

SUMARIO

EDITORIAL

1 INVERSIÓN EN LA ENFERMERÍA Y LOS SISTEMAS DE SALUD DE LATINOAMÉRICA

CARTAS A EDITORA

4 ¿QUÉ CONOCIMIENTOS DEBERÍAN SER PRODUCIDOS POR/PARA LA ENFERMERÍA?

7 SANAR AL ESTUDIANTE HERIDO: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA UNIVERSIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO HUMANIZADO

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

10 PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA BRINDAR CUIDADOS HUMANIZADOS POR PARTE DE ESTUDIANTES Y PERSONAL DE ENFERMERÍA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

23 PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO DIFÍCIL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL CHILENO

34 INTEGRACIÓN CURRICULAR DE HABILIDADES INVESTIGATIVAS EN ENFERMERÍA: ANÁLISIS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA CHILENA

46 CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS EM FINAL DE VIDA POR COVID-19 NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS

60 INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN ADULTOS: UN ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA VIVIDA DESDE LA COMUNIDAD



Departamento de Enfermería

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE




**INVERSIÓN EN LA ENFERMERÍA Y LOS SISTEMAS DE SALUD DE
LATINOAMÉRICA**

INVESTMENT IN NURSING AND HEALTH SYSTEMS IN LATIN AMERICA

**INVESTIMENTO EM ENFERMAGEM E SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA
LATINA**

Nora Eloisa Barahona de Peñate¹ 

¹ Junta Directiva Consejo Internacional de Enfermería.

norabara@yahoo.es 

Como citar: Barahona de Peñate NE. Inversión en la Enfermería y los Sistemas de Salud de Latinoamérica. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):1-3. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.71203>

Fecha de recepción: 6 de junio del 2023

Fecha de aceptación: 15 de junio del 2023

Fecha de publicación: 29 de junio del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano 

EDITORIAL

En los últimos años la salud ha adquirido un lugar de suma importancia y un proceso de restauración en la agenda global, debido a la pandemia sindemia producto del SARS-COV2, así también los cambios demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos ambientales y los procesos políticos de los gobiernos que impactan la salud pública y los recursos humanos en salud.¹

La profesión de Enfermería ha venido arrastrando desde períodos pasados, problemas en la fuerza laboral, donde el trabajo no reúne las condiciones para una adecuada organización y condiciones de ambientes laborales precarios, la educación con debilidades en la producción y transferencias de conocimientos, así como la profesionalización, los procesos del mercado y la regulación.²

Estudios de Organismos Internacionales como la Organización de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) evidencian, que el personal de Enfermería desempeña un papel esencial en el logro de la salud como derecho humano fundamental y un eje crítico en los servicios de salud debido a su experiencia y presencia en los diferentes niveles de atención de la salud y acceso a grupos vulnerables y espacios geográficos distantes. Sin embargo, para permitir la plena participación en la gestión del cuidado es necesario un proceso estratégico de la inversión, orientada a la formación o profesionalización de la enfermería, mejorar la cantidad y calidad de los puestos laborales, fomentar el liderazgo en Enfermería y orientar mejor la prestación de los servicios.¹⁻³

La profesión de Enfermería en América Latina y Caribe, evidencia grandes contrastes en su desarrollo profesional y oportunidades laborales, producto de las desigualdades sociales, políticas, culturales y ambientales de sus países.⁴

Las agrupaciones nacionales y regionales tanto de Centro América y el Caribe como las de Sur América, deben tener mejor claridad en el panorama de los gobiernos de la región. En su mayoría con procesos ideológicos diversos, con grandes deficiencias en sus economías, así como el establecimiento de una pobre visión en la formulación de políticas públicas, y de salud. Estos escenarios, políticos sociales y económicos, limitan la actuación de Enfermería, en la formulación, implementación y evaluación de las políticas en salud y políticas de Enfermería.⁴

El conocimiento de las/os Enfermeras/os debe transformarse y pasar de pautas de enseñanza con discursos diferentes en: las aulas, los planes de estudio y en la práctica clínica, y de una prevalencia ideológica caracterizada por la racionalidad técnica, a un proceso de enseñanza aprendizaje, crítico humanista con dimensiones sociales políticas económicas y ambientales. El fortalecimiento en el cuidado de la salud mental, el desarrollo de modelos innovadores en la atención de enfermería, tanto en los escenarios hospitalarios, como en las comunidades, el abordaje de la atención primaria y de las determinantes sociales de la salud, en las diversas poblaciones, permite a la profesión tener un verdadero impacto político, social y el cumplimiento de los objetivos del desarrollo sostenible establecidos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el 2015.⁵

Otro de los retos de las Enfermeras y los Enfermeros de América Latina y Caribe, es su rol vital en los sistemas o servicios de salud. Es imperativo la capacidad competencial de estos profesionales en los diversos niveles de atención de salud en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como en el nivel asistencial, pero se requiere por parte de los gobiernos de esta región mejorar y/o fortalecer los sistemas o servicios de salud, así como el involucramiento de los profesionales en Enfermería en las estructuras de la macro y la meso gestión y participar en la toma de decisiones orientadas a las políticas en salud y cuidados de la salud.³

Una mayor inversión implica suficientes Enfermeras y Enfermeros idóneos para ejercer la gestión del cuidado de la salud, desarrollar el liderazgo en la toma de decisiones influenciando las políticas y la



reglamentación de los gobiernos para satisfacer las necesidades de salud de las diversas poblaciones en el avance de los grandes retos tecnológicos de la comunicación y de la información, así como de la investigación.

Por lo tanto, el rol de las Organizaciones de Enfermería: Colegios, Asociaciones y Sindicatos, deben acordar un consenso estratégico frente a la visión de futuro de la profesión, consolidar un liderazgo disciplinar transformacional, un modelo de gobernanza en Enfermería y participar en la mesa de la implementación de la política en salud y de la política del Recurso Humano en Enfermería así trazar una hoja de ruta para analizar los acuerdos y resultados de los gobiernos en la inversión en la Enfermería y fortalecimiento de los sistemas o servicios de salud

CONFLICTOS DE INTERÉS: No se presentan

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORA:

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

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. The world health report: 2006: working together for health. World Health Organization - Geneve; Primera edición (2006)
2. Shamian J, Murphy GT, Rose AE, Jeffs L. No Global Health without Human Resources for Health (HRH): The Nursing Lens. Nursing Leadership 2014;27:44–51. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2015.24204>
3. Benton D. Advocating Globally to Shape Policy and Strengthen Nursing's Influence. The Online Journal of Issues in Nursing 2012;17(1);5. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No01Man05>
4. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: resumen de orientación. World Health Organization – Geneve; Primera edición (2020)
5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. United Nations – Geneve; Primera edición (2015)



CARTA A LA EDITORA


¿QUÉ CONOCIMIENTOS DEBERÍAN SER PRODUCIDOS POR/PARA LA ENFERMERÍA?

WHAT KNOWLEDGE SHOULD BE PRODUCED BY/FOR NURSING?

¿QUE CONHECIMENTOS DEVEM SER PRODUZIDOS POR/PARA A ENFERMAGEM?

Camilo Andrés Silva-Sánchez¹ 

¹Facultad de Enfermería Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

c.silvasanchez2@uandresbello.edu 

Como citar: Silva-Sánchez CA. ¿Qué conocimientos deberían ser producidos por/para la enfermería? Rev. chil. enferm. 2023;5(1):4-6. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69942>

Fecha de recepción: 8 de marzo del 2023

Fecha de aceptación: 14 de marzo del 2023

Fecha de publicación: 14 de marzo del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano 

Estimada Editora:

La forma en la que se adquiere el conocimiento puede ser ligada a diferentes corrientes filosóficas como el empirismo, pragmatismo, realismo, positivismo y otras.¹ La perspectiva filosófica de cualquiera de ellas implica plantear bajo sus propios argumentos los conceptos que se desarrollan para adquirir la nueva comprensión del saber.² La Enfermería por su parte, toma alguna de estas para llevar a cabo la formación de su propio saber, las cuales actualmente conocemos como estructura del conocimiento.³

La Enfermería ha tenido un giro bastante amplio en su desarrollo científico y disciplinar en los últimos años, centrándose en el cuidado de la persona; por lo tanto, basa su saber en el ser humano.^{3,4} Las personas están en constante transformación, esto hace que la profesión de Enfermería sea una disciplina dinámica, variando entre culturas en cuanto a su expresión, procesos y patrones.⁴

Si bien la formación del saber depende de cada disciplina, este tiene que ser generado, comprobado y empleado, por lo tanto, la Enfermería se encuentra en una búsqueda incesante de la creación de un propio marco en el cual fundamentar la identidad de la disciplina.⁵ De este modo, se busca disminuir la dependencia histórica desde las otras ciencias de la salud.⁶

En el siglo XX existe un estallido de filosofías, modelos y teorías de Enfermería, dentro de ellas existen las creadas por las teóricas: Ida Jean Orlando, Virginia Henderson, Myra Levine, Martha

Rogers, Dorothea Orem, Calista Roy, entre otras; siendo más de cien elementos teóricos creados a la fecha. Estas proponen distintas visiones, entendiéndose que cada una fue creada bajo una influencia sociocultural de la época, todas se basan en los cuatro conceptos del metaparadigma que constituye el pensamiento de Enfermería (salud, persona, cuidado y entorno).⁴ Sin embargo, desde el punto de vista filosófico la Enfermería requiere expandir la clarificación de las preguntas que orientan la naturaleza de la profesión. A tal efecto, la investigación es el principal actor para la conformación de Enfermería, contribuyendo a mejorar la salud de las personas en diferentes escenarios.⁷

