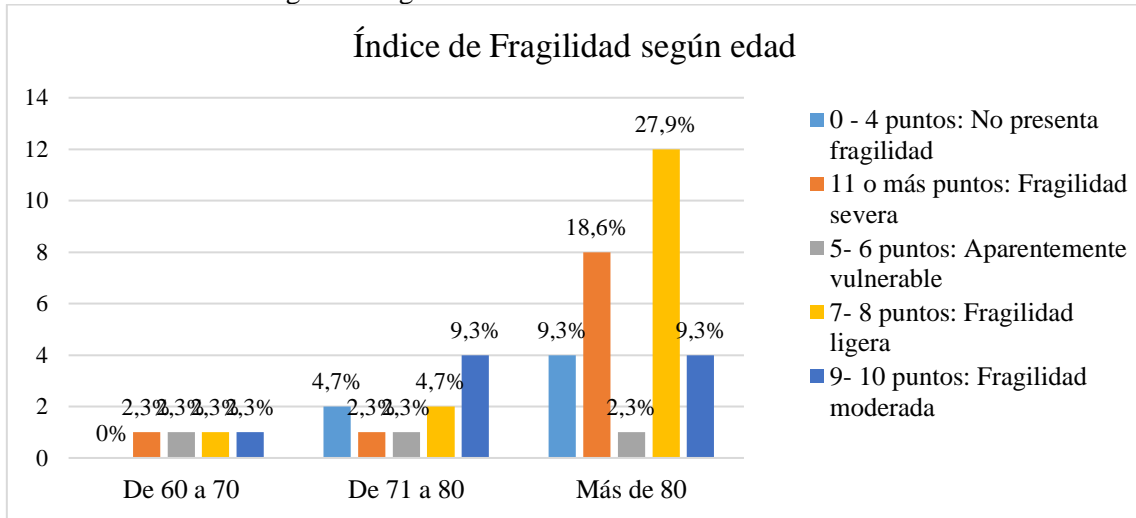
Según la gráfica N°5 de Índice de Fragilidad según edad se evidencia que los mayores de 80 años 12 casos (27,9%) presentan fragilidad ligera, seguido de fragilidad severa con ocho (8) casos (18,6%), además de las edades entre 71 a 80 años prevalece la fragilidad moderada cuatro (4) casos (9,3%), (Ver gráfica 5).

Respecto a la gráfica N°6 de limitación de la salud según tipo de soledad indica que en la soledad emocional existe prevalencia en

limitación física o funcional con siete (7) casos (30,4%), frente a la limitación mental - cognitiva con cinco (5) casos (21,7%). Aquellos adultos mayores que no presentaron ninguna limitación según soledad emocional fueron tres (3) casos (13%) y en segundo lugar se halló que la soledad social fue significativamente en la limitación física o funcional con seis 6 casos (26%) (Ver gráfica 6).

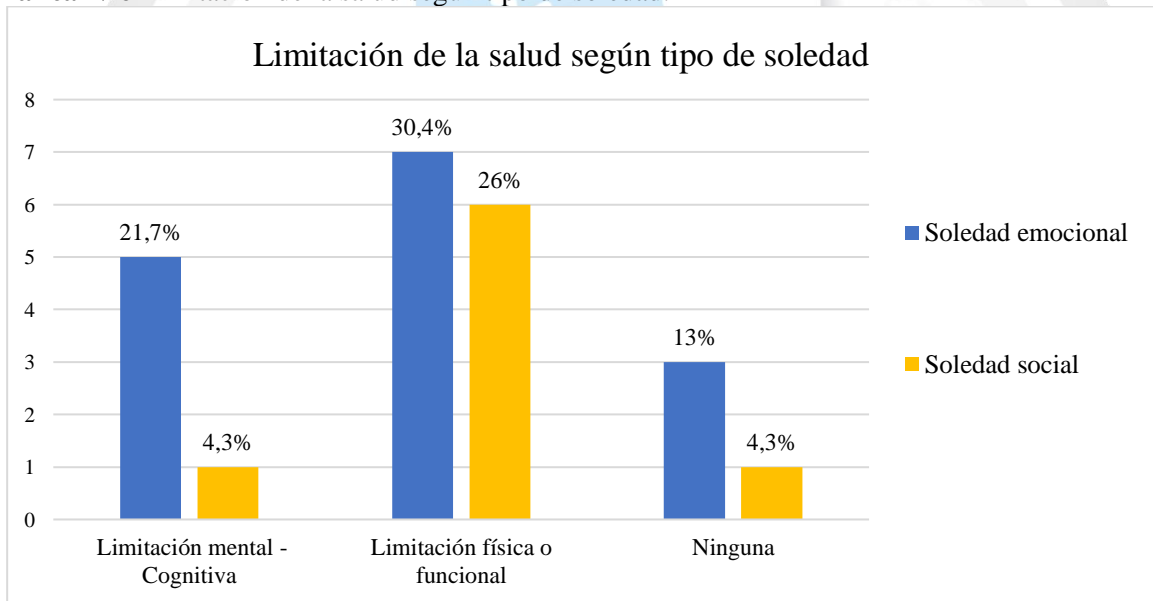


Gráfica N°5 Índice de Fragilidad según edad.



Fuente: Este estudio.

Gráfica N°6 Limitación de la salud según tipo de soledad.



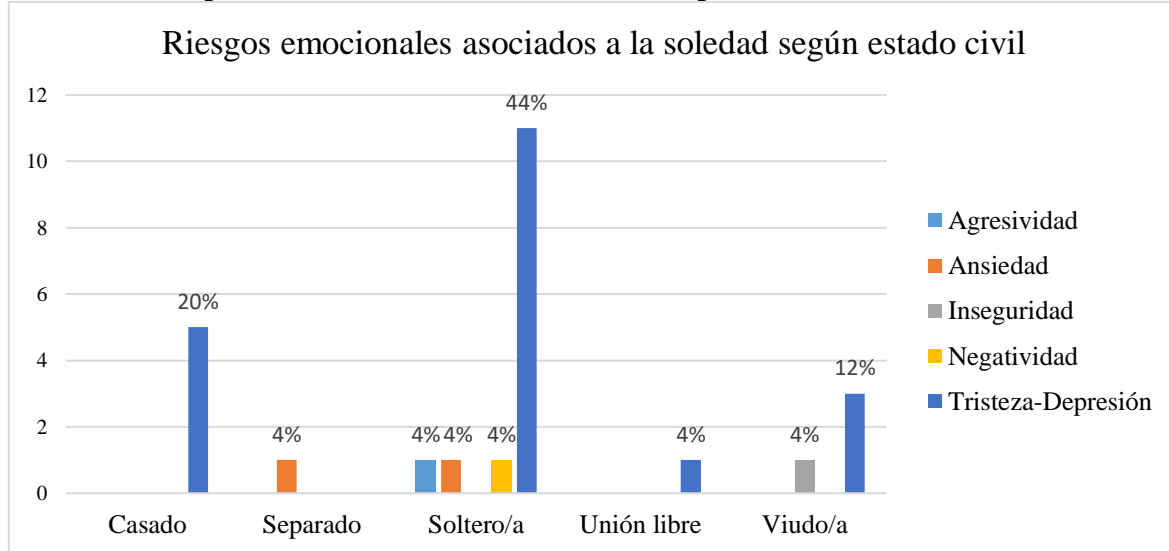
Fuente: Este estudio.

De acuerdo a la gráfica cruzada N°7 de riesgos emocionales asociados a la soledad según estado civil, se evidenció que los adultos mayores en su mayoría presentan tristeza-depresión, los adultos que están solteros/as reflejan tristeza-depresión con 11 casos (44%), seguido de los adultos que están casados con 5

casos (20%), luego se evidencia que las personas viudas/os presentan tristeza-depresión con 3 casos (12%).



Gráfica N°7 Riesgos emocionales asociados a la soledad según estado civil.



Fuente: Este estudio.

DISCUSIÓN

La soledad y los tipos de soledad es un tema relevante para abordar en el adulto mayor considerando que entre los cambios involutivos de carácter biofísico son bastantes los estudios que hablan de la morbilidad de base del adulto mayor, como enfermedades crónicas no transmisibles en Diabetes, Hipertensión arterial y las neurocognitivas como la Demencia senil, Alzheimer, Parkinson y enfermedades crónicas infecciones como EPOC, Asma, Tuberculosis, entre otras; sin embargo, son escasos los estudios colombianos que se encuentran con relación a las características y tipos del soledad, en particular en el eje cafetero son mucho más escasos. En este orden de ideas, caracterizar la soledad en algunos centros de adultos mayores constituye un aporte al tema en estudio con relación a esta población en la zona.

En primer lugar, en las características sociodemográficas prevaleció la edad en adulto sobre 80 años, en género el masculino (58,1%), nivel educativo primaria (58,1%) y estado civil soltero (48,8%). Al respecto, Chaparro, et al (2019) plantea sobre los factores biológicos que, a mayor edad de la persona, mayor será el riesgo de presentar soledad. Las evidencias muestran que la soledad es más común en las mujeres que en los hombres, ya que ejecutan menos actividades de relación social fuera de su entorno hogar, lo cual está encadenado a la

dependencia financiera que se desarrolla por el desempleo.

Por otro lado, se muestra que tanto hombres como mujeres de 60 a 75 años de edad suelen presentar en menor medida soledad a diferencia de las personas más mayores (Acosta et al., 2017); inclusive, se ha contemplado que existe una disminución de la soledad relacionada con la edad; Así mismo, el estudio compara los datos expuestos con los arrojados por el instrumento y se relacionan similarmente en la disminución de la soledad con edades más bajas.

También Chaparro, agrega que entre los factores psicosociales se encuentra el estado civil, en el que se evidencia que estar viudo o separado aumenta de manera significativa los niveles de soledad en los adultos mayores, diferente a las personas que, sí están casados, los cuales pueden experimentar menos sentimientos de soledad y/o abandono. Teniendo en cuenta el nivel educativo, si es superior refieren menos sentimientos relacionados a la soledad y para los ingresos socioeconómicos, las personas de estratos medios y altos presentan menos soledad en relación a las personas de bajos ingresos.

Es preciso señalar que, el género es un factor importante al momento de referirse qué tanto afecta la soledad a una persona, De manera que, Pizano, et al (2018) sin hacer referencia a



las patologías, las mujeres no envejecen igual que los hombres, existen diferencias de género al momento de alcanzar una edad avanzada que son notorias en cuanto al nivel demográfico y socioeconómico gracias a que existe un mayor número de mujeres adultas. En efecto, frecuentemente las mujeres tienen menos ingresos económicos y pensiones más bajas que los hombres y como resultado de esto, condiciones de vida más deplorables.