Existen diversos factores que influyen en la construcción del cuerpo de conocimientos de Enfermería, dentro de ellos encontramos las relaciones interpersonales, la experiencia adquirida a lo largo del tiempo, los estudios, el propio saber, el equilibrio entre lo teórico y lo práctico. El nuevo conocimiento debe estar relacionado directamente con el ya existente.⁸ Se puede decir que a pesar de todos los obstáculos sociales presentados con el desarrollo disciplinar, es innegable que se ha mantenido la misma ideología y filosofía que ha permitido dar forma al saber disciplinar.⁹

En el ámbito académico, los planes de estudio que forman a las nuevas profesionales de Enfermería suponen la utilización del conocimiento de Enfermería como base para la investigación y desarrollo de la profesión.¹⁰ No obstante, se ha evidenciado que falta preparación desde la academia, además de, no tener la formación de postgrado necesaria para incentivar el crecimiento y la investigación en los estudiantes de pregrado. Debido a esto, se ha observado un bajo interés por aprender y estudiar el propio saber disciplinar presentando deficiencias en la fundamentación del quehacer profesional.¹¹

Es indudable el crecimiento exponencial de la investigación en los últimos años, fiel reflejo de ello es el aumento del trabajo académico que ha posibilitado y potenciado la formación de postgrado en nivel de máster y doctorado, así como la participación de Enfermería en grupos de investigación. Estas oportunidades han contribuido a mejorar la profesión y disciplina.¹² Sin embargo, se ha evidenciado que Enfermería continúa fundamentando su práctica en el modelo biomédico, lo cual dificulta la profundización sobre aspectos del desarrollo del cuerpo del conocimiento.¹³

No poseer un lenguaje propio nos hace invisible ante la sociedad y Enfermería seguirá siendo percibida como una práctica derivada de las ciencias médicas.¹³ Quizás el mismo profesional de Enfermería crea una brecha entre la teoría y la práctica debido a que en su quehacer diario no encuentra la aplicabilidad de la estructura del conocimiento.⁴ Mantener un saber propio y de calidad, permitiría distinguir a un buen profesional de aquel que es mero ejecutor de órdenes, esto otorgaría seguridad en el actuar y fortalecería a Enfermería.^{4,7}

Potenciar el desarrollo de la investigación en las futuras y nuevas profesionales podría favorecer el crecimiento del cuerpo del conocimiento propio de la profesión.³ Tener profesionales capacitadas ayudaría a dirigir líneas investigativas que aporten el planteamiento de nuevas filosofías, modelos y teorías que influyan al mejoramiento de la salud de la población.¹⁴

Las filosofías, teorías y modelos de Enfermería son el soporte de la práctica diaria y a su vez fomentan la investigación.⁸ La utilización de estas otorgarían un cuidado más humanizado y de calidad a cada persona y sus familias.

CONFLICTOS DE INTERÉS: El autor declara no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

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



REFERENCIAS

1. Buitrago Malaver LA, Arias López BE. Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index de Enfermería*. 2018;27(1-2):62-6. <http://ciberindex.com/c/ie/e11409>
2. Laguada Jaimes E. Desafío de la investigación en Enfermería. *Human@s - Enfermería en Red* 2022;1(3):16-7. <https://publicaciones.unpa.edu.ar/index.php/boletindeenfermeria/article/view/909>
3. Osorio-Castaño JH. Fomento y fortalecimiento del conocimiento en Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 2018;36(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e01>
4. Guía-Yanes MA. Enfermería: evolución, arte, disciplina, ciencia y profesión. *Revista Vive* 2019;2(4):33-41. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v2i4.22>
5. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2018;29(3):301-10. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.007>
6. Silva TA da, Freitas GF de, Hiromi Takashi M, Albuquerque T de A, Silva TA da, Freitas GF de, et al. Identidad profesional del enfermero: una revisión de literatura. *Enfermería Global* 2019;18(54):563-600. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324291>
7. Arco-Canoles O del CD, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud* 2018;20(2):171-82. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
8. Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index de Enfermería* 2018;27(4):188-90. <http://ciberindex.com/c/ie/e32741>
9. Saavedra FVP, Miñano CER. Representaciones sociales del cuidado de enfermería en enfermeras de una institución de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* 2022;6(6):13923-41. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4443
10. García CP, Gallegos-Torres RM. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de Enfermería* 2019;30(3):271-85. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.3.271-285
11. Robles Mirabal V, Serrano Díaz CA, Estrada García A, Miranda Veitía Y, Robles Mirabal V, Serrano Díaz CA, et al. Competencias investigativas en profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud: necesidad inaplazable. *Edumecentro* 2022;14. <https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/e1719/html>
12. Recalde-Navarrete R. Investigación en Enfermería. *Enfermería Investiga* 2019;4(3):1-2 <http://dx.doi.org/10.29033/enfi.v4i3.513>
13. Martínez-Posada JE, Hernández-Molina N, Hernández-Molina LM. Ontología crítica de las prácticas formativas en medicina y enfermería. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación* 2019;11(23):135-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.m11-23.ocpf>
14. López Hermann G, Araya Novoa M, Infante Peñafiel A, Demandes Wolf I. Factores facilitadores y obstaculizadores para la investigación de enfermeras clínicas en Santiago de Chile. *Educación Médica* 2019;20(5):284-9. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.016>



CARTA A LA EDITORA

SANAR AL ESTUDIANTE HERIDO: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA UNIVERSIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO HUMANIZADO

HEALING THE WOUNDED STUDENT: UNIVERSITY SUICIDE PREVENTION STRATEGIES FROM A HUMANISED CARE PERSPECTIVE

CURANDO O ALUNO FERIDO: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA UNIVERSIDADE A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA DE ATENDIMENTO HUMANIZADO

Claudio Aranguiz Bravo^{1a} 

¹Universidad de las Américas, Santiago, Chile.

^a**Autor de correspondencia:** caranguiz@udla.cl 

Citar como: Aranguiz C. Sanar al estudiante herido: estrategias de prevención del suicidio en la universidad desde la perspectiva del cuidado humanizado. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):7-9. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.70428>

Fecha de recepción: 21 de abril del 2023

Fecha de aceptación: 13 de mayo del 2023

Fecha de publicación: 16 de mayo del 2023

Editora: Felipe De La Fuente Álvarez 

Estimada Editora:

Cada año, más de 700.000 personas fallecen por suicidio, siendo la cuarta causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. Los intentos previos de suicidio representan el factor de riesgo más significativo en la población general. El 77% de los suicidios globales ocurren en países de bajos y medianos ingresos, afectando a personas de todas las edades y regiones.¹

En Chile, un estudio recientemente publicado, analizó las respuestas de 5.037 universitarios de pregrado en Santiago, evaluando aspectos como síntomas de salud mental, historial familiar, uso de sustancias, entre otros. Los investigadores encontraron una alta prevalencia de problemas de salud mental, como estrés, ansiedad, depresión, insomnio y riesgo suicida; siendo estos niveles más altos que los reportados en la literatura internacional. El riesgo suicida (20,4%) fue analizado en cuatro grados, desde la desesperanza hasta el intento suicida, los resultados mostraron que los principales problemas se presentan en el segundo año de carrera y entre los recién ingresados, lo que plantea la necesidad de establecer estrategias de ayuda y evaluar su efectividad.²

En el contexto de la educación sociosanitaria, es crucial reconocer que numerosos estudiantes eligen carreras en este campo motivados por sus experiencias personales de sufrimiento, lo cual les impulsa a ayudar a otros en situaciones similares, por tanto, resulta esencial abordar este aspecto en la formación académica y promover un enfoque que valore y reconozca las subjetividades de los estudiantes heridos emocionalmente.³⁻⁵

Estimada editora, ¿Cuál sería entonces la solución? ¿Implementar filtros de ingreso que excluyan a los estudiantes "heridos"? No es el enfoque recomendado.

Estos individuos, según el arquetipo del sanador herido de Carl Jung, pueden desarrollar destacadas habilidades para cuidar y sanar a otros si se les brinda el apoyo adecuado, pues al enfrentar y superar sus propias experiencias de sufrimiento, adquieren una comprensión y empatía profunda hacia el dolor ajeno.⁶⁻⁷ Además, es necesario considerar el agotamiento psicoemocional (Burnout) que puede presentarse en la vida universitaria y su relación con la ideación suicida.⁸

Las instituciones educativas y las disciplinas académicas tienen la oportunidad de promover la salud mental de sus estudiantes desde la formación.⁹ Basándonos en la teoría del sanador herido de Jung, en la teoría del cuidado humanizado y en la teoría del cuidado transpersonal de Watson es que se proponen ciertas estrategias a implementar directamente en la población universitaria, con algunas evidencias de su impacto, para prevenir el suicidio en estudiantes universitarios:^{6,10,11}

- Implementar protocolos y programas de formación dirigidos a profesores y estudiantes en primeros auxilios psicológicos, para brindar una respuesta eficaz y adecuada en situaciones de crisis emocionales.^{12,13}
- Crear espacios seguros y de apoyo dentro de la universidad donde los estudiantes puedan expresar sus emociones, recibir ayuda y sanar.^{14,15}
- Desarrollar talleres y actividades extracurriculares, así como también integrar contenidos en el currículo universitario, centrados en el autocuidado, la resiliencia, la espiritualidad y la identificación de síntomas de trastornos emocionales.^{16,17}

Estas acciones permitirán a los estudiantes fortalecer sus habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y conexión con sus valores y creencias personales, a la vez que promoverán la conciencia y la responsabilidad compartida en el cuidado de la salud mental de la comunidad universitaria.