Es importante mencionar que este estudio halló resultados distintos a la literatura de Pizano, et al (2018) y como sostiene Cardona, et al (2013), donde predominó la soledad emocional para el género femenino. De otro modo, en el presente estudio la población participante en su mayoría fue de género masculino, por lo cual no coincide con la literatura revisada.

Retomando a Chaparro, et al (2019), expresa que el factor psicosocial del estado civil en el que se encuentra el adulto mayor afecta de manera significativa el estado de soledad de la persona. La investigación mostró en los resultados que hay mayor porcentaje de adultos mayores solteros/as, seguido de un porcentaje menor de personas casadas/os las cuáles pueden contar con un factor protector al tener compañía, el estudio halló mayor frecuencia de estado civil soltero, lo cual es correspondiente con lo que señala este autor. Además, indica que la viudez se relaciona con la soledad emocional o social como resultado de la pérdida de un ser querido o por experimentar el sentimiento de sentirse solo; estas dos variables se demostraron también en este estudio.

Acorde con Russo, et al (2020) la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares es uno de los problemas de salud pública más importantes en el adulto mayor. Entre las enfermedades cardiovasculares, resalta por su alta incidencia la Hipertensión Arterial, con factores asociados como la genética, la alimentación, sedentarismo, hábitos nocivos, estrés ambiental, obesidad, estrés psicosocial y la soledad. Es así, como la relación entre la soledad, el cortisol y el estrés, activan el complejo neuroendocrino donde se ve implicado el aumento de la presión arterial sistólica, dislipidemias e índice de masa

corporal. También, Elovainio, et al (2017) (Citado en Russo, et al. 2020) colige, que, se demostró que la soledad puede ser peligrosa por los criterios fisiopatológicos mencionados, dado que la soledad aumenta el cortisol, y, por tanto, puede traer consigo daño en el endotelio de los vasos sanguíneos, liberando proteínas en los procesos inflamatorios conllevando a enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer.

Para este estudio la Hipertensión Arterial, fue la morbilidad prevalente en la población estudiada, en efecto la soledad deriva a múltiples enfermedades en donde también se presenta, el EPOC, la sarcopenia, la diabetes, la dislipidemia, entre otras, que en conjunto disminuyen la calidad de vida del adulto mayor. Aunque existan estudios relacionados con la HTA y la soledad, sería importante realizar otra investigación para reafirmar estos resultados.

Simultáneamente, autores como Gale et al. y Gerino et al (citado en Palma, et al. 2021) relacionan la soledad con el riesgo de padecer una depresión, pero se añade que al presentarse esto, existe mayor riesgo de generar fragilidad física y, por otro lado, la ansiedad y la disminución de la calidad de vida. A la vez, entre los indicadores que menciona la OMS en fragilidad señala el EPOC, caídas, incapacidad funcional, depresión, ser mayor de 80 años y vivir solo, es decir, a través de las pérdidas y morbilidades que se producen en la vejez es más probable que experimenten la soledad, por tanto, es indispensable saber si los adultos mayores pueden ser independientes o dependientes en sus actividades y así mismo, si perciben el sentimiento de soledad.

Para González Rodríguez, et al (2017) el envejecimiento lleva a consecuencias inevitables, aunque la fragilidad no se presenta en muchos adultos mayores, ha sido considerada como síndrome geriátrico de forma independiente que produce disminución de la reserva fisiológica llevando a un deterioro progresivo de todos los sistemas fisiológicos con alta prevalencia al aumentar la edad, conllevando a caídas, disminuciones de movilidad, discapacidad, en su mayoría hospitalizaciones, son más dependientes de sus familiares y a veces la muerte.



En este estudio, se ve reflejada la fragilidad ligera, seguido de la fragilidad severa, dado que muchos de estos son adultos mayores independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, sin embargo, los que cursan una fragilidad se relacionan principalmente a edades superiores de 80 años, morbilidades crónicas como las cardiovasculares y la sarcopenia. El hecho de presentar fragilidad, deriva a múltiples efectos adversos, pero es indispensable que todos aquellos adultos mayores que aún están en una etapa inicial de fragilidad, tengan la posibilidad de intervenciones de prevención para mantener su adecuada autonomía en las actividades básicas del día a día para contribuir en su calidad de vida.

Retomando a Chaparro Díaz, et al (2020) menciona que la soledad genera un factor que predispone vivir con enfermedades crónicas, que en consecuencia, en muchas ocasiones el adulto mayor resulta con limitación física o funcional, en donde los familiares a veces restringen la relación o interacción con la persona enferma, por tanto, tienen un sentimiento de carga, porque no son independientes en sus actividades por su limitación de movilidad, requiriendo supervisión, ayuda de elementos de apoyo o soporte. Al respecto, Herrera (2004) indica que un adulto mayor que haya perdido su actividad y esté aislado socialmente, terminará presentando en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, llevando a deterioro cognitivo y de la salud en general.

La condición de salud de los adultos mayores de este estudio, presentan en su mayoría limitación física y funcional, sin embargo, no quiere decir que ésta población sea del todo dependiente para sus cuidadores, es decir, necesitan supervisión para algunas actividades, soportes como bastón y caminador, apoyo para sentarse o pararse, pero para alimentarse, amarrarse los zapatos, caminar y participar en actividades lúdicas son independientes y por lo tanto, suelen ser un factor protector para su bienestar y autonomía en sus acciones y decisiones.

El tiempo de permanencia en el hogar ha sido un factor determinante para mejorar o desarrollar la soledad en los adultos mayores; Los datos del estudio hallaron que la mayoría

de los adultos llevaban más de tres años institucionalizados en un hogar gerontológico; y en este sentido, Quintero, et al (2018) agrega, que la soledad aumenta significativamente en los adultos mayores no institucionalizados, a medida que se incrementa la edad. En contraste, en los adultos mayores institucionalizados aumenta de manera leve la soledad a medida que incrementa la edad, sin presentarse diferencias significativas; Al comparar los grupos de edad según los adultos que residen en hogares, se observa que el nivel de soledad predomina en los institucionalizados. Esto afirma, que los resultados arrojados por el estudio apoyan que los adultos mayores con más tiempo de permanencia en los hogares, pueden desarrollar soledad, sin embargo, en ocasiones al no tener a nadie en sus casas, convivir con otras personas y realizar actividades ha sido significativo para la disminución del sentimiento de soledad.

Seligman (1975) (Como se citó en Herrera, 2004) analiza la soledad como un mecanismo de defensa que se da como consecuencia de vivir en instituciones, de acuerdo a sus sentimientos e indagaciones realizadas en este estudio, se pudo identificar diferentes características que generan una respuesta al planteamiento del problema, para Weis (1973) la soledad tiene dos dimensiones principales, que estas se dividen en soledad social y emocional, basado en los resultados obtenidos en este estudio, se puede decir, que ambos tipos son los de mayor prevalencia en el adulto mayor. La soledad social, se evidencia en la carencia de las relaciones sociales y la soledad emocional en la falta de intimidad con otros, en el sentimiento que este genera.

La autopercepción es una de las características más importantes en la soledad, de acuerdo a la edad y el deterioro físico-cognitivo se va perdiendo la capacidad de realización de actividades generando que el adulto mayor tenga sentimientos de incapacidad y aislamiento, provocando otros sentimientos negativos como la tristeza, depresión, añoranza, nostalgia, entre otros, como se menciona anteriormente. Existen unos factores protectores de la soledad Ferreira, et al (2014) menciona entre ellos: reuniones entre los adultos mayores, grupos sociales o espirituales, fomentar las visitas,



manualidades; En este sentido, los centros de adultos mayores de esta investigación hallaron que existen diferentes actividades, para el fomento de la actividad física, entre otras, con el fin de hacerlos sentir útiles.

En los centros donde se realizó la investigación se encontró que las visitas familiares no son muy comunes en los centros visitados, las personas encargadas dicen que no se cuenta con mucho apoyo familiar. En este orden, un estudio realizado en Medellín por Cardona, et al (2009), se encontró que más del 50% de los adultos encuestados recibían visitas por parte de sus familiares, en especial el género femenino, las visitas recibidas en su mayoría son de hijos, hermanos, amigos, sin embargo, en el caso masculino, se reciben visitas de hijos, nietos, nueras o yernos, por lo menos una vez al mes.

CONCLUSIONES

Concluyendo este estudio, respondió al problema planteado sobre caracterización de soledad en los adultos mayores de acuerdo a los objetivos del estudio, sin embargo, se recomienda realizar otros estudios que reevalúen estos hallazgos, lo cual llevará a ampliar los conocimientos relacionados con esta temática que es relevante en la salud de los adultos mayores.

El estudio es válido en el contexto que se desarrolló porque configura un aporte al conocimiento desde el punto de vista social, entendido como el beneficio que implica para las instituciones donde se realizó la investigación, a quienes los llevará a una toma de decisiones frente a la atención y cuidado que demanda este grupo poblacional; agregando que también es un aporte a las políticas públicas de vejez y envejecimiento para fortalecer guías de atención que se requieren para el adulto mayor. Asimismo, se sugiere realizar otros estudios que reevalúen estos hallazgos para fortalecer este tema de atención en salud que es urgente y necesario..

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S. B., Vales García, J. J., y Rubio, L. (2017). *Soledad, depresión y calidad de vida en*

adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud. En: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>

- Aponte Daza, V. C. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP. En: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Villa Henao, E., y Quintero Echeverry, Á. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina U.P.B; Medellín Tomo 32, N.º 1, 32(1)*, 9–19. En: <https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/healthcomplete/docview/1492535598/fulltextPDF/EE5E47A83B7D493BPQ/1>
- Cardona Jiménez, J., y Villamil Gallego, M. M. (2006). *El sentimiento de soledad en el adulto mayor*. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr (Vol. 20, Issue 2). En: https://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo4.pdf
- Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A., Chavarriaga Maya, L. M., Segura Cardona, Á. M., Ordoñez Molina, J., y Osorio-Gómez, J. J. (2009). *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. Medellín, 2008. *Salud Pública, 12(3)*, 414–424. En: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42217801007.pdf>
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S., y Arias-Rojas, M. (2019). *Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería*. *Revista Cuidarte, 10(2)*. En: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>
- Ferreira Alves, J., Magalhães, P., Viola, L., y Simoes, R. (2014). *Soledad en la mediana edad y la vejez: demografía, salud percibida y satisfacción social como predictores*. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 59(3)*, 613–623. En: <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2014.06.010>
- González Rodríguez, R., Cardentey García, J., Hernández Díaz, D. de la C., Rosales Álvarez, G., y Jeres Castillo, C. M. (2017). *Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores*. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art



ext&pid=S1025-

02552017000400008&lng=es&tlng=es

- Organización Mundial de la salud. (2021, octubre 4). *Envejecimiento y salud*. OMS. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Palma Ayllón, E., y Escarabajal Arrieta, M. D. (2021). *Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores*. *Gerokomos*, 32(1), 22–25. En: <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2021000100006>
- Pinazo, S., Mónica, H., y Nunes, D. B. (2018). *La soledad de las personas mayores: Conceptualización, valoración e intervención*. Universidad de Valencia. En: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_soledad_mayores/eu_def/pilares-estudio05-SoledadPersonasMayores-Web.pdf
- Quintero Echeverry, A., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., y Cardona Jiménez, J. L. (2018, mayo). *Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados*. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública; Medellín Tomo 36, N.º 2*. En: <https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/2138067089/7C74658F2BAD44C7PQ/1?accounid=50441>
- Rojas BC, Buckcanan VA, y Benavides JG. (2019). *Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor*. *Revista Médica Sinergia*. En: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86828>
- Rubio Herrera, R. (2004, junio 30). *La soledad en las personas mayores españolas*. En: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Russo, V., Aparicio, J., Becerra, C., Castillo, C., Depablos, N., Díaz, E., Estraño, M., Fernández, J., Galeno Leryosca, Nieves, H., Rodríguez, R., y Sánchez, P. (2020). *Hipertensión arterial y percepción de soledad social en habitantes mayores de 55 años. Barquisimeto, Venezuela*. *Revista Venezolana de Salud Pública*. En: <https://revistas.uclave.org/index.php/rvsp/article/view/2874/1795>



EFFECTIVIDAD ENTRE DOS MÉTODOS UNISENSORIALES: TERAPIA AUDITIVO VERBAL EN COMPARACIÓN CON LA MUSICOTERAPIA EN NIÑOS CON IMPLANTE COCLEAR

EFFECTIVENESS BETWEEN TWO UNISENSORY METHODS: VERBAL AUDITORY THERAPY COMPARED WITH MUSIC THERAPY IN CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANT

Para citar este artículo:

Martínez J. & García Carmen (2022). Efectividad entre dos métodos unisensoriales: terapia auditivo verbal en comparación con la musicoterapia en niños con implante coclear. *Revista cuidado y ocupación humana Vol.11-1*

Fn. Jennyfer Martínez Omaña*
Esp. Fn. Carmen García Calderón **

RESUMEN

La comunicación es vital para el ser humano para la interacción con su entorno, por ello cuando un menor tiene alguna limitación para hablar, se pueden usar otros sentidos como la vista y el tacto que permitan desarrollar la fluidez, la melodía y la entonación del habla natural, de este manera la audición es la modalidad sensorial más eficiente, pero no la única necesaria para el desarrollo inicial de las habilidades funcionales del lenguaje oral, es así como con este trabajo se busca determinar el método uni-sensoriales de intervención más eficaz para logra el desarrollo del lenguaje oral en niños, con implante coclear. Métodos: La investigación corresponde a un estudio descriptivo, correlacional el cual tiene como propósito recolectar toda la evidencia que pertenezca a los criterios establecidos previamente. Resultados: fase de inclusión en la cual se seleccionan 23 artículos, siendo estos los que cumplían con los criterios de revisión. Análisis y discusión: Los hallazgos encontrados en nuestra investigación demuestran que la terapia auditivo verbal es más efectiva al momento de lograr el desarrollo del lenguaje. Conclusiones: Orientar la investigación a un proceso de revisión sistemática con estudio bibliométrico, en la cual se logra identificar que la terapia auditivo verbal fue la más efectiva para desarrollar la audición y el lenguaje oral, alcanzando el proceso de comunicación en los niños con implante coclear.

PALABRAS CLAVE: Implante coclear, Terapia auditivo verbal, musicoterapia, métodos unisensoriales, lenguaje.

ABSTRACT

We communicate it is vital for the human being for the interaction with the environment; Therefore, when a minor has some limitation to speak, other senses such as sight and touch can be used, which allow the development of fluency, melody and intonation of natural speech; That is why hearing is the most efficient and effective sensory modality, but not the only one necessary for the initial development of functional oral language skills. This is how this work seeks to determine the most effective unisensorial method of intervention to achieve development. of oral language in children with cochlear implants. Methods: The research corresponds to a descriptive, correlational study whose purpose is to collect all the evidence that belongs to the previously established criteria. Results: inclusion phase in which 23 articles were selected, these being the ones that met the review criteria. Analysis and discussion: The findings found in our research show that auditory-verbal therapy is more effective when it comes to language development. Conclusions: To direct the investigation to a systematic review process with a bibliometric study, in which it is possible to identify that verbal auditory therapy was the most effective to develop hearing and oral language, reaching the communication processes in children with cochlear implants. .

KEY WORDS: Cochlear implant, auditory verbal therapy, music therapy, unisensory methods, language.



INTRODUCCIÓN

Los seres humanos nos comunicamos con nuestros iguales y con el entorno que nos rodea, a través del lenguaje oral. A pesar de que los niños pueden aprender a hablar usando otros sentidos como la vista y el tacto, cierta información como la fluidez, la melodía y la entonación del habla natural, sólo se dan mediante las ondas sonoras, por eso la audición es la modalidad sensorial más eficiente y efectiva para el desarrollo inicial de las habilidades funcionales del lenguaje oral

(1) (2); siendo estas íntimamente relacionadas, puesto que el lenguaje se desarrolla gracias a la audición. En el caso de las personas con pérdida auditiva, su principal problemática es, que, al estar alterado su órgano auditivo, este interfiere en su desarrollo normal de su lenguaje. (3)

De acuerdo a lo anterior, cuando existe un problema en los oídos o en alguna de sus estructuras que dificultan la audición se denomina pérdida auditiva o hipoacusia; siendo está definida como la disminución de la percepción auditiva, que en el caso de los niños no les permite aprender correctamente su propia lengua (4)(5)(6). La disminución de la percepción auditiva se puede clasificar de la siguiente manera: leve, moderada, severa y profunda. Pueden ser leves cuando sólo surgen problemas de audición con voz baja y ambiente ruidoso, moderadas cuando se evidencia dificultades con la voz normal, pero presentan problemas en la adquisición del lenguaje y en la producción de sonidos, severas sí sólo se oyen gritos o se usa amplificación, por lo que se puede llegar a desarrollar el lenguaje por medio de intervenciones, son profundas, cuando la comprensión es prácticamente nula, incluso con la amplificación, no se llega a producir un desarrollo espontáneo del lenguaje. (7)(8)

La solución de brindar al niño un dispositivo tecnológico no significa que va a cubrir en su totalidad la necesidad comunicativa ya que es necesario realiza una calibración, control y seguimiento junto con una adaptación de un nuevo medio acústico o adquisición del lenguaje. En definitiva, el implante coclear, es un dispositivo que tiene como función transformar los sonidos del exterior en energía eléctrica, siendo capaz de actuar sobre el

nervio auditivo, desencadenando una sensación de audición en el individuo (9)(10). Compuesto por diferentes partes, entre las externas destacan el micrófono, el procesador del habla y la bobina transmisora, mientras que la parte interna consta de, un receptor-estimulador y electrodos (11). Por esta razón los métodos uni-sensoriales son los más precisos para lograr la producción oral, donde se evidencia la Terapia Auditivo Verbal, esta tiene como propósito que el niño aprenda a escuchar su voz y las voces de los otros, además de los sonidos ambientales, pero sobre todo aprender a decodificar los sonidos del habla, es decir, aprender a procesar el lenguaje oral, aprovechando la plasticidad cerebral que presenta el niño en este momento (12)(13)(14). De igual manera encontramos la musicoterapia, teniendo en cuenta que es una práctica terapéutica, utilizada actualmente en diferentes campos de ciencias de la salud y la medicina rehabilitadora, implementándose como una herramienta para la intervención de procesos cognitivos complejos, como lo es el lenguaje. (15)

Por consiguiente, la audición juega un papel importante en la producción y recepción del lenguaje, así como en las competencias lingüísticas que, en el caso de los niños con discapacidad auditiva, se verán comprometidas. Por consiguiente, el presente texto aborda una revisión sistemática de la literatura por medio de un estudio bibliométrico, donde se pretende demostrar qué método uni-sensorial es más efectivo entre la terapia auditivo verbal en comparación con la musicoterapia para el desarrollo del lenguaje en niños con implante coclea, mediante una búsqueda de artículos basados en evidencia. Esta investigación nace tras la necesidad de analizar el método más efectivo para lograr la adquisición del lenguaje, debido a que el lenguaje oral en los niños con implante coclear es totalmente diferente a la de los normo-oyentes, ya que presentan déficits en las diferentes dimensiones del lenguaje (16)(17). En el marco de este contexto, surge el interrogante de investigación: ¿Es más eficaz la terapia auditivo verbal o la musicoterapia para lograr el desarrollo del lenguaje oral en niños con implante coclear?, en este sentido fue planteado el siguiente objetivo de la investigación: Determinar el método uni-



sensorial de intervención eficaz para lograr el desarrollo del lenguaje oral en niños con implante coclear.

METODOLOGÍA

La investigación corresponde a un estudio descriptivo, correlacional el cual tiene como propósito recolectar toda la evidencia que pertenezca a los criterios establecidos previamente, teniendo como fin determinar cuál es el método uni-sensorial más recomendable para intervenir el lenguaje en niños con implante coclear, por medio de la revisión sistemática, siendo esta una parte integral de la investigación. Si bien, es una importante herramienta que sirve para informar y desarrollar la práctica e invitar a la discusión en el trabajo académico. (18)(19)

Las revisiones sistemáticas se necesitan cuando existe una pregunta puntual generalmente relacionada con efectividad, varios estudios primarios y una incertidumbre marcada. Sea con finalidad clínica o académica, es necesario entender que la revisión bibliográfica es un paso previo que se da antes de comenzar a realizar una investigación. Con la revisión bibliográfica nos aproximamos al conocimiento de un tema y es la primera etapa del proceso de investigación ya que nos ayuda a identificar qué se sabe y qué se desconoce del mismo. La revisión bibliográfica es una sinopsis que suma diferentes investigaciones y artículos que nos da una idea sobre cuál es el estado actual de la cuestión a investigar. (20)(21)(22).