CONFLICTOS DE INTERÉS: El autor declara no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

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

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Valdés JM, Díaz FJ, Christiansen PM, Lorca GA, Solorza FJ, Alvear M, et al. Mental health and related factors among undergraduate students during SARS-COV-2 pandemic: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry* 2022;13:833263. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.833263>

3. Troncoso C, Garay B, Sanhueza P. Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. *Horiz. Med* 2016;16(1):55-61. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2016.v16n1.07>
4. González-García M, González-Rodríguez S, Cantabrana B, Hidalgo A. Razones por las cuales los estudiantes justifican la elección del Grado en Medicina. *FEM* 2020;23(6):351-357. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.236.1100>
5. Pérez-Ciordia I, Pérez-Fernández I, Aldaz Herce P, Ibañez Beroiz B. Las Razones Que Motivan a estudiar medicina o enfermería y grado de satisfacción con la profesión. *Educación Médica* 2022;23(3):100743. <https://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100743>
6. Jung CG. *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. Buenos Aires: Paidós; 2012.
7. Bermejo, J. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido*. Madrid: Desclée de Brouwer; 2012.
8. Ardiles-Irarrázabal R, Cortés-Sandoval C, Diamond-Orellana S, Gutiérrez-Leal C, Paucar-Evanan M, Toledo-Valderrama K. Burnout académico como factor predictivo del riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Index Enferm* 2022;31(1):14-18. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20224747>
9. Martínez P, Jiménez-Molina Á, Mac-Ginty S, Martínez V, Rojas G. Salud mental en Estudiantes de Educación Superior en Chile: Una revisión de alcance con meta-análisis. *Terapia psicológica* 2021;39(3):405–26. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>
10. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montevideo)* 2020;9(1):21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
11. Urrea M. E, Jana A. A, , García V. M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería* 2011;17(3):11-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
12. Figueroa RA, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Rev. méd. Chile* 2010;138(2):143-151. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000200001>
13. Tenorio D, Marino J, Garzón ES, Castaño C, Acevedo A, Martínez JW. Efectividad de Intervenciones Educativas en Primeros Auxilios. *Investig. Andina* 2009;11(18):81-91. <https://doi.org/10.33132/01248146.225>
14. Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to reduce stress in university students: A Review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2013;148(1):1–11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>
15. Hou X, Wang J, Guo J, Zhang X, Liu J, Qi L, et al. Methods and efficacy of social support interventions in preventing suicide: A systematic review and meta-analysis. *Evidence Based Mental Health* 2021;25(1):29–35. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2021-300318>
16. Muñoz-Devesa A. El camino de desarrollo personal a través del cuidado de San Juan de Dios. *Temperamentvm* 2020;16:e13193. <http://ciberindex.com/c/t/e13193>
17. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students. *N Am J Med Sci* 2016;8(2):75-81. <http://dx.doi.org/10.4103/1947-2714.177299>



PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA PARA BRINDAR CUIDADOS
HUMANIZADOS POR PARTE DE ESTUDIANTES Y PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

PERCEIVED SELF-EFFICACY TO PROVIDE HUMANIZED CARE AMONG
NURSING STUDENTS AND STAFF IN BUENOS AIRES, ARGENTINA

PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
HUMANIZADOS POR ESTUDANTES E PESSOAL DE ENFERMAGEM EM
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Carlos Jesús Canova-Barrios^{1a} , Judit Figueira-Teuly¹ , Juddy Ayllon¹ ,
María Laura Miranda¹ , Marcela Ivón Barraud¹ 

¹Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires, Argentina.

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

Citar como: Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud M. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):10-22. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69713>

Fecha de Recepción: 07 de Febrero del 2023

Fecha de Aprobación: 07 de Marzo del 2023

Fecha de Publicación: 14 de Marzo del 2023

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de autoeficacia para brindar cuidados y relacionarse con sus pacientes que tienen los estudiantes y profesionales de enfermería (académicos y asistenciales) concurrente a un taller de extensión de una universidad privada de Buenos Aires, Argentina. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 76 sujetos equivalentes al 84,44% de los concurrentes a la actividad. Se implementó el instrumento Caring Efficacy Scale en su versión en español. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial utilizando el software Infostat. Se implementó el consentimiento informado y no se recolectaron datos filiatorios. **Resultados:** Los encuestados tuvieron una media de edad de 37,1 años, y fueron mayormente mujeres, de estado civil solteras, con hijos, y con más de cinco años de experiencia laboral. Se halló una relación entre no tener hijos, ser estudiante y tener formación de grado con mayores puntajes en las dimensiones empatía ($p = 0,028$), seguridad al brindar atención ($p = 0,005$) y habilidades de comunicación ($p = 0,037$), respectivamente. Se identificaron aspectos positivos que

evidencian humanización en la práctica. **Conclusiones:** Se hallaron niveles moderadamente positivos de percepción de autoeficacia para otorgar cuidados humanizados, siendo las dimensiones relación interpersonal y empatía la mejor y peor evaluadas, respectivamente. Se requiere implementar actividades de capacitación en cuidados humanizados tendientes a evitar la despersonalización del personal de enfermería.

Palabras clave: Autoeficacia; Cuidados de Enfermería; Humanización de la atención; Estudiantes de Enfermería; Docentes de Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To assess perceptions of self-efficacy to provide care and relate to their patients among nursing students and professionals (academic and nursing assistants) attending an extension workshop at a private university in Buenos Aires, Argentina. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional and quantitative study. The sample consisted of 76 subjects, representing 84.44% of those who participated in the activity. The Caring Efficacy Scale instrument was administered in its Spanish version. Descriptive and inferential analyses were performed using Infostat software. Informed consent was given and no philiatory data were collected. **Results:** Respondents had a mean age of 37.1 years and were mostly women, single, with children, and with more than five years of work experience. An association was found between not having children, being a student, and having a bachelor's degree with higher scores in the dimensions of empathy ($p = 0.028$), confidence in providing care ($p = 0.005$), and communication skills ($p = 0.037$), respectively. Positive aspects demonstrating humanization in practice were identified. **Conclusions:** Moderately positive levels of perceived self-efficacy to provide humanized care were found, with the interpersonal and empathy dimensions being the best and worst rated, respectively. It is necessary to implement training activities in humanized care to avoid depersonalization of caregivers.

Keywords: Self Efficacy; Nursing care; Humanization of Assistance; Nursing students; Nursing Faculty.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a percepção de autoeficácia em cuidar e relacionar-se com seus pacientes entre estudantes e profissionais de enfermagem (acadêmicos e da saúde) participantes de uma oficina de extensão em uma universidade privada em Buenos Aires, Argentina. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo. A amostra foi composta por 76 sujeitos equivalentes a 84,44% dos frequentadores da atividade. O instrumento Caring Efficacy Scale foi implementado em sua versão em espanhol. Foi realizada análise descritiva e inferencial por meio do software Infostat. O consentimento informado foi implementado e nenhum dado filiado foi coletado. **Resultados:** Os respondentes tinham idade média de 37,1 anos, eram em sua maioria mulheres, solteiras, com estado civil, com filhos e com mais de cinco anos de experiência profissional. Encontrou-se relação entre não ter filhos, ser estudante e ter curso superior com escores mais elevados nas dimensões empatia ($p=0,028$), segurança no cuidado ($p=0,005$) e habilidades de comunicação ($p=0,037$), respectivamente. Foram identificados aspectos positivos que evidenciam a humanização na prática. **Conclusões:** Foram encontrados níveis moderadamente positivos de autoeficácia percebida para prestar cuidados humanizados, sendo as dimensões relacionamento interpessoal e empatia as melhores e piores avaliadas, respectivamente. É necessário implementar ações de capacitação em atendimento humanizado visando evitar a despersonalização do pessoal de enfermagem.

Palavras-chave: Autoeficácia; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência; Estudantes de Enfermagem; Docentes de Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977, quien alude que la motivación humana y la conducta son reguladas por el pensamiento,¹ y ello involucra tres tipos de expectativas: de situación, de resultado y de autoeficacia percibida. En la primera, se considera que las consecuencias son producto de eventos externos e independientes a la acción de la persona; en la segunda, la creencia sobre los resultados que producirá la ejecución de una conducta determinada, y, en tercer lugar, se alude a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para realizar actividades que contribuyan al alcance de los resultados esperados.²

En el caso del personal de enfermería, la autoeficacia percibida incide en la ejecución de acciones de cuidado, cantidad de esfuerzo que se les destina, así como la persistencia y compromiso frente a dichas actividades.³ Se podría inferir que cuando el personal de enfermería se percibe a sí mismo como poco eficaz, ejecutará menor cantidad y calidad de actividades de cuidado, contribuyendo negativamente al logro de los objetivos en salud planteados para el paciente.⁴ Por otro lado, algunos estudios como el de Llor Lozano et al., mencionan que las habilidades de comunicación y la percepción de autoeficacia se relacionan con un menor agotamiento emocional y despersonalización, y una mayor realización personal en el trabajo.⁵

Es importante destacar que la autoeficacia parece incidir en el desarrollo del Síndrome de Burnout (SB) tanto de forma directa como indirecta, planteándose como un importante modulador y protector el tener un concepto positivo de las propias habilidades, lo cual teniendo en cuenta que, por ejemplo, la despersonalización, componente primario del SB afecta entre un 20 y 60% del personal de enfermería refuerza la necesidad de realizar estudios en esta área.⁶⁻⁹

Por otro lado, el cuidado enfermero debe ser estructurado, formalizado y destinado a la plena satisfacción de las necesidades del sujeto de atención, cliente o paciente, lo cual amerita de contar con conocimientos y habilidades para brindar una atención de calidad, centrada en la persona y su familia.¹⁰ En el marco de la atención, también se ha de destacar la implementación de actividades relacionadas con los valores y la ética profesional, haciendo hincapié en la humanización del cuidado y el cuidado sensible, dada su influencia sobre el proceso de recuperación y la estancia hospitalaria, sin embargo, en los procesos formativos, algunos estudios refieren que se ha mantenido un enfoque técnico en la formación del recurso humano, dejándose a un lado dichos aspectos.¹¹⁻¹²