Tipo de análisis

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 21 “Statistical Package for the Social Sciences” siendo un estudio descriptivo y de correlación de Pearson destacando las principales variables y características de los artículos científicos consultados y la importancia del mismo con base a las citas.(23)(24) Se evidencia el análisis del nombre de la revista, país de publicación de la investigación, tipo de investigación que fue desarrollada por los autores y que fue reportada en el artículo de manera explícita, año en que el artículo es aceptado y publicación, factor de impacto y evaluación de la importancia relativa de cada uno según las citas recibidas por los artículos publicados (25)

Criterios de selección de los artículos:

1. Definición de los conceptos claves: La revisión emerge de la composición de un eje temático en salud, en este caso, la intervención fonoaudiológica para niños con implante coclear donde se deseaba obtener información acerca del desarrollo del lenguaje por medio de métodos uni- sensoriales; en la que se descartaron presupuestos conceptuales a partir de la revisión de tema que permitieron la selección y categorización de los conceptos claves de la búsqueda.
2. Artículos con diferente idioma al español e inglés, debían estar indexados a revistas clínicas.
3. Los conceptos se categorizaron en función de la revisión de las fuentes primarias.

Criterios de inclusión: Línea de tiempo ventana menor o igual a 5 años, artículos en cualquier idioma, población niños con implante coclear de 0 a 12 años.

Criterios de exclusión: Línea de tiempo ventana mayor a 5 años, especie animales, población adultos con implante coclear o niños que presenten más de 12 años.

Se utiliza revisión de palabras claves las cuales son implante coclear, terapia auditivo verbal, musicoterapia, métodos uni-sensorial y lenguaje en el DeCS y el Mesh. (Ver tabla 1) Todas las palabras que se utilizaron para los cruces no se encontraron en las páginas, pero eran de vital importancia para la investigación, por esta razón se tuvieron en cuenta como palabras claves.

Tabla 1. Definiciones de palabras claves en el DeCS y Mesh.

DECS	MESH	DEFINICIÓN
Implante Coclear	cochlear implant	Es un producto sanitario implantable activo de alta tecnología que consiste en un transductor que transforma las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo.



Terapia Auditiva Verbal	verbal auditory therapy	Es un enfoque terapéutico para la educación de los niños sordos en el que se enfatiza el desarrollo de las habilidades auditivas para desarrollar el lenguaje a través de la audición.
Musicoterapia	Music therapy	Se refiere al uso de la música como un método creado para intervenir, facilitar, promover la comunicación, las relaciones personales, autoestima, el aprendizaje, el movimiento, la expresión.
Métodos Unisensorial	unisensory methods	Utilizados para la intervención con la población usuaria de implantes cocleares u otras ayudas auditivas.
Lenguaje	Language	Un medio, verbal o no verbal, de comunicar ideas o sentimientos.

Fuente: Los Autores

A razón de la dinámica descrita, se realizaron dos revisiones documentales, la primera para incluir o excluir estudios y en un segundo momento se valoró la evidencia ofrecida por los estudios incluidos a las matrices de análisis. La variable dependiente tomada para el estudio es implante coclear y las variables independientes del estudio son terapia auditivo verbal, musicoterapia, métodos unisensoriales, lenguaje, desarrollo del lenguaje, realizando un cruce de variables, por medio de la herramienta matriz de búsqueda. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Cruce de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	CRUCE DE VARIABLES
cochlear implant	verbal auditory therapy	cochlear implant + verbal auditory therapy
	Music therapy	cochlear implant + Music therapy
	Unisensory methods	cochlear implant + Unisensory methods
	Language	cochlear implant + Language

Fuente: Los Autores

Filtros de la información

Para este punto, la investigación fue llevada a cabo según las consideraciones de la Colaboración Cochrane para la elaboración de estudios; seguido a esto se realizó una búsqueda computarizada en la base de datos para identificar resúmenes relevantes que correlacionaban los cruces de las variables, la estrategia se aplicó en las siguientes bases de datos Trip, PubMed, Scopus, Elsevier, Springer Link, Taylor y Francis online. (26) Los conceptos de revisión fueron comparados con las variables del estudio en función de la naturaleza conceptual de cada descriptor (27) Planteándose la indagación, recolección y análisis de la información científica establecida en una ventana de tiempo de 5 años, artículos, full text, y que refieren la aplicación para en seres humanos, en población de niños con implante coclear que se encuentren entre la edad de 0 a 12 años.

Otro de los métodos empleados y que orientó la investigación fue la metodología PICO. Esta metodología hace referencia a: “P” hace alusión al problema, es este caso la alteración se encuentra en los procesos léxicos, “I” hace mención a la intervención, la cual se llevará a cabo en esta fase de la investigación, “C” significa comparación, “O” son los resultados que se esperan lograr por medio de esta investigación. (Ver Tabla.3) siendo una estrategia aplicada para construir diversos tipos de preguntas de investigación originadas en la práctica clínica, esta es frecuentemente utilizada para la formulación de interrogantes sobre tratamiento o intervenciones, la formulación de este tipo de preguntas sirve para mejorar la especificidad y claridad conceptual de los problemas clínicos a estudiar. (28)(29)(30)

Tabla 3. Metodología PICO

PROBLEMA (P)	INTERVENCIÓN (I)	COMPARACIÓN (C)	RESULTADOS (O)
Niños con Implante coclear	Método unisensorial Terapia Auditivo verbal	Método unisensorial musicoterapia	Efectividad Para lograr el desarrollo del lenguaje oral.

Fuente: Los Autores

Evaluación de calidad



Se utiliza el sistema Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para la calificación de los artículos, en el cual se obtiene la calidad de la evidencia donde se clasifica, inicialmente, en alta o baja, según provenga de estudios experimentales u observacionales; posteriormente, según una serie de consideraciones, la evidencia queda en alta, moderada, baja y muy baja. La fuerza de las recomendaciones se apoya no solo en la calidad de la evidencia, sino en una serie de factores como son el balance entre riesgos y beneficios, los valores y preferencias de pacientes y profesionales, y el consumo de recursos o costos. (31)(32).

RESULTADOS

En primera instancia se plantea una revisión sistemática meta analítica (MA), teniendo como fin aportar información útil y manejable para facilitar la comprensión acerca del efecto de un tratamiento o intervención tanto en grupos específicos como generales de pacientes, usando una método estadístico para combinar los resultados de dos o más estudios.(33) (34) (35) Al momento de analizar los parámetros establecidos por la MA, se evidencia que los artículos encontrados para la investigación no cumplían con los requisitos establecidos por la misma. Teniendo en cuenta que estos requisitos eran fundamentales para llegar a la realización de un estudio meta analítico. En los artículos seleccionados no se encontraba una muestra de personas mayor o igual a 100 participantes, se realizaba comparación en cuento a la población más no en la intervención, no se evidenciaban resultados cuantitativos y los estudios no tenían un tiempo de intervención mayor o igual a dos años. Es por esta razón que se plantea una revisión sistemática con un estudio bibliométrico donde se pueda dar una respuesta a la comparación de los métodos uni-sensoriales y se pueda establecer cuál es la más efectiva.

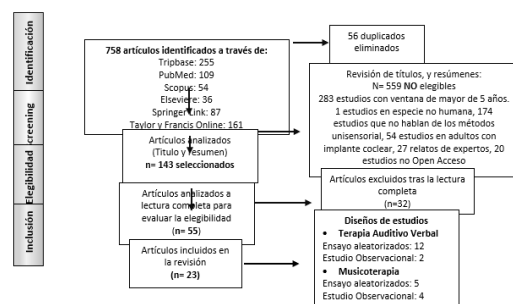
Localización de artículos y aplicación de criterios de inclusión al estudio:

Con el fin de asegurar la fiabilidad de los artículos, se tuvo en cuenta los siguientes

desenlaces: Se intervinieran a niños con implante coclear menores de 12 años, uno de los grupos de niños recibiera intervención con terapia auditivo verbal o intervención con musicoterapia, que presente alguno de los siguientes eventos como resultados individuales o combinados: Intervención para el desarrollo del lenguaje, estimulación del lenguaje, expresión, producción oral, prosodia, se tuvo en cuenta que fueron estudios aleatorizados o estudios observacionales. Se realizó una búsqueda manual a partir de diferentes estudios seleccionados. En el siguiente diagrama de flujo (Ver figura 2) se da el proceso de selección de los artículos tomados para la investigación.

Las fases de análisis e inclusión de artículos se dio de la siguiente manera: en la primera fase de identificación se evidenció en las bases de datos consultadas (Trippbase, PubMed, Scopus, Elseviere, Springer Link, Taylor y Francis online) que fueron encontrados 758 artículos, eliminando 56 artículos que se encontraban duplicados, dando como resultado 702 artículos, en la segunda fase Screening se realiza la selección de artículos, se obtuvieron 146 escritos que cumplían con los criterios en su título y resumen, en la tercera fase de elegibilidad, fueron seleccionados 55 artículos de los cuales se le realiza la lectura completa para llegar a la cuarta fase de inclusión en la cual se seleccionan 23 artículos, siendo estos los que cumplían con los siguientes criterios de revisión: 1. Contener en su título o palabras clave alguno de los conceptos de revisión o variables del estudio. 2. Haberse publicado en los últimos 5 años. 3. Estudios experimentales desarrollados en Humanos. 4. Estar indexados en las bases de datos en las categorías de Open Access. (Ver figura 1)

Figura 2. Diagrama de flujo sobre la selección de los artículos originales.



Fuente: Los autores



Análisis estadístico descriptivo:

En el siguiente apartado se presentan los hallazgos obtenidos a partir del estudio bibliométrico de la Terapia auditivo verbal comparado con musicoterapia para lograr el desarrollo del lenguaje en niños con implante coclear, para ello se realizó un análisis estadístico descriptivo y de correlación de Pearson destacando las principales variables y características de los artículos científicos consultados y la importancia del mismo con base a las citas.

Se presentan las variables nominales de los estudios consultados, teniendo en cuenta que los años de publicación de los artículos científicos se encuentran en los años 2016, 2017, 2018, 2019, y 2020. (Ver tabla 4)

Por otra parte, la calidad de las revistas donde fueron publicados los 23 artículos corresponde a “SCImago Journal & Country Rank” en la base de datos Scopus. El 60,9 % se encuentran en Q1, el 13% en Q2, el 4% Q3 y sin categoría un 21,5 %. En cuanto al diseño de la investigación los tipos de estudios de los artículos corresponden al 4,3 % a estudios descriptivos, 13 % diseños experimentales, 17,4 cuasi-experimentos, 8,7 % estudio correlacionar-observacional, 34,8 % diseño de casos y controles y un 21,7 % a revisiones sistemáticas. (Ver tabla 4)

Las revistas de los artículos seleccionados fueron encontradas en las siguientes bases de datos: 4,3% Tripbase, 17,4 % Elseviere, 43,4 % PubMed, 17,4 % Scopus, 8,7 % Springer Link y 8,7 % Taylor y Francis online. Igualmente dentro del análisis estadístico descriptivo, la Calidad de la evidencia de los artículos obtenida a través del modelo “Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)” correspondió a un 73,9 % Alta, 13,0 % Moderada, 4,3 % Baja y 8,7 % Muy Baja. (Ver tabla 4)

Otro factor importante es el origen de las investigaciones relacionadas con la Terapia auditivo verbal comparado con musicoterapia, donde un 13 % corresponde a Brasil, 17,2 % a los estados Unidos y el porcentaje restante que equivale a 68 % a países como Alemania, Arabia, Canadá, Chile, China, Colombia, Egipto, España, Estocolmo / Suecia, Helsinki /

Finlandia, Noruega, Reino Unido, Tehran / Iran, Turquía y Zagazig. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Características descriptivas del análisis bibliométrico

		n	(%)
Año de publicación	2016	5	21,74
	2017	3	13,04
	2018	4	17,39
	2019	7	30,43
	2020	4	17,39
Indexación Revista	Indexada	18	78,26
	No Indexada	5	21,74
Cuartil	Q1	14	60,9
	Q2	3	13,0
	Q3	1	4,3
	categoría	5	21,7
Diseño de la investigación	Experimental	1	4,3
	Cuasi experimental	3	13,0
	Descriptivo	4	17,4
	Correlacional	2	8,7
	Casos y controles	8	34,8
	Revisión sistemática	5	21,7
Base Datos	Tripbase	1	4,3
	Elseviere	4	17,4
	PubMed	10	43,4
	Scopus	4	17,4
	Springer Link	2	8,7
	Taylor y Francis online	2	8,7
			5
Significancia	-----	5	21,7
	1	14	60,9
	2	4	17,4
Calidad de la evidencia	Alta	17	73,9
	Moderada	1	13,0
	Baja	3	4,3
	Muy Baja	2	8,7
País de origen del artículo	Alemania	1	4,3
	Arabia	1	4,3
	Brasil	3	13,0
	Canadá	1	4,3
	Chile	1	4,3
	China	1	4,3



Colombia	1	4,3
Egipto	1	4,3
España	1	4,3
Estados Unidos	4	17,2
Estocolmo / Suecia	1	4,3
Helsinki / Finlandia.	1	4,3
Noruega	1	4,3
Reino Unido	1	4,3
Teherán / Irán	1	4,3
Turquía	2	8,7
Zigzag	1	4,3

Fuente: Los Autores

En los indicadores estadísticos asociados a las variables de muestra para los estudios se evidencia que presenta una desviación estándar de 38,1009 siendo esta el índice mayor numérico de la dispersión de un conjunto de población con una sucesión de 54,172 y un convergente de 21,220, mientras que en citas se evidencia una desviación estándar de 16,3482 una sucesión de 15,983 y un convergente de 1,844. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Indicadores estadísticos asociados a las variables de citación y muestra para los estudios.

CARACTERÍSTICAS	MEDIANA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	IC 95%:	
						LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Muestra de los estudios	37,6	25,00	0,0	144,0	38,1009	21,220	54,172
Citas	8,913	2,000	0,0	59,0	16,3482	1,844	15,983

Fuente: Los Autores

Los indicadores bibliométricos y la relación de la calidad de la evidencia de los artículos reportados en la Terapia auditivo verbal comparado con musicoterapia para lograr el desarrollo del lenguaje en niños con implante coclear utilizando Grade Pro, destacando a nivel estadístico la variabilidad de citación con relación a la calidad de la evidencia Alta y Baja que tiene una tendencia de sesgo positivo. Las medidas de tendencia central, como media, mediana y moda y su relación con la asimetría y curtosis, permiten inferir que estas medidas de distribución nos llevan identificar

el grado de separación o agrupamiento de los valores evaluados y su distribución de forma uniforme, que para este caso son asimétricas con un sesgo hacia la izquierda. (Ver tabla 6). Se obtiene los resultados de tipo narrativo, evidenciando que de los 23 artículos incluidos en nuestra investigación, 12 son ensayos aleatorizados y 2 son estudios observacionales los cuales hacen énfasis a la terapia auditivo verbal, mientras que 5 son ensayos aleatorizados y 4 son estudios observaciones que hace referencia a la musicoterapia (Ver figura 1).

En base a estos resultados se puede dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, infiriendo que la terapia auditivo verbal en comparación con la musicoterapia es más efectiva, debido a que, en los artículos encontrados se muestra una alta calidad de evidencia y un mayor número estudios observacionales de la Terapia auditivo verbal donde se interviene el desarrollo del lenguaje en niños con implante coclear dándose a conocer resultados de gran impacto en la población de estudio y de esta manera ayudando a responder nuestra pregunta de investigación.

Tabla 6. Indicadores estadísticos asociados a las variables citación y calidad de la evidencia

DESCRIPTIVOSA ^B (GRADE)				
Calidad Evidencia		Estadístico	Error tít.	
CITAS	Alto	Media	7,412	3,5273
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	-,066
			Límite superior	14,889
		Media recortada al 5%	4,958	
		Mediana	3,000	
		Varianza	211,507	
		Desv. Típ.	14,5433	
		Mínimo	0,0	
		Máximo	59,0	
		Rango	59,0	
		Amplitud intercuartil	7,5	
		Asimetría	3,179	0,550
		Curtosis	10,926	1,063



Baja	Media	18,333	17,3429		Correlación de Pearson	1	0,205
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior - 56,287	MUESTRA	Sig. (bilateral)		0,414
			Límite superior 92,954		N	18	18
	Media recortada al 5%				Correlación de Pearson	0,205	1
	Mediana	2,000		CITAS	Sig. (bilateral)	0,414	
	Varianza	902,333			N	18	18
	Desv. Típ.	30,0389					
	Mínimo	0,0					
	Máximo	53,0					
	Rango	53,0					
	Amplitud intercuartil						
	Asimetría	1,723	1,225				
	Curtosis						

Fuente: Los autores

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La audición es el primer sentido en integrarse durante la gestación, permitiendo al feto oír la voz de la madre y los sonidos corporales maternos que alcanzan el útero. Por tanto la capacidad auditiva inicia su relación con el mundo exterior por medio del sistema auditivo, el sistema óseo y los resonadores de la madre siendo estas las principales vías de transmisión de los eventos sonoros exteriores, por tal razón el desarrollo embriológico es de suma importancia para la identificación de alteraciones auditivas posteriores al parto.(36)(37) Dado que la audición es un proceso complejo y de vital importancia en la vida de los seres humanos, más de lo que se piensa habitualmente. Iniciando con la llegada del sonido al tímpano hasta la percepción de este, desde que la señal choca con la membrana timpánica es sometida a una serie de transformaciones convirtiéndose en señal eléctrica. (38) Esta señal es transferida desde el oído a través de complejas redes neuronales a diferentes áreas del cerebro para su análisis y comprensión. Para entender la manera en cómo se oye, se debe tener conocimiento de que los sonidos son vibraciones invisibles que se desplazan por el aire en todas las direcciones, siendo denominadas ondas sonoras. (39)(40)

Para que se produzca el fenómeno de la audición es necesario que el sonido, que es un movimiento vibratorio de energía mecánica, sea transformado a energía eléctrica para ser interpretado por las células del lóbulo temporal, en este proceso intervienen las siguientes estructuras: Pabellón auricular, conducto auditivo externo (CAE), membrana timpánica, huesecillos (Martillo, yunque, estribo), trompa de Eustaquio, cóclea, canales semicirculares, ventana oval y redonda, órgano de Corti, nervio facial y nervio vestibular.(41)(42)(43).

Fuente: Los autores

Para el análisis de correlación se establece el grado o fuerza que produce la relación entre dos variables, para el caso de la investigaron, se utilizó el análisis de correlación de Pearson. Es importante recordar que en el análisis de correlación en ningún momento desea explicar causalidad, sino únicamente la relación entre las variables como relación positiva o relación negativa. El análisis de correlación se efectuó entre la muestra y las citas de los estudios; es decir, se correlaciono la variable muestra de cada artículo seleccionado y su número de citas.

Como se puede apreciar en la Tabla 7, los resultados obtenidos de la aplicación de la correlación de Pearson a los datos de las variables muestra y citas, por medio del programa estadístico SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences); se evidencia una correlación de 0,205**con un grado de significación del 0,414. Esto quiere decir que la correlación del tamaño de muestra de los artículos se relaciona de forma lineal en el mismo sentido con el número de citas, pero esa relación es muy débil y no es significativa.

Tabla 7. Correlación entre la muestra y las citas de los estudios.

CORRELACIONES	
MUESTRA	CITAS



A lo largo de la vía auditiva intervienen unas habilidades que van conformando el procesamiento de la información auditiva hasta llegar a las áreas de interpretación del cerebro. Estas habilidades son: Atención auditiva es la habilidad para prestar atención a señales auditivas verbales y no verbales. Localización auditiva se considera la habilidad para localizar la fuente sonora. Discriminación auditiva es la habilidad para diferenciar sonidos y sonidos del habla detectando si estos son iguales o diferentes y sus cualidades. Aspectos temporales se considera la habilidad para detectar los distintos aspectos temporales en una señal acústica. (44) Asociación auditiva es la habilidad para identificar un sonido con la fuente o situación que lo produce.