El Cuidado Humanizado (CH) incluye aspectos como la relación con el paciente, buen trato, sensibilidad y valor de la dignidad humana, los cuales son ampliamente abordados desde la perspectiva de autoeficacia percibida en el estudiante y/o profesional para ejecutarlos en la dispensación del cuidado en instrumentos como el Caring Efficacy Scale de Coates usado en el presente trabajo.^{13,14} Según Bandura, el sujeto planifica y ejecuta sus actos dependiendo del juicio que tenga sobre sus capacidades para hacerlo, lo cual resalta la relevancia de realizar estudios que evalúen estos aspectos desde la perspectiva del cuidador.¹

Basados en lo anterior, el presente trabajo pretende evaluar la percepción de autoeficacia para brindar cuidados y relacionarse con sus pacientes que tienen los estudiantes y el personal de enfermería (académicos y asistenciales) que concurrieron a un conversatorio sobre cuidado humanizado en enfermería realizado en el segundo semestre de 2021 en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. Se incluyó a los concurrentes al “Conversatorio sobre Cuidado Humanizado en Enfermería” realizado en el marco de las actividades de extensión universitaria de la carrera de Licenciatura en Enfermería de una universidad privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina en el segundo semestre de

2021. Se incluyó en el estudio a aquellos que brindaron su consentimiento informado para participar y que respondieron de forma completa el instrumento. Se partió de una población de 90 sujetos y de ellos, 76 (84,44%) accedieron a participar.

Se implementó el instrumento Caring Efficacy Scale (CES) de Carolie Coates construido a partir de la filosofía Transpersonal del Cuidado Humano de Watson, en su versión en español validada en Chile y que cuenta con un alfa de Cronbach de 0.76.^{14,15} Este instrumento está conformado por 30 reactivos que se responden en una escala de 6 adjetivos que va desde Fuertemente en desacuerdo (1) hasta Fuertemente de acuerdo (6). El instrumento cuenta con 15 reactivos redactados en forma positiva y 15 en forma negativa, los cuales se traducen en aspectos percibidos positiva y negativamente respecto al cuidado, los cuales son agrupados en cuatro dimensiones: Seguridad al brindar atención (ítems 1, 4, 9, 12, 15 y 16), Relación Interpersonal (ítems 2, 3, 11, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 29 y 30), Habilidades de Comunicación (ítems 5, 6, 13, 14, 15, 20, 21 y 28) y Empatía (ítems 7, 8, 10, 26 y 27)¹⁶. El ítem 15 se incluye en las tres primeras dimensiones dado que no discrimina entre ellas. Se complementó la recolección de información con una batería de preguntas para caracterizar a la muestra incluyendo variables como edad, sexo, estado civil, nivel formativo, tenencia de hijos, actividades desempeñadas (asistencial, gestión, docencia, investigación, estudiante) y experiencia laboral.

Para la recolección de datos, se remitió el instrumento y el consentimiento informado vía correo electrónico utilizando el software de administración de encuestas formularios de Google. En cuanto al análisis, los datos fueron extraídos en una base de datos en Microsoft Excel y fueron procesados utilizando el Software InfoStat/L. Se calcularon frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Para el análisis inferencial, debido al muestreo no probabilístico implementado se utilizaron test no paramétricos como U-Mann-Whitney para la comparación de medias entre dos grupos y Kruskal Wallis para comparar medias entre más de dos grupos. Se fijó un nivel de significancia de $p < 0,05$.

El estudio con aprobación por las autoridades de la institución. Se implementó el Consentimiento Informado escrito y no se recolectaron datos personales ni filiarios de los sujetos como nombres, apellidos, números de documentos o cualquier otra información que permitiese filiar al encuestado con el instrumento diligenciado, asegurando el anonimato. De acuerdo con la legislación argentina vigente el presente constituye un estudio “sin riesgo” dado que es un estudio observacional en el cual se utilizaron datos ya recolectados y no se recopilaban datos filiarios.¹⁷

RESULTADOS

Se recibieron 76 encuestas, de las cuales, una fue eliminada debido a que no había sido completada en su totalidad. La media de edad de los encuestados fue de 37,1 años (DE = 10) con un rango comprendido entre 20 y 57 años, mayormente mujeres (88,00%), de estado civil soltero (57,33%), con hijos (69,33%), con formación académica máxima de estudiantes (33,33%) y de licenciatura en enfermería (26,66%), con más de cinco años de experiencia laboral (44,00%) y realizan actividades asistenciales (68,00%) (Tabla 1).

En cuanto al análisis de la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanos y relacionarse con los pacientes, se obtuvo en la dimensión Seguridad al brindar atención, que el ítem 9 obtuvo la media más alta ($m = 4,61$ DE = 1,52) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes” y el ítem 16 obtuvo la media más baja ($m = 1,85$ DE = 1,11) identificándose que los encuestados estaban entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “Aun cuando siento confianza en mí mismo(a) respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes” (Tabla 2).

Tabla 1: Caracterización de la muestra, 2021.(n = 75)

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Hombre	9	12,00
	Mujer	66	88,00
Estado civil	Soltero(a)	43	57,33
	Casado(a)	22	29,33
	Unión Libre	5	6,67
	Divorciado(a)	4	5,33
	Viudo(a)	1	1,33
Tenencia de hijos	Si	52	69,33
	No	23	30,67
Formación	Estudiante	25	33,33
	Técnico(a)	18	24,00
	Licenciado(a)	20	26,67
	Posgrado	12	16,00
Experiencia laboral	<1 año	9	12,00
	1-2 años	12	16,00
	3-5 años	13	17,33
	>5 años	33	44,00
	No trabaja	8	10,67
Total		75	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión Relación Interpersonal se encontró que el ítem 2 obtuvo la media más alta ($m = 4,57$ $DE = 1,69$) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella” y el ítem 17 obtuvo la media más baja ($m = 1,56$ $DE = 0,87$) lo cual muestra que los encuestados se encuentran entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes” (Tabla 2).

En la dimensión Habilidades de Comunicación se encontró que el ítem 5 obtuvo la media más alta ($m = 4,55$ $DE = 1,60$) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueado(a)”, mientras, el ítem 21 obtuvo la media más baja ($m = 1,87$ $DE = 1,12$) lo cual muestra que los encuestados se encuentran entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor” (Tabla 2).

Finalmente en la dimensión Empatía el ítem 10 obtuvo la media más alta ($m = 4,53$ $DE = 1,63$) indicando que se sienten entre ligera y moderadamente de acuerdo con la afirmación “Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales”, mientras, el ítem 26 obtuvo la media más baja ($m = 1,83$ $DE = 1,26$) lo cual muestra que los encuestados se encuentran entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación “A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes” (Tabla 2).

Tabla 2: Media, desviación estándar, distribución e importancias relativas por ítems y dimensiones del instrumento CES, 2021. (n = 75)

Dimensión	Ítem	Media	SD	FD		MD		LD		FA		MA		LA		
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Seguridad al brindar atención	1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes	1,95	1,36	41	54,67	16	21,33	7	9,33	6	8,00	2	2,67	3	4,00
	4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes	4,49	1,64	6	8,00	8	10,67	2	2,67	14	18,67	17	22,67	28	37,33
	9	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes	4,61	1,52	2	2,67	11	14,67	1	1,33	17	22,67	13	17,33	31	41,33
	12	Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío	2,6	1,79	32	42,67	12	16,00	8	10,67	9	12,00	5	6,67	9	12,00
	15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	1,95	1,32	42	56,00	13	17,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33	1	1,33
	16	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes	1,85	1,11	39	52,00	18	24,00	10	13,33	7	9,33	0	0,00	1	1,33
Relación interpersonal	2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella	4,57	1,69	6	8,00	9	12,00	1	1,33	11	14,67	16	21,33	32	42,67
	3	Me siento cómoda al "tocar" a mis clientes/pacientes cuando proporcione cuidado	4,45	1,65	5	6,67	10	13,33	3	4,00	14	18,67	14	18,67	29	38,67
	11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes	4,55	1,52	4	5,33	8	10,67	3	4,00	13	17,33	22	29,33	25	33,33
	15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	1,95	1,32	42	56,00	13	17,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33	1	1,33
	17	Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes	1,56	0,87	49	65,33	13	17,33	10	13,33	3	4,00	0	0,00	0	0,00
	18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes	3,77	1,76	10	13,33	15	20,00	5	6,67	12	16,00	18	24,00	15	20,00
	19	Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes	4,24	1,64	6	8,00	11	14,67	2	2,67	18	24,00	16	21,33	22	29,33
	22	Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona	4,48	1,68	5	6,67	10	13,33	4	5,33	12	16,00	13	17,33	31	41,33
	23	Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona	2,07	1,45	40	53,33	13	17,33	8	10,67	8	10,67	3	4,00	3	4,00
	24	A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía	1,96	1,4	40	53,33	18	24,00	7	9,33	4	5,33	2	2,67	4	5,33
	25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas	4,11	1,72	7	9,33	12	16,00	5	6,67	16	21,33	12	16,00	23	30,67
	29	Aun cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles	2,45	1,52	25	33,33	23	30,67	9	12,00	9	12,00	4	5,33	5	6,67
	30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes	2,39	1,58	31	41,33	18	24,00	7	9,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33

Continuación Tabla 2.

Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud M. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):10-22.

Habilidades de comunicación	5	Mis clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré choqueada	4,55	1,60	4	5,33	11	14,67	0	0,00	14	18,67	17	22,67	29	38,67
	6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes	4,29	1,56	5	6,67	9	12,00	5	6,67	16	21,33	20	26,67	20	26,67
	13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden perder el control	2,19	1,43	34	45,33	17	22,67	10	13,33	6	8,00	6	8,00	2	2,67
	14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado	4,23	1,73	8	10,67	10	13,33	3	4,00	13	17,33	18	24,00	23	30,67
	15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes	1,95	1,32	42	56,00	13	17,33	8	10,67	7	9,33	4	5,33	1	1,33
	20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito	2,21	1,42	33	44,00	18	24,00	8	10,67	8	10,67	7	9,33	1	1,33
	21	Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor	1,87	1,12	37	49,33	21	28,00	11	14,67	3	4,00	2	2,67	1	1,33
	28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel	4,45	1,60	4	5,33	11	14,67	2	2,67	15	20,00	16	21,33	27	36,00
Empatía	7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho	4,41	1,43	2	2,67	12	16,00	1	1,33	16	21,33	26	34,67	18	24,00
	8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona	2,8	1,82	30	40,00	8	10,67	9	12,00	12	16,00	7	9,33	9	12,00
	10	Soy capaz de sintonizar con un cliente/paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales	4,53	1,63	6	8,00	7	9,33	3	4,00	13	17,33	17	22,67	29	38,67
	26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes	1,83	1,26	44	58,67	15	20,00	7	9,33	4	5,33	4	5,33	1	1,33
	27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo	2,37	1,61	34	45,33	13	17,33	8	10,67	11	14,67	4	5,33	5	6,67

Fuente: Elaboración propia.

FD: Fuertemente en Desacuerdo, MD: Moderadamente en Desacuerdo, LD: Ligeramente en Desacuerdo, FA: Fuertemente de Acuerdo, MA: Moderadamente de Acuerdo, LA: Ligeramente de Acuerdo.

El ítem con mejor percepción de autoeficacia en la dispensación de cuidados y relación con los pacientes fue “Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los clientes/pacientes” con una media de 4,61 (DE = 1,52) lo que indica que se encuentran de ligera a moderadamente de acuerdo con dicha afirmación, mientras, el ítem “Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes” obtuvo la media más baja con 1,56 (DE = 0,87) lo cual indica que los encuestados están entre fuerte y moderadamente en desacuerdo con la afirmación (Tabla 2).

Al realizar el análisis inferencial, no se halló relación entre la edad ($p = 0,789$), el sexo ($p = 0,695$), el estado civil ($p = 0,212$) y la experiencia laboral ($p = 0,774$) con la percepción de autoeficacia que tienen los encuestados para otorgar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes.

Los encuestados sin hijos, presentaron medias superiores en la dimensión empatía ($p = 0,028$), mientras los estudiantes obtuvieron medias superiores en la dimensión seguridad al brindar atención ($p = 0,005$) y empatía ($p = 0,023$), y los licenciados en la dimensión habilidades de comunicación ($p = 0,037$). Los técnicos en enfermería obtuvieron medias inferiores en la totalidad de las dimensiones evaluadas. En cuanto al rol, los encuestados que realizaban actividades asistenciales, obtuvieron medias superiores en la dimensión empatía al ser comparados con aquellos que no realizaban este tipo de actividades ($p = 0,049$) (Tabla 3).

Tabla 3: Relación entre las variables sociodemográficas y laborales con las dimensiones del CES, 2021 (N = 75)

Variable	Categorías	Seguridad al brindar atención	Relación Interpersonal	Habilidades de comunicación	Empatía
Sexo	Hombre	18,78 (3,35)	45,33 (5,77)	27,78 (4,44)	16,67 (15,85)
	Mujer	17,27 (4,94)	42,17 (11,07)	25,45 (6,90)	15,85 (4,99)
Estado civil	Soltero(a)	17,93 (4,24)	43,42 (9,73)	26,02 (6,05)	16,63 (4,64)
	Casado(a)	17,68 (4,27)	44,09 (9,71)	27,05 (6,16)	16,00 (4,67)
	Unión Libre	15,40 (6,84)	34,60 (15,40)	19,60 (8,17)	12,40 (5,50)
	Divorciado(a)	16,25 (8,62)	40,50 (12,01)	26,75 (9,00)	15,25 (6,65)
	Viudo(a)	7,00 (0,00)	19,00 (0,00)	11,00 (0,00)	6,00 (0,00)
Tenencia de hijos	Si	16,87 (5,36)	40,79 (11,86)	25,33 (7,53)	15,10 (5,07)
	No	18,78 (2,81)	46,52 (5,25)	26,65 (4,10)	17,87 (4,10)*
Formación	Estudiante	19,24 (3,38)†	45,08 (4,95)	27,72 (4,55)	17,52 (4,79)§
	Técnico(a)	14,89 (4,00)	37,67 (12,59)	22,33 (7,23)	13,33 (3,93)
	Licenciado(a)	19,00 (4,77)	45,70 (8,39)	28,30 (5,85)‡	17,30 (3,99)
	Posgrado	15,00 (6,03)	39,33 (15,88)	22,42 (7,90)	14,33 (6,29)
Experiencia laboral	<1 año	19,56 (2,60)	45,56 (4,00)	26,89 (4,51)	17,56 (4,07)
	1-2 años	18,83 (4,02)	44,08 (7,30)	28,08 (4,32)	16,50 (4,93)
	3-5 años	17,00 (4,28)	39,85 (11,59)	24,08 (7,03)	14,77 (4,21)
	>5 años	16,27 (5,39)	41,85 (12,74)	25,03 (7,63)	15,33 (5,31)
	No trabaja	18,63 (5,26)	44,13 (8,84)	26,50 (6,91)	17,75 (5,39)

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Valores expresados en media y desvío estándar. * $p=0,028$; † $p=0,005$; ‡ $p=0,037$; § $p=0,023$.

DISCUSIÓN

El CH en enfermería busca que se pueda brindar al paciente una atención centrada en sus necesidades y experiencias, con un enfoque en el tratamiento de la persona en su totalidad en lugar de solo su condición médica. La dispensación del CH contribuye a la mejora de la satisfacción del paciente, promueve una recuperación más rápida y fortalece la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el receptor de los cuidados. Al reconocer y abordar las necesidades emocionales, sociales y espirituales de los pacientes, la atención humanizada también puede contribuir a mejorar los resultados generales de salud y las experiencias de los pacientes.^{18,19}

En el presente trabajo se identificó una mejor autoeficacia para brindar cuidados y relacionarse con los pacientes en los encuestados que eran estudiantes o licenciados en enfermería, que no tenían hijos y que desarrollaban actividades asistenciales, coincidiendo con los hallazgos reportados en la literatura científica.

Como fue mencionado, se identificó una relación estadísticamente significativa entre ser estudiante y tener puntajes altos en las dimensiones seguridad al brindar atención y empatía. Este hallazgo coincide con estudios como el de González Tobias et al., en el cual se encontró un nivel alto de autoeficacia en un 73,7% de una muestra de 217 estudiantes de enfermería de una universidad colombiana. Las autoras describen que la autoeficacia percibida positiva por parte de estudiantes, guarda estrecha relación con la percepción de su propia imagen como futuro profesional (autoimagen positiva) y su rendimientos académico, lo cual dado que la muestra está integrada por los asistentes a una actividad de extensión de concurrencia voluntaria, podría inferirse que estos desean continuar con un buen desempeño académico evidenciado en su interés en mejorar sus conocimientos y con ello brindar un mejor cuidado a sus pacientes.²⁰

En el presente trabajo se identificó un concepto negativo de autoeficacia en el personal de enfermería con nivel formativo de tecnicatura (título de pregrado). De acuerdo con algunas investigaciones, las actividades que desarrollan en el marco de la atención del paciente los trabajadores con este nivel de estudios los exponen en mayor medida al agotamiento emocional, la despersonalización y al deterioro en su calidad de vida, dado que son estos los que están mayor tiempo en contacto con el paciente, a la vez que cuentan con menor cantidad de herramientas de afrontamiento en comparación con aquellos trabajadores con título de licenciatura.²¹ A su vez, se ha descrito que el desgaste profesional afectamente negativamente el ejercicio de la empatía en la práctica profesional, lo cual explicaría los hallazgos en el presente trabajo.²²

Resulta importante destacar el hallazgo de mayores niveles de empatía en los trabajadores sin hijos. Al respecto, se ha descrito que aquellos profesionales sin hijos tienen más tiempo para dedicarse a sí mismos, lo cual mejora considerablemente su bienestar y deriva en una mejor y más empática relación con sus pacientes.²³

En cuanto a las actividades profesionales que desarrollaban los encuestados, se encontró que en aquellos que cumplían con roles de asistencia directa al paciente, tenían mayores niveles de empatía en comparación con aquellos que tenían dedicación exclusiva a la docencia, investigación y/o gestión de servicios de enfermería. Algunos trabajos han relacionado las habilidades sociales de comunicación y ejercicio de la empatía con menor desgaste profesional y el mantenimiento de la motivación frente al trabajo; así, la empatía es una cualidad que amerita ser desarrollada durante la formación profesional y que debe ser ejercida durante la atención al paciente dados sus beneficios para el profesional y el sujeto de cuidados.²² Por otro lado, autores como Maidana & Samudio han identificado en una muestra de 81 docentes universitarios que cerca de una cuarta parte de ellos, debe mejorar aspectos de su inteligencia emocional, lo cual se ha relacionado con el desarrollo del síndrome de Burnout con afectación en sus distintas dimensiones, entre ellas la despersonalización