Desempeño auditivo frente a señales acústicas competitivas es la habilidad para identificar un sonido o palabra enmascarado por un ruido de fondo igualmente, implica la capacidad de reconocer dos estímulos sonoros presentados de forma simultánea. Desempeño auditivo frente a señales acústicas degradadas es la habilidad para comprender la totalidad de una palabra, aunque falte parte de la información y la Memoria auditiva se considera la habilidad para almacenar, recordar y reconocer el orden de presentación de estímulos auditivos verbales y no verbales. (45)(46)

De acuerdo a lo anterior, el implante coclear le ofrece a la mayoría de los niños con pérdida auditiva, la posibilidad de tener acceso a la detección de todos los sonidos del habla y un nivel auditivo promedio de alrededor de 30 dB HL para todas las frecuencias. El niño podrá obtener cierta información acústica si se realiza una intervención de las habilidades auditivas dirigida a mejorar la actividad sensitiva del oído llegando a la lograr la comprensión, nominación, acceso lexical, significantes-significados aumentando de esta manera el vocabulario y la expresión de los procesos de interacción comunicativa. (47)(48)(49)

Varios estudios encontrados en la investigación demuestran que durante los primeros cuatro años de vida la estimulación lingüística y las correcciones en el lenguaje de los niños, son importantes y concluyentes para la buena adquisición y progreso del mismo; estando ligado al buen desarrollo de la inteligencia y capacidad de pensar. Siendo esto posible gracias a la plasticidad cerebral que el infante posee ya que es la edad propicia de prolongaciones neuronales, lo que posibilitan una mayor capacidad para el aprendizaje. Asimismo, el lenguaje tiene un papel importante en el desarrollo psicológico, gracias a este, se puede expresar pensamientos, emociones y sentimientos que nos permite una mayor comprensión y expresión con los pares. (18)(50).

Para los niños con implante coclear se ha evidenciado que logran el reconocimiento del habla en formato abierto, siendo este el proceso de comprensión del lenguaje por un medio telefónico o el dialogo en una conversación. Se debe tener en cuenta que no es suficiente con implantar al niño y esperar que la capacidad auditiva se desarrolle espontáneamente. Una intervención temprana llevara a un abordaje específico donde se promueve, acelere e incremente los beneficios que el niño puede recibir con el dispositivo implantado. (6)(51)

Teniendo en cuenta que una intervención temprana ayudará a potenciar el total desarrollo del niño, se confirma que hay una conexión positiva entre el momento del comienzo de la habilitación/rehabilitación y el nivel del desarrollo del lenguaje en niños que presentan una limitación auditiva.(52)(53) Los hallazgos encontrados en nuestra investigación demuestran que la terapia auditivo verbal es más efectiva al momento de lograr el desarrollo del lenguaje, dando como certeza en primera instancia que los niños pueden alcanzar habilidades de lenguaje comparable a sus compañeros oyentes; segundo puede ayudar a niños mayores (más de 3 años) con implante colear a desarrollar destrezas del habla y un lenguaje adecuado para su edad y por último, aprenden a reconocer palabras con precisión e incluso en presencia de sonidos de fondo.



Así mismo este método uni-sensorial presenta un enfoque auditivo verbal, el cual se enfatiza en el desarrollo de la audición y el lenguaje a través del juego, las canciones, rutinas diarias, así como también actividades terapéuticas estructuradas. Fomenta el uso de la audición para el aprendizaje del lenguaje verbal, siendo un estilo de interacción, considerándose una

“forma de vida” para ser practicada diariamente. (54)(55) Por consiguiente la terapia auditivo verbal es individualizada y adaptada a las necesidades específicas de cada niño y la participación de los padres a través de la observación, discusión, asesoramiento y participación activa en todas las sesiones de terapia es de suma importancia. (56) Cabe resaltar que se incorpora el desarrollo del lenguaje oral a través de la audición, dentro de todos los aspectos de la conducta social, emocional y cognitiva del niño, de manera que la audición se convierta en una parte integral de su vida. Por otra parte la música ha sido analizada a lo largo de la historia como un mecanismo primordial en el desarrollo de las evoluciones. En ciertas culturas, la música constituía parte de las ceremonias religiosas y de las sanaciones de los enfermos, en la antigua Grecia, la música era contemplada como una fuerza que difundía el pensamiento, las emociones, y la salud física. Junto con el avance en los conocimientos sobre anatomía, fisiología, y medicina. (57)(58) La música empezó a ser incorporada en los tratamientos para la depresión y para mejorar la salud emocional.

En 1790, las primeras publicaciones sobre el uso de la música de forma medicinal presentaron los conceptos básicos que luego servirían como los principios para la consolidación de la musicoterapia. (59) Sin embargo, no fue hasta fines de la Segunda Guerra Mundial que se empezó a reconocer el valor de la musicoterapia como tratamiento, sirviendo para rehabilitar la salud física y mental de los soldados. Hoy en día, la musicoterapia es una profesión de la salud que se dirige a un amplio espectro de necesidades físicas, emocionales, cognitivas, sociales y de comunicación en las personas.

Fue cuestionada en el siglo XXI, por esta razón se investigaron las áreas activadas ante estímulos tanto lingüísticos como musicales. Wernicke y Broca, áreas centrales del lenguaje, parecen ir más allá de la zona concreta con la que se relacionan desde su descubrimiento, es más, se evidencian relacionados indicios de su activación ante estímulos puramente musicales no verbales. Los estudios comparativos entre ambos tipos de procesamiento, música y lenguaje, se han ido matizando con el tiempo, gracias a una mejoría de las técnicas como la magnetoencefalografía o tomografía por emisión de positrones, entre otras, que permiten observar con mayor precisión, las áreas implicadas en ambos procesamientos. (57)(60).

Las áreas de Broca y de Wernicke, se han relacionado como estructuras exclusivas del procesamiento de la música y del lenguaje. La musicoterapia utiliza recursos y estímulos sonoros variados ofreciendo múltiples posibilidades de tratamiento a patologías de etiología muy diferente y complejas entre estas encontramos el implante coclear, el entrenamiento musical puede conducir a mejorar la percepción de música y prosodia de discurso emocional, y por lo tanto puede ser una intervención complementaria para apoyar la rehabilitación auditiva y del lenguaje después de la implantación coclear (61).

En todos los artículos encontrados respecto a la rehabilitación del lenguaje oral se puede evidenciar que los resultados obtenidos son positivos y prometedores ya que se reflejan una ligera mejoría en el desempeño de tareas relacionadas con el ritmo, compromiso recíproco en la música (es decir, cantando juntos al terapeuta) y aumento de sus expresiones faciales siendo estas más notorias, pero no logran en su totalidad llegar a un incremento de producciones orales en los niños implantados.

CONCLUSIONES

No se evidencian criterios de selección de artículos para realizar el proceso de revisión sistemática meta-analítica en el estudio de comparación de dos métodos uni-sensoriales para lograr el desarrollo del lenguaje en niños con implante coclear, pero los artículos



encontrados fueron de vital importancia para orientar la investigación a un procesos de revisión sistemática con estudio bibliométrico, en la cual se logra identificar que la terapia auditivo verbal fue la más efectiva para desarrollar la audición y el lenguaje oral, alcanzando el procesos de comunicación en los niños con implante coclear.

Al momento de realizar una intervención en niños con implante coclear se debe tener en

cuenta la musicoterapia como un método uni-sensorial eficaz ya que nos brinda una forma fructífera de aprendizaje y transformación de la información para los infantes, aumentando sus emociones, estados de ánimo, ritmo, melodía y su interacción social con sus pares. Siendo esta una estrategia de un apoyo para lograr la comunicación expresiva y las habilidades auditivas mediante la improvisación, recreación y compromiso.

Es importante seguir indagando estudios acerca del lenguaje en niños con implante coclear, debido a que se pueden observar diferentes alternativas de intervenciones de métodos uni-sensoriales que lograban el lenguaje, para las siguientes investigaciones se da como propuesta un estudio de caso donde se puedan observar la intervención de la terapia auditivo verbal y la musicoterapia para llegar a evidenciar cuál es la más efectiva al momento de realizar la comparación de los dos métodos uni-sensoriales, teniendo en cuenta que la población que se utilice presente los mismos criterios de inclusión, para dar una mayor validez a la investigación planteada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarant J, Garrard P. Parenting stress in parents of children with cochlear implants: relationships among parent stress, child language, and unilateral versus bilateral implants. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2016; 19: 85–106.
2. Constanza Díaz S, Gloria Ribalta L, Marcos Goycoolea V, Felipe Cardemil M, Pilar Alarcón F, Raquel Levy G, Mónica Sierra G, Mauricio Cohen V, Tomás Labatut P, Ernesto Reid G., Desarrollo de lenguaje en niños con implante coclear en centro terciario de salud: Serie clínica, *Otorrinolaringol.*, 2018
3. Dr. Héctor Eduardo Álvarez Amador ; Dra. Nuris Vega Ulloa ; Dr. Luis Castillo Toledo I ; Dr.C. Jorge Santana Álvarez; Dra. María de los Ángeles Betancourt Camargo ; MsC. María de los Ángeles Miranda Ramos, Comportamiento de la hipoacusia neurosensorial en niños, 2017.
4. Augusto PeñarandaI; Juan Carlos MendietaII; Jorge Andrés PerdomoII; María Leonor AparicioI; Lina Marcela MarínII; Juan Manuel GarcíaI; Clemencia Barón, Beneficios económicos del implante coclear para la hipoacusia sensorineural profunda, revista panamericana de salud pública, 2017.
5. Rhoades, E y Chisholm, T. Enfoque para niños sordos o con dificultades auditivas con un auditivo-verbal. Enfoque para niños sordos o con problemas de audición *Volta Review*, 102(1), 5-24. (2016).
6. Ríos Forero NL, Cáceres Torres JS, Contreras Palomo MY, Rubio Duarte MC, Valencia Muñoz DF, Procesos de intervención fonoaudiológica en niños con prótesis auditivas, revista científica signos fonicos, 2017.
7. Yucel, E., Derim, D., y Celik, D. Las necesidades de los padres de niños con discapacidad auditiva que asisten al programa de asesoramiento auditivo de terapia auditivo verbal. (2018). *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*,
8. Talavera, P., Gétrudix, F. El uso de la musicoterapia para la mejora de la comunicación de niños con implante coclear, *Revista Complutense de Educación*, 27(1): 257-284., 2016
9. Moreno-Torres I, Cid M del M, Santana R, Ramos A. Estimulación temprana y desarrollo lingüístico en niños sordos con Implante coclear: el primer año de experiencia auditiva. *Rev Investig En Logop Res Speech Lang Ther* 2017; 1: 56-75.
10. Vicente Escorihuela García *, María Ignacia Pitarch Ribas, Ignacio Llópez Carratalá, Emilia Latorre Monteagudo, Antonio Morant Ventura y Jaime Marco Algarra, Estudio comparativo entre implantación coclear uni y bilateral en niños de 1 y 2 años de edad, *Otorrinolaringol*, 2016.
11. René H. Gifford, *Cochlear Implant Candidacy in Children: Audiological Considerations*, 2007.
12. Ríos Forero NL [1], Cáceres Torres JS, Contreras Palomo MY, Rubio Duarte MC, Valencia Muñoz DF, PROCESOS DE



- INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN NIÑOS CON PRÓTESIS AUDITIVAS, REVISTA CIENTIFICA SIGNOS FONICOS, 2017.
13. Noemagico. [Internet] Investigación descriptiva.(2018) Disponible en: <https://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigaci-n-descriptiva.php>
 14. Garcia, M. [Internet] Bateria, test. (2018) Disponible en: <https://www.euroresidentes.com/diccionario-psicologia/bateria-de-test.html>
 15. Hilda M. Furmeanski, Implantes cocleares (Re)Habilitación auditiva y terapia auditivo verbal, ISBN 84-93682-4-0
 16. Estabrooks, W. (2016). Práctica auditiva-verbal: hacia la audición y el lenguaje para los niños con pérdida auditiva de hoy. Integración: revista de la Asociación de Implantados Cocleares, (80).
 17. Uso de auriculares musicales y el conocimiento de los efectos en la salud en estudiantes de enfermería. 2018;
 18. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 7];9(2):0-0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1988-348X2015000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 19. Globales D. APLICACIÓN DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA (GROUNDED THEORY) AL ESTUDIO DEL PROCESO DE CREACIÓN DE EMPRESAS. 2014;1-13.
 20. N HJR. CONFERENCE Grounded Theory Use for the Analysis of Data from Social Determi- nants of Health Model. 2016;2.
 21. G ÓAB. Jordan and the Refugee Crisis: Missteps and Missed Opportunities. 2005;(1):60-9. Available from: <https://intpolicydigest.org/2016/03/29/jordan-and-the-refugee-crisis-missteps-and-missed-opportunities/>
 22. Jaeschke, G.H. Guyatt, P. Dellinger, H. Schünemann, M.M. Levy, R. Kunz, S. Norris, J. Bion. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. BMJ, 337 (2018), pp. a774 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistema-grade-clasificacion-calidad-evidencia-S0009739X13003394>
 23. Constanza Díaz S, Gloria Ribalta L, Marcos Goycoolea V ,Felipe Cardemil M , Pilar Alarcón F , Raquel Levy G , Mónica Sierra G , Mauricio Cohen V , Tomás Labatut P , Ernesto Reid G., Desarrollo de lenguaje en niños con implante coclear en centro terciario de salud: Serie clínica, Otorrinolaringol., 2018
 24. Orellana, Viviana, Torres, Pamela Audífonos: Características, selección y adaptación. 2003, Revista Médica Clínica Las Condes.
 25. Kaipa, Ramesh, Danser, Michelle, L. Eficacia de la terapia auditiva verbal en niños con discapacidad auditiva: una revisión sistemática de 1993 a 2015. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2016
 26. Eulalia Juan Pastor, Rehabilitación En Implantes Cocleares, Rev. Med. Clin. Condes - 2016; 27(6) 834-839]
 27. Rossina Coto Keith, Marlene Ramírez Salas. La comprensión auditiva: definición, importancia, características, procesos, materiales y actividades. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación" 2005.
 28. Mamédio C, Santos C, Andruccioli De Mattos Pimenta C, Roberto M, Nobre C. Online Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias a estrategia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências [Internet]. [cited 2018 Dec 7]. Available from: www.eerp.usp.br/rlaeArtigodeAtualizaçao
 29. Auditiva D. "las prótesis auditivas". 2009; disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48162013000100016&script=sci_arttext&tlng=en
 30. MORENO T. I., TORRES S. y SANTANA R. "La investigación lingüística en audiología: Estudio de caso de un niño sordo con implante coclear y Trastorno de Atención". Disponible en: <http://www.illf.uam.es/clg8/actas/pdf/paper-CLG82.pdf> 2008
 31. Núñez Batalla F, Jáudenes Casaubón C, Sequí Canet JM, Vivanco Allende A, Zubicaray Ugarteche J, Coclear I, et al. Ceaf2005. Instituto Nacional de la Sordera y otros Trastornos de la Comunicación [Internet]. 2005;78(1):343-52. Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/hearing/FactSheetCochlearImplantSpanish.pdf>
 32. National institute on deafness and other communication Disorders. Audífonos. 2016;
 33. NIDCD. Hoja de información de NIDCD Implantes cocleares. Instituto Nacional de la Sordera y otros Trastornos de la Comunicación



- [Internet]. 2007; Disponible en: <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/hearing/FactSheetCochlearImplantSpanish.pdf>
34. Soto-Rey J, Pérez Tejero J. Estrategias para la inclusión de personas con discapacidad auditiva en educación física. *Revista Española de Educación Física y Deportes: REEFD*. 2014;0(406):94-102.
 35. Abdul-Kareem I., Sluming V. 2008. Heschl Gyrus and Its Included Primary Auditory Cortex: Structural MRI Studies in Healthy and Diseased Subjects *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 28:287-299 2019
 36. Ardila A., Bernal B., Rosselli M. 2016. Área cerebral del lenguaje: una reconsideración funcional *Revista de Neurología*, 62 (3): 97-106 disponible en:
 37. Revisi F, Amat T. Guía para las familias de niños con sordera o sordoceguera A Signos de alerta.
 38. Rodríguez, M.C, El implante coclear en niños: su eficacia funcional desde la perspectiva de las familias y los profesionales (tesis doctoral), Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife. . (2013).
 39. Rossi, K. Learn to Talk Around the Clock: A Professional's Early Intervention Toolbox. Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing. Washington, DC. (2003).
 40. Anita Obrycka a, *, Artur Lorens a, Jose-Luis Padilla García b, Anna Piotrowska a, Henryk Skarzynski a, Validation of the LittEARS Auditory Questionnaire in cochlear implanted infants and toddlers, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2017.
 41. Martha C. Camacho-Sedanoa, Ileana S. Gutiérrez-Farfána, Laura E. Chamlati-Aguirre b, Alfonso Alfaro-Rodríguezc, Alberto Avila-Lunac y Emilio Arch-Tirado d,*, Valoración de la audición residual en pacientes postimplante coclear mediante audiometría y potenciales evocados auditivos de estado estable, *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2013.
 42. Emille Mayara Scarabelloa,*, Dionísia Aparecida Cusin Lamônicaa, Marina Morettin-Zupelari a, Liège Franzini Tanamati b, Patrícia Dominguez Campos a, Kátia de Freitas Alvarengaa, Adriane Lima Mortari Moret, Language evaluation in children with pre-lingual hearing loss and cochlear implant, *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018.
 43. Juan,E. Pedagoga y Logopeda. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, De la estimulación del lenguaje en niños con deficiencia auditiva, rehabilitación y enfoque naturalista, 2017.
 44. Boix y Palacián, J. M. 2018. Acústica y audiometría. Alicante, ES: ECU <http://revistaacorl.org/index.php/acorl/article/view/251>
 45. Burns, D. S. 2019. The effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the mood and life quality of cancer patients *Journal of Music Therapy*, 38(1): 51-65
 46. Cantero, I., Bartolome M.V. La comprensión del lenguaje oral en la sordera, la agnosia auditiva verbal y la afasia *Auditio: Revista Electrónica de Audiología*, 4(3): 67-74 (2016)
 47. Cuetos F., González, J., Vega, M. 2015. *Psicología del lenguaje*. Madrid, ES: Medica-Panamericana
 48. Valenzuela, S. I. *Material didáctico para la Terapia Auditiva Verbal para niños con implante coclear del instituto "Audición, Voz y Lenguaje"* (Doctoral dissertation, Tesis de Licenciado en Diseño, Universidad Vasco de Quiroga). (2006).
 49. Rodríguez Rodríguez B, Hernández Nodarse T, Santos Fernández D, Carrera Morales M. Caracterización de las familias con hijos sordos para el desarrollo de la orientación educativa. 12. 2016;
 50. Lorena J, Ortiz S, Mayerli L, Murillo U. Relación Familia-Escuela: Una Mirada Desde Las Prácticas Pedagógicas Rurales En Anserma, Caldas. 2014;6:97-113.
 51. Peuyodjona Luuli NN. Trabajo de Diploma Dedicatoria. 2017;81.
 52. Flores DP, Retamal A. EXPERIENCIAS Y DINÁMICAS DE LAS FAMILIAS CON HIJOS (AS) SORDOS EN LA CIUDAD DE VALDIVIA Agradecimientos. 2016;
 53. Jáudenes, C. y Patiño, I. Dossier divulgativo para familias con hijos/as con discapacidad auditiva. (2007). Información Básica. Madrid: Confederación Española de Familias de Personas Sordas-FIAPAS.
 54. Peñaranda, A., Mendieta, J. C., Perdomo, J. A., Aparicio, M. L., Marín, L. M., García, J. M., & Barón, C. Beneficios económicos del implante coclear para la hipoacusia sensorineural profunda. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 325-331. (2018).
 55. Sánchez-Toral, K. J. Implantes cocleares, el uso de la lengua de señas y sus implicaciones clínicas. *Investigación en Discapacidad*, 3(2), 87-95. (2014).



56. Stuchi, R. F., Nascimento, L. T. D., Bevilacqua, M. C., & Brito Neto, R. V. D. Linguagem oral de crianças com cinco años de uso do implante coclear. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(2), 167-176. (2017).
57. Romero, B. C., Arrollo, G. F., Calderón, M. D. P. C., Ugalde, A. L., & Chavolla Magaña, R. Implantes cocleares. Experiencia en el Hospital General de México. In *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* (Vol. 50, No. 4, pp. 88-91). (2015).
58. López Vicente, T., & Guillén Gosálbez, C. Intervención educativa en el alumnado con discapacidad auditiva. *Equipo Específico de deficiencia auditiva. Sede de Murcia. CEIP Ntra. Señora de la Paz. C/Puente Tocinos, 12, 30006*. (2018).
59. Goffi, M. V. S., Gomez, M. C., Guedes, S. B. G., Sant Anna, C. G., Peralta, O., & Koji Tsuji, R. Critérios de seleção e avaliação médica e audiológica dos candidatos ao implante coclear: Protocolo HCFMUSP. *Arq Int Otorrinolaringol*, 8, 197-204. (2019).
60. Sarduy Polanco, Y., & Jiménez García, A La superación profesional del logopeda en implante coclear y su impacto en el desempeño profesional. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(1), 134-139. . (2015).
61. Vaca, K. E. P., & Becerra, L. M. R. Capítulo 7. Experiencias del proceso de rehabilitación de niños beneficiados con implante coclear del Programa Caracol. *DIRECTORIO INSTITUCIONAL*, 69.