(explicando la autoeficacia percibida baja en la dimensión empatía).²⁴⁻²⁶ Así como con variables relacionadas con el trabajo como la inestabilidad laboral, presión para realizar actividades de investigación y vinculación, poliempleo y estrés laboral, lo cual explica la autoeficacia percibida negativa en aquellos que realizan actividades distintas a la asistencial.^{27,28}

Respecto al nivel formativo y las habilidades para la comunicación, se identificaron medias superiores en aquellos con formación de grado (título de licenciatura en enfermería). Estudios han descrito que las habilidades sociales y comunicacionales para el cuidado humanizado son fortalecidas y desarrolladas durante los tramos formativos, lo cual apoya la relación entre mayor tiempo de formación y una percepción de autoeficacia más positiva.²⁹ La relación entre el profesional de enfermería y el paciente amerita del ejercicio pleno de la comunicación dado su papel como instrumento y herramienta mediadora de la humanización de los cuidados, favoreciendo la confianza, expresión de emociones, y el poder brindar tranquilidad y bienestar a los receptores de cuidado y sus familias.¹²

En cuanto a la autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente, los hallazgos del presente estudio son similares a los hallazgos de Guerrero-Ramírez et al., quienes encontraron en una muestra de 46 profesionales de enfermería que laboraban en servicios de medicina de Lima (Perú), que el cuidado humanizado que ofrecen los profesionales encuestados era caracterizado como regular en un 52%, concluyendo la necesidad de implementar estrategias de mejora de la atención brindada basadas en la capacitación del personal.³⁰ En el presente estudio, se identificó un nivel moderadamente positivo en la percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados y relacionarse con el paciente, lo cual muestra un área de prioritaria intervención sobre todo en el personal que realiza actividades asistenciales y docentes quienes son los más expuestos a condiciones y variables que causan despersonalización.³¹

En cuanto a las limitaciones pueden mencionarse el muestreo no probabilístico (intencional) implementado, el pequeño tamaño muestral y que los encuestados eran concurrentes a una actividad sobre cuidado humanizado para enfermeros y estudiantes de enfermería; lo anterior, puede interferir con la representatividad de los hallazgos, requiriéndose de nuevos estudios que busquen analizar la autoeficacia para dispensar cuidados humanizados en estudiantes y enfermeros en servicio.

CONCLUSIONES

Se encontró un nivel medio de percepción de autoeficacia percibida para otorgar cuidados humanizados, siendo la dimensión Relación Interpersonal la de mejor comportamiento, mientras, la dimensión Empatía fue la peor evaluada. Se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y laborales como tenencia de hijos, nivel formativo y rol profesional con las dimensiones que integran la percepción de autoeficacia que tienen los encuestados para otorgar cuidados humanizados y relacionarse con los pacientes, al respecto, aquellos con hijos, con formación de tecnicatura en enfermería (título de pregrado) y quienes desempeñan rol asistencial presentaron medias más bajas en las dimensiones que integran la autoeficacia para prestar cuidados humanizados.

Los objetivos del estudio fueron logrados, permitiendo identificar variables que afectan negativamente la autoeficacia para brindar cuidados humanizados y poder en consecuencia, realizar intervenciones tendientes a reducir el impacto de estas sobre la dispensación del cuidado. Por lo anterior, se requiere de la implementación de actividades de capacitación continua que propendan por la formación en cuidados humanizados en el personal de enfermería, sobre todo en aquellos que desempeñan actividades hospitalarias para evitar la despersonalización.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO: El presente estudio fue financiado por la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

AUTORÍA:

CCB, MIB: Conceptualización, Curación de datos, Análisis Formal, Adquisición de Fondos, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

JFT: Conceptualización, Análisis Formal, Adquisición de Fondos, Investigación, Metodología, Recursos, Validación, Redacción – revisión y edición.

JNA: Análisis Formal, Investigación, Metodología, Redacción – revisión y edición.

MMJ: Análisis Formal, Investigación, Metodología, Redacción – revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of Control. New York: Freeman. 1977.
2. Roth L, Vankeirsbilck C. Expectativas de los enfermeros/as sobre las actividades de los residentes en formación. *Crear En Salud* 2022; 18:71-87. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revcs/article/view/38541>
3. Moran V, Israel H, Sebelski C. Leadership development of nursing professionals: Education and influences of self-efficacy. *Nurs Outlook* 2021; 69(4):589-597. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.002>
4. Hu SH, Yu YM, Chang WY, Lin YK. Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *J Clin Nurs* 2018; 27(3-4):876-882. <http://doi.org/10.1111/jocn.14129>
5. Llor Lozano J, Seva Llor AM, Díaz Agea JL, Llor Gutiérrez L, Leal Costa C. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enferm Global* 2020; 19(59):68-92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>
6. Georges MT, Roberts LR, Johnston Taylor E, Nick JM, Dehom S. Burnout, Self-Efficacy, and Resilience in Haitian Nurses: A Cross-Sectional Study. *J Holist Nurs* 2022; 40(4):310-325. <https://doi.org/10.1177/08980101211065600>
7. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Oropesa Ruiz NF, Simón Márquez MDM, Gázquez Linares JJ. Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina* 2019; 55(6):237. <http://doi.org/10.3390/medicina55060237>
8. Torre M, Santos Popper M, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enfermería Intensiva* 2019; 30(3):108-115. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.005>
9. Cortina Navarro C, Canova-Barrios C, Anaya Padilla LC, Pardo DM, Sánchez Muñoz E, Cano Páez E. Síndrome de Burnout y sintomatología del estrés en personal de enfermería, en unidades de hospitalización psiquiátrica. 2013. *Rev Colomb Salud Libre* 2013; 8(2):23-33.
10. Cruz Rivero C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montev.)* 2020; 9(1):21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
11. Campos-Quintero L, Vásquez-Truissi ML. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. *Rev Colomb Enferm* 2021; 20(1):e031. <https://doi.org/10.18270/rce.v20i1.2830>
12. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Global* 2020; 19(58):640-672. <https://doi.org/eglobal.392321>
13. Peralvo Veloz GL, Ramírez Gavilanes GI. Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en la estancia hospitalaria. *Salud Cienc Tecnol* 2022; 2:161. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022161>

14. Coates C. The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self-Reports of Caring in Practice Settings. *Adv Practice Nurs Quarterly*/ Summer 1997; 3(1):53-9.
15. Poblete-Troncoso MDC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*. 2012; 12(1):8-21. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.1>
16. Luengo Catriful YA, Tapia Delgado G, Villalonco Rifo CE. Percepción de Estudiantes de Enfermería de 4° y 5° de la Universidad Austral de Chile respecto del Cuidado Humanizado que brindan en sus experiencias prácticas [Tesis de grado]. Universidad Austral de Chile. 2019. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2019/fml948p/doc/fml948p.pdf>
17. Resolución 1480. Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Ministerio de Salud, 2011. http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion_1480-2011.pdf
18. Villarreal Ger MC, JE. Guía sobre el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza - Lago agrio, 2019. Conrado 2021; 17(83):181-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000600181
19. Martos Enrique M, Galiana Camacho T, León Latorre MI. La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2020; 11(1):107-114. <https://doi.org/10.20318/recs.2020.4917>
20. Gonzalez Tobias D, Pedrozo Palencia E, Ahumado Caraballo M, Romero Herrera I, Blanquicett Murieles Y. Autoeficacia percibida en estudiantes de enfermería de la universidad de Cartagena y desempeño académico durante las prácticas formativas [Tesis de grado]. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena; 2017. <https://hdl.handle.net/11227/4520>
21. Canova-Barrios C, Oviedo-Santamaría P. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 2021; 32:181-188. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.11.002>
22. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile. *Enf Clin* 2017; 27(6):379-386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
23. Moralle M, Preston J, Chen L, Berberian WS. An Exploratory Study of Empathy in Resident Physicians at an Urban Medical Center. *Int J Caring Sci*. 2016; 9(2):526-533. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/18_Moralle_original_9_2.pdf.
24. Maidana A, Samudio M. Inteligencia emocional de docentes de enfermería según aptitud demostrada en su entorno laboral. *Medicina Clínica y Social* 2018; 2(2):72-83. <https://doi.org/10.52379/mcs.v2i2.54>
25. Pérez Fernández S, Mosquera Losada ME, Agras Suárez MC, Vallejo Curto MC, Pérez Martín J. Inteligencia emocional y síndrome de Burnout en docentes de enfermería de universidad de Vigo 2020. *Revista DELOS* 2021; Número especial:52-67. <https://doi.org/10.51896/DELOS/MOKY1668>
26. Chávez Orozco CA. Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA* 2016; 1(9):77-95. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n9.2016.55>
27. Ilaja B, Reyes C. Burnout y estrategias de inteligencia emocional en profesores universitarios: implicaciones en la salud laboral educativa. *Psicología desde el Caribe* 2016; 33(1):31-46. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8081>
28. Yslado Méndez RM, Ramirez Asis EH, García-Figueroa ME, Arquero Montaña J. Clima laboral y burnout en profesores universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 2021; 24(3). <https://doi.org/10.6018/reifop.476651>
29. Díaz Oviedo A, Villanueva Delgado IA, Martínez Licon JF. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery* 2020; 24(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>

Canova-Barrios CJ, Figueira-Teuly J, Ayllon J, Miranda ML, Barraud M. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. *Rev. chil. enferm.* 2023;5(1):10-22.







30. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, de La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. *Rev Enferm Herediana* 2016; 9(2):133-142. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
31. Figueira-Teuly J, Canova-Barrios C, Lepez CO. La integración curricular en enfermería. Reseña del Conversatorio alusivo al Día de la Enfermería Argentina 2022. *Salud Cienc. Tecnol* 2022; 2:166. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022166>



PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO DIFÍCIL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL CHILENO

PREVALENCE OF FACTORS ASSOCIATED WITH DIFFICULT PERIPHERAL VENOUS ACCESS IN A PAEDIATRIC POPULATION IN A CHILEAN HOSPITAL

PREVALÊNCIA DE FATORES ASSOCIADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO DIFÍCIL EM UMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL CHILENO

**Fernanda Pizarro Canales¹ , Javiera Cabello Barrera¹ , Antonia Feres Maulén¹ ,
Sigrid Oehrens Baquedano¹ , Javiera Palma García¹ , Felipe De la Fuente^{1a} **

¹Universidad de Chile, Santiago, Chile

^a**Autor de correspondencia:** fdelafuente@uchile.cl 

Citar como: Pizarro Canales F, Cabello Barrera J, Feres Maulén A, Oehrens Baquedano S, Palma García J, De la Fuente F. Prevalencia de factores asociados al acceso venoso periférico difícil en población pediátrica en un hospital chileno. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):23-33. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69176>

Fecha de Recepción: 16 de Diciembre del 2022

Fecha de Aprobación: 13 de Abril del 2023

Fecha de Publicación: 16 de Abril del 2023

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

Introducción: La mitad de las instalaciones pediátricas de un catéter venoso periférico resultan ser en el contexto de un paciente, un acceso venoso difícil, definido como instalación de un catéter venoso periférico frustrado en la primera punción. Actualmente se utiliza como herramienta predictiva de acceso venoso difícil el DIVA score, sin embargo, existen investigaciones que proponen nuevos factores asociados, surgiendo la necesidad de estudiarlos en profundidad. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de factores asociados al acceso venoso difícil en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de cirugía de un hospital en Chile, 2022. **Metodología:** Investigación cuantitativa descriptiva transversal con muestreo intencionado. Fueron incluidos pacientes de edad entre 0 a 14 años cumplidos con acceso venoso difícil. Para investigar estos antecedentes clínicos, se seleccionaron 5 de los más mencionados en la literatura: Obesidad, Diabetes, Anemia de Células Falciformes, Quimioterapia y Diálisis. Se utilizó una grilla de cotejo realizada Ad Hoc, los resultados fueron

analizados mediante un software y el intervalo de confianza fue de 95%. **Resultados:** La mediana de edad fue de 1 año, con un rango intercuartílico de 3. El antecedente evaluado más prevalente en los pacientes con acceso venoso difícil fue obesidad, presente en el 31% de la muestra y el segundo, fue anemia de células falciformes, presente en un 5%. **Conclusiones:** Se evidenció una amplia diferencia entre las variables estudiadas, siendo obesidad la de mayor prevalencia; la investigación logró el propósito de aportar evidencia que ayude a la toma de decisiones para el cuidado del capital venoso del paciente.

Palabras claves: Pediatría; Cateterismo periférico; Dispositivos de acceso vascular; Atención de enfermería; Enfermería basada en la evidencia.

ABSTRACT

Introduction: Half of the pediatric installations of a peripheral venous catheter turn out to be in the context of a patient, a difficult venous access, defined as the installation of a peripheral venous catheter frustrated in the first puncture. Currently, the DIVA score is used as a predictive tool for difficult venous access, however, there is research that proposes new associated factors, arising the need to study them in depth. **Aim:** To identify the prevalence of factors associated with difficult venous access in pediatric patients treated in the surgery service of a hospital in Chile, 2022. **Methodology:** Cross-sectional descriptive quantitative research with purposive sampling. Patients aged 0 to 14 years with difficult venous access were included. To investigate these clinical antecedents, 5 of the most mentioned in the literature were selected: Obesity, Diabetes, Sickle Cell Anemia, Chemotherapy and Dialysis. An Ad Hoc comparison grid was used, the results were analyzed using software and the confidence interval was 95%. **Results:** The median age was 1 year, with an interquartile range of 3. The most prevalent antecedent evaluated in patients with difficult venous access was obesity, present in 31% of the sample and the second, was sickle cell anemia, present in 5%. **Conclusions:** A wide difference was evidenced between the variables studied, with obesity being the most prevalent; the research achieved the purpose of providing evidence that helps decision-making for the care of the patient's venous capital.

Keywords: Pediatrics; Catheterization, Peripheral; Vascular access devices; Nursing care; Evidence-Based Nursing.

RESUMO

Introdução: Metade das instalações pediátricas de um cateter venoso periférico acaba por ser no contexto de um paciente, um acesso venoso difícil, definido como a instalação de um cateter venoso periférico frustrado na primeira punção. Atualmente, o DIVA score é utilizado como ferramenta preditiva para acesso venoso difícil, entretanto, há pesquisas que propõem novos fatores associados, surgindo a necessidade de estudá-los a fundo. **Objetivo:** Identificar a prevalência de fatores associados à dificuldade de acesso venoso em pacientes pediátricos atendidos no serviço de cirurgia de um hospital no Chile, 2022. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa descritiva transversal com amostragem intencional. Foram incluídos pacientes de 0 a 14 anos com acesso venoso difícil. Para investigar esses antecedentes clínicos, foram selecionados 5 dos mais citados na literatura: Obesidade, Diabetes, Anemia Falciforme, Quimioterapia e Diálise. Uma grade de comparação Ad Hoc foi usada, os resultados foram analisados usando software e o intervalo de confiança foi de 95%. **Resultados:** A mediana de idade foi de 1 ano, com intervalo interquartil de 3. O antecedente mais prevalente avaliado em pacientes com acesso venoso difícil foi a obesidade, presente em 31% da amostra e o segundo, foi a anemia falciforme, presente em 5%. **Conclusões:** Evidenciou-se ampla diferença entre as variáveis estudadas, sendo a obesidade a mais prevalente; A pesquisa atingiu o objetivo de fornecer evidências que auxiliem na tomada de decisão para o cuidado com o capital venoso do paciente.

Palavras Chaves: Pediatría; Cateterismo Periférico; Dispositivos de acceso vascular; Cuidados de enfermagem; Enfermagem baseada em evidências.

INTRODUCCIÓN

En el contexto hospitalario es frecuente que los pacientes pediátricos requieran un acceso vascular periférico en la atención terciaria, incluso se describe que al menos la mitad de los pediátricos hospitalizados necesitan de la instalación de un Catéter Venoso Periférico (CVP) para el cumplimiento de sus cuidados en salud.¹ La instalación de CVP suele ser un procedimiento complejo, en la mitad de los intentos en niños/as menores de 3 años falla en la primera punción, por lo cual se debe repetir generando un proceso frustrante para los profesionales de la salud, infantes y sus tutores.^{2,3} El profesional de enfermería está a cargo de la instalación de los CVP, así como también de la vigilancia de complicaciones posterior a la instalación, su mantenimiento y utilización de técnicas adecuadas para reducir el número de punciones al momento de la instalación.^{4,5}

Respecto a las definiciones sobre un Acceso Venoso Difícil (AVD), no existe un consenso en cuanto a la cantidad de punciones o característica definitoria para considerar un acceso venoso como difícil. Un estudio en adultos considera AVD los casos con 2 o más intentos fallidos. En otro estudio se ha descrito que si al momento de realizar instalación de un CVP, se requiere multipuncionar para lograr la cateterización se trata de un AVD.⁶ Para fines teóricos de la presente investigación se considera la definición realizada por la última actualización del *Difficult Intra-Venous Access score* (DIVAscore), que define un AVD como instalación de CVP frustrado en la primera punción.⁷

El DIVAscore es una herramienta predictiva de fracaso o éxito en la instalación de un CVP, por tanto, un método que puede indicar la presencia de un AVD.⁸ Esta escala de valoración fue validada en Estados Unidos (EEUU) e Italia, y además recomendada en la Guía de Buenas Prácticas de Acceso Vascular de la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO), programa que se está implementando actualmente en Chile.^{7,9,10} La puntuación DIVAscore realiza una sumatoria de puntajes asociados a cuatro variables que corresponden a características del paciente que se asocian a un AVD, estas corresponden a: edad del paciente pediátrico, antecedentes de prematuridad (edad gestacional al nacer < 38 semanas), visibilidad de la vena y palpabilidad posterior a la instalación del torniquete.⁸ Se definió que a los pacientes a quienes se les asigne un valor igual o mayor a 4, tendrán un 50% de probabilidad de AVD.⁹

En Latinoamérica existe un aumento en el costo económico de la estadía hospitalaria cuando se presentan complicaciones y fallas en la instalación de CVP. Una investigación en Brasil demostró que el 31% del valor transferido por el Sistema Único de Salud se utiliza en la instalación de dispositivos venosos debido a la fragilidad vascular de los pacientes,¹¹ La *American Academy of Pediatrics* (AAP) de EEUU publicó que el costo medio de las canulaciones intravenosas fue de US\$41, y en pediátricos que necesitaron más de 3 intentos de canulación intravenosa, el costo de los CVP fue de US\$69 a US\$125.¹² Un estudio en Chile analizó los costos de las Unidades de Hospitalización Médico Quirúrgico (UMQ) y de Cuidados Medios (UCM), en donde el costo anual indirecto del procedimiento de instalación de CVP fue de \$62.020.583 en UMQ, realizando 35.174 instalaciones cada vía y \$67.519.141 en UCM, donde se realizaron 16.913 instalaciones totales anuales.¹³ Por último, un estudio demuestra que en pacientes con AVD se prolonga el procedimiento de instalación de un catéter venoso entre 118 a 135 minutos más que en pacientes que no tienen un acceso venoso difícil y que no requieren de técnicas avanzadas (64 minutos), por lo que demanda más tiempo en el personal, y por consiguiente mayor recurso humano.^{14,15}