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN EL TERAPEUTA RESPIRATORIO DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV2

REFLECTION ARTICLE, THE RESPIRATORY THERAPIST DURING THE SARS-COV2 PANDEMIC

Para citar este artículo:

Medina J. (2022). Artículo de reflexión, el terapeuta respiratorio durante la pandemia por SARS-COV2. *Revista cuidado y ocupación humana Vol.11-I*

Jóse Luis Medina Ramírez*

Vicepresidente de la Asociación Colombiana de Estudiante de Terapia Respiratoria. Bogotá, Colombia. jmedina85@estudiantes.areandina.edu.co

En la actualidad el ser humano se enfrenta a una de las peores épocas de salud, teniendo presente que se ha propagado de forma rápida y masiva el virus SARS – COV2. Aunque ha sido un problema que ha afectado a todo el mundo, Colombia, especialmente ha tenido que enfrentarse a este mortal virus dejando “136.404 personas fallecidas, 5’994.301 caso confirmado, 45.276 casos activos y 5’792.059 personas recuperadas, cifras indicadas al día 09 de febrero del 2022 por el Instituto nacional de salud” (1), siendo catalogado por muchos expertos como “la peor tragedia que la humanidad ha enfrentado”.

PALABRAS CLAVE: Virus, SARS COV2, Sector salud, Instituto nacional de salud, Terapeutas Respiratorios, Pandemia, Vacuna, Colegio colombiano de Terapeutas Respiratorio, Acetere

KEY WORDS: Virus, SARS COV2, Health Sector, National Institute of Health, Respiratory Therapists, Pandemic, Vaccine, Colombian College of Respiratory Therapists, Acetere

El sector salud es uno de los gremios más afectados en nuestro país, pues las cifras reveladas anteriormente por el Instituto nacional de salud, nos pueden indicar que son muchas las personas afectadas y gran parte de los integrantes son del sector asistencial como es (el personal de enfermería, radiología, medicina, terapia respiratoria, fisioterapia, instrumentación quirúrgica, entre otros). Siendo el Terapeuta Respiratorio uno de los profesionales de primera línea que hacen parte de estas cifras que hoy afligen a muchos colombianos.

De esta manera se fueron implementando múltiples retos individuales y grupales desde todos los aspectos: políticos, económicos y sociales; con el fin de generar una proyección para la implementación de diversas estrategias, con objetivo de ayudar a enfrentar la pandemia que hoy por hoy seguimos trabajando en pro del control de la propagación, por medio de las diversas campañas del auto cuidado, uso correcto del tapabocas, el lavado de manos, la toma de muestras realizadas e interpretadas

por Terapeutas respiratorios, el cumplimiento del esquema de vacunación y el refuerzo.

La vacuna es referenciada como una innovación y un reto asumido por varios laboratorios tras la gran problemática de salud pública que se presenta al inicio de esta pandemia, donde se otorgaron medidas de confinamiento, variabilidad en las actividades diarias como: el trabajo y la educación que pasaron de ser asistenciales a hacer virtuales. El nuevo cambio de roles comenzó con su finalidad de acortar distancia física, continuando con las actividades diarias. Las instituciones educativas empleaban una nueva estrategia de formación desde los más pequeños a los más grandes. Todos acoplándose a esta nueva modalidad de enseñanza, pues el estudiar una carrera de la salud de manera virtual era un gran reto para los docentes y para nosotros como Terapeutas Respiratorios en formación de pregrado y educación continua.

Desde la distancia observamos lo que ocurría en cada uno de los hospitales del país por comentarios, publicaciones y medios de



prensa. Todo era un panorama oscuro y tenebroso al estudiar y comprender que el virus es altamente contagioso, causando un número significativo de decesos en nuestro país. Además, el sistema respiratorio era el más afectado de todo esto, por lo que el papel del Terapeuta Respiratorio junto con otros profesionales de la salud como médicos y enfermeros, se convirtieron en el personal de salud idóneo para atender un proceso fisiológico que para muchos es considerado normal como es el tomar oxígeno y generar el cambio por dióxido de carbono, pero que se estaba y está convirtiendo en una tarea ardua para muchos colombianos que no presentaban comorbilidades donde la figura del Terapeuta respiratorio fue audaz e importante para salvaguardar y tratar estos síntomas.

Es allí donde el rol del Terapeuta Respiratorio es creciente, necesario y se vuelve más visible para un país, muchos de ellos afrontaron un gran desafío desconociendo la magnitud y el gran impacto que generaría esta nueva pandemia en Colombia y en el mundo. La labor del profesional conlleva diversos procedimientos, aplicando métodos estratégicos en la ventilación mecánica, aportando desde su conocimiento un correcto momento para la entubación, desconexión y extubación. Para la continuidad del manejo terapéutico, seguimiento y control por parte del profesional, junto con el apoyo médico para ejecutar labores de rehabilitación pulmonar, en respuesta a las exigencias y necesidades que se viven en los diferentes centros médicos en pro de proteger la vida de aquellas personas que padecen y padecieron dicha enfermedad.

Pero también se demarcó dentro de esta pandemia la poca cantidad de profesionales que se encontraban capacitados para atender el gran número de pacientes que necesitaban de una atención médica y terapéutica. Esto no solo se vio en Colombia, sino que también en varios países donde no se pensaba en una decadencia del personal de salud muchos de ellos perdieron la vida, sacrificaron tiempo con sus familias por hacer lo que más les gustaba y por su vocación, dando un fiel actuar por lo que un día juraron y se comprometieron ante las disposiciones en materia de

Responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la Terapia Respiratoria en

Colombia descrito en la Ley 1240 de 2008. Siendo este el modelo a seguir que acobija a todos los profesionales y a los terapeutas respiratorios en formación que al llegar a su etapa final de pregrado generarán el mismo compromiso y quien los identifica como personas con ética, principios con los que fueron educados y formados en cada una de sus instituciones a las que hacen parte.

Ante la labor que desarrollaban los profesionales de Terapia Respiratoria en el país surgía una preocupación frente a los elementos de protección personal, la remuneración y el reconocimiento ante la labor que estaban desarrollando, esto se manifestó en la entrevista con EDICIÓN MÉDICA, donde Guiomar Haydee Rubiano, presidenta del CCTR (Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios): “somos los responsables de la toma de muestras para el diagnóstico de covid-19 (2), y la terapeuta también indico que, “la falta de protección de bioseguridad no es el único problema que enfrentan los agremiados, pues también ha señalado que la remuneración que estos reciben por la práctica de su ejercicio laboral es muy baja frente al riesgo que corren en estos momentos.”

Desde las instituciones varios estudiantes nos preguntábamos detrás de una pantalla de un computador, celular o dispositivo electrónico ¿Cómo podemos ayudar a mitigar esa propagación de contagio con nuestro conocimiento adquirido? es por ello que desde el perfil como Terapeuta Respiratorio en formación y en calidad de vicepresidente de la Asociación Colombiana de Estudiantes de Terapia Respiratoria, asociación que representa a todos los estudiantes a nivel nacional de las universidades (Fundación Universitaria del Área Andina sede Bogotá y Pereira, Universidad Visión de las Américas, Universidad Santiago de Cali y la Universidad de Boyacá).

Uno de nuestros propósitos es fomentar espacios de construcción del conocimiento donde podamos expresar libremente diferentes ideas; además, generar debates favoreciendo así la integración de todos los estudiantes de pregrado en el territorio nacional en pro de un



impacto social, también lograr una contribución con la no propagación de la

pandemia que hoy vivimos, a través de campañas de autocuidado promulgando el lavado de manos y el correcto uso de tapabocas, pues bien, nuestro perfil como estudiantes nos permite gestar labores de promoción y prevención en personas con enfermedades cardiorrespiratorias dentro de las que nos aplica el covid-19, llegando a los diferentes grupos etarios, poblacionales sin importar raza, sexo, religión, inclinación política, entre otros.

Todo lo anterior contribuye al estudiante y al profesional del mañana en Terapia Respiratoria a tener un pensamiento crítico, analítico, objetivo, con alta capacidad de relacionar, contextualizar y afrontar diferentes eventualidades de las patologías respiratorias y que pueda ser el personal idóneo, valorativo dentro de una institución prestadora de servicios de salud, así como en la población colombiana, pues el papel que desempeñamos es muy importante desde todas las aristas como profesionales y que desde la curva de formación podemos ejecutar pues el Terapeuta Respiratorio se forma para salvaguardar las vidas de las personas ayudando con el efecto adecuado de una respiración óptima y haciendo que la dificultad respiratoria no sea un agobiante para preservar la vida.

Finalmente, es importante resaltar que el mundo de forma inesperada puede requerir de la asistencia de personal de la salud en especial terapeutas respiratorios y es preciso reflexionar, valorar y generar una correcta remuneración a la ardua labor de cada uno de los profesionales que acompañan la recuperación de cada paciente, identificar las dificultades y falencias del equipo de salud; desarrollar e implementar, estrategias que nos ayudaran a ser mejores profesionales en la atención de la salud cardiorrespiratoria, es así como hago un llamado a todas las instituciones educativas a generar una reflexión y una pronta intervención a la hora de generar nuevos campos de formación en especialización que permita afrontar los estudiantes y profesionales de Terapia Respiratoria nuevos retos académicos y profesionales, permitiendo así mismo un amplio desarrollo en cada una de las aristas

que comprende la formación del Terapeuta respiratorio como es en la intervención de la Medicina Crítica y Cuidado Intensivo donde

nosotros somos el personal idóneo para conformar un equipo multidisciplinario que pueda trabajar en conjunto en pro de un objetivo en común, ya sea asistencial, administrativo, investigativo, docente, comercial, etc. Donde el Terapeuta Respiratorio sea considerado como un profesional altamente calificado en las labores cardiorrespiratorias, diferenciándola de la fisioterapia ya que sus competencias le permiten un correcto actuar ante las diferentes patologías que se perciben en los diferentes grupos etarios generando así mayores oportunidades de crecimiento laboral, intelectual, monetario, investigativo, académico entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto nacional de salud; 07 de Febrero de 2022; <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
2. Terapeutas respiratorios declaran que elementos de protección entregados por la ARL les deben durar alrededor de ocho días. Edición medica; Miércoles, 20 de mayo de 2020, a las 17:01; Disponible en: <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/profesionales/terapeutas-respiratorios-reclaman-medidas-proteccion-por-estar-en-primera-linea-de-atencion-a-pacientes-con-covid19-174>



Revista Cuidado y Ocupación Humana
ISSN 2322-6781