Los intentos repetidos de inserción de CVP pueden generar un aumento en la incidencia de complicaciones, como extravasación de medicamentos, infección y perforación en vasos, significando un retraso en la extracción de sangre y en el tratamiento intravenoso, lo que se asocia a lentitud en el resultado de pruebas de laboratorio, disminución del efecto terapéutico (menor eficacia y más lenta recuperación) y, por consiguiente, prolongación de la estadía hospitalaria de los pacientes.^{2,3,15}

Cuando no se puede instalar un CVP a causa de un AVD, se considera como alternativa el uso de Catéter Venoso Central (CVC), es por esta razón que un porcentaje significativo de los CVC no son instalados netamente por tratamiento, sino por la imposibilidad de instalar un CVP⁶. El uso de CVC posee una mayor cantidad y gravedad de las complicaciones en relación con el CVP, tales como Infección, Trombosis y Neumotórax, es así como, mejorar el manejo de los AVD, permitiría evitar CVC posiblemente innecesarios, lo que puede tener un importante impacto en la salud disminuyendo las potenciales complicaciones.⁶

Los factores del entorno (luz, temperatura, espacio y ruido), del usuario (características propias y antecedentes médicos) y propios del profesional (experiencia y habilidad), podrían influir en la dificultad de la canulación venosa.⁶ Existen diversos factores de riesgo que se deberían considerar en la valoración del acceso venoso periférico en pacientes pediátricos para una mejor atención, ya que DIVA score no utiliza la valoración de antecedentes clínicos del paciente pediátrico para evaluar la instalación de un acceso venoso, por lo tanto, es necesario indagar de manera más profunda al pediátrico en cuanto a las características de aquellos con primer intento de instalación de CVP frustrado.³

Debido a lo anterior surge la necesidad de estudiar al paciente con AVD, en búsqueda de factores propios que le hagan más susceptible de presentar dificultad en la canalización venosa.⁶ Los factores de riesgo que definió la Asociación de Anestesiología de Chile, para un AVD son la Obesidad, Malformaciones Osteomusculares de las Extremidades, Edema de extremidades debido a tratamientos farmacológicos o quirúrgicos, uso previo de medicamentos que lesionen los trayectos venosos, Quimioterapia, Diálisis, Diabetes Mellitus, Deshidratación moderada a grave, historia previa de punciones múltiples y ansiedad por parte del paciente.³ Otras investigaciones señalan factores adicionales que resultaron importantes para predecir un AVD, como la Patología Vasculatura, el abuso de drogas por vía intravenosa, Enfermedad de Células Falciformes, y la Diabetes, éstos últimos en pacientes adultos.^{15,16} Se descartaron para fines del presente estudio, las variables que pueden considerarse factores no propios del paciente debido a su agudez e incierta persistencia en el tiempo. Además de las que apuntan a características psicológicas que pueden ser subjetivas y aquellas que en la revisión bibliográfica se encontraron solo una vez. Los factores más mencionados en la literatura y seleccionados para el presente estudio son: Obesidad, Quimioterapia, Diabetes Mellitus, Diálisis y Anemia de Células Falciformes.^{3,6,15-17}

Antecedentes clínicos seleccionados

Obesidad: Un infante se considera obeso si su peso corporal se encuentra por sobre 2 o más Desviaciones Estándar para el peso y talla para niños de 0 a 5 años 29 días y si su Índice de Masa Corporal IMC (kg/m^2)/edad por sobre 2 o más Desviaciones Estándar para niños entre 5 años 1 mes y 19 años, según las tablas descritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).¹⁸⁻²⁰ Se describe que la obesidad al ser una enfermedad crónica contribuye al desarrollo de una progresiva degradación del árbol vascular periférico.⁶ Se puede asociar la alta proporción de tejido adiposo con la dificultad de encontrar una vena la cual se pueda observar, palpar y puncionar.^{16,21}

Antecedentes de Quimioterapia: La quimioterapia se incluye dentro de los factores de riesgo ante un AVD, en estudios realizados en pacientes adultos donde se describe una reducción de la disponibilidad de los accesos periféricos por la necesidad de puncionar reiteradas veces para diversos procedimientos diagnósticos y para la administración de medicamentos.²² La utilización de agentes antineoplásicos en quimioterapia puede causar flebitis, extravasación, daño en el tejido local y reducción del número de venas disponibles.^{23,24}

Diabetes Mellitus: La Diabetes Mellitus se describe como una ineficiente acción de la hormona insulina dando como resultado un estado de altos niveles de glucosa en sangre.²⁵ La Diabetes fue un predictor significativo de la canulación difícil en un estudio realizado en Italia.²⁴ La relación entre Diabetes y AVD podría ser explicada por el aumento de la morbilidad que hace que el paciente requiera frecuente atención médica y necesidad de acceso vascular.¹⁶ Además, la hiperglicemia crónica produce complicaciones macro y microvasculares en niños con Diabetes Mellitus, y es un factor de riesgo para enfermedades vasculares periféricas y para el tromboembolismo venoso.^{26,27} Estas razones pueden guiarnos a su relación con el desarrollo de AVD.¹⁶

Antecedentes de Diálisis: Terapia de sustitución parcial de las funciones renales, puede ser Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis, ambas eliminan productos de desecho que intoxican el organismo.^{28,29} De los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3 o superiores que han sido dializados, más de la mitad han demostrado niveles elevados de Proteína C Reactiva.^{30,31} Las células involucradas en este proceso inflamatorio sugieren un vínculo entre el flujo sanguíneo y la inflamación vascular.^{32,33} Se provoca una disfunción de acceso vascular causada comúnmente por la estenosis del acceso arteriovenoso, considerado esto como un fuerte limitante en la calidad de vida de estos pacientes respecto a su acceso venoso futuro.³⁴

Anemia de células falciformes (ACF): La ACF es una enfermedad crónica causada por la expresión de la homocigotividad de hemoglobina S.³⁵ En esta patología, existe alteración en el eritrocito que los hace menos deformables y un cambio a forma de media luna, estos factores impiden su circulación provocando una serie de eventos que terminan en activación del sistema de la coagulación con mayor actividad trombótica, es decir, los pacientes con ACF corren el riesgo de sufrir diversas complicaciones de este tipo como trombosis microvascular y arterial.^{36,37} Se ha observado una activación de las plaquetas, razón por la que se cree que los pacientes con ACF presentan un estado hipercoagulable crónico, pudiendo causar una mayor tendencia a desarrollar tromboembolismo venoso.³⁸ Por último, la multipunción secundaria al tratamiento médico provoca estenosis, la que puede ser la respuesta a la relación entre ACF y AVD.¹⁶

Debido a lo anterior, el propósito de la presente investigación, es generar información válida y actualizada que revele la prevalencia de los factores clínicos que pueden estar presentes en pacientes pediátricos con acceso venoso difícil, para permitir al profesional de enfermería y a otros investigadores tener conocimiento previo respecto a esta pesquisa, para que en un futuro posibilite la creación de nuevas escalas de valoración del acceso venoso pediátrico, contribuyendo así a la evidencia acerca de acciones o recomendaciones para un mejor manejo del procedimiento en niños. Lo anterior, contribuye al cumplimiento de los derechos del niño hospitalizado enfocados en la toma de precauciones necesarias para disminuir el estrés, además de los procedimientos injustificados y el dolor causado por los tratamientos que requiere el paciente pediátrico³⁹. El objetivo de esta investigación es identificar la prevalencia de factores asociados al acceso venoso difícil en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de cirugía de un hospital en Chile, 2022.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal con muestreo intencionado. El universo son los pacientes pediátricos con AVD ingresados a cirugía pediátrica de un hospital chileno dentro del

periodo del estudio, que correspondió a un total de 97 pacientes, y la muestra son los pacientes pediátricos reclutados de edad entre 0 a 14 años, 11 meses y 29 días, que tienen un AVD definido como una canulación venosa periférica fallida al primer intento durante el periodo septiembre-noviembre 2022.⁷ El equipo investigativo registró personalmente los datos en un periodo de 7 días hábiles.

La selección de la muestra se realizó a través del criterio de inclusión: Pacientes con canulación de catéter venoso periférico corto tradicional fallido a primer intento según registro ficha clínica. Como criterio de exclusión se definió: Pacientes cuya ficha no contiene la información requerida completa, siendo esta el número de intentos para instalación de catéter venoso, edad, peso/talla y registro de antecedentes clínicos si corresponde.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó una probabilidad de encontrar AVD de 50% indicada en el estudio acceso venoso difícil en pediatría y un nivel de confianza del 95%, considerando un tamaño de población de 107 pacientes en el periodo seleccionado.³ Con este cálculo realizado se determinó la necesidad de reclutar una muestra de 81 pacientes con AVD.

Las variables seleccionadas fueron: a) Obesidad, b) Antecedentes de Quimioterapia, c) Diabetes Mellitus, d) Antecedentes de Diálisis y e) Anemia de las Células Falciformes. La variable Obesidad se construyó a partir de la definición de la OMS utilizando las variables edad, peso y talla.

Como métodos de recolección y extracción de datos se buscó en la ficha clínica la presencia de cada una de las variables en los pacientes pediátricos con AVD. Para la extracción de los datos se utilizaron dispositivos tipo Tablet que permitieron reducir el error de digitación y para recabar los datos se utilizó un instrumento creado por las autoras donde se le asignó a cada niño/a un código identificador. Este fue revisado por expertos (un metodólogo, un académico de pediatría y un enfermero clínico), quienes aceptaron el instrumento sin necesidad de modificaciones. Se guardaron los datos de manera anónima y no se recopilaban datos sensibles. Posteriormente se registraron y analizaron los datos en software Excel versión 17.0 2019.

Para los aspectos éticos se utilizaron los requisitos de Ezequiel Emanuel y los cuatro principios fundamentales de la bioética profesional (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) que permitieron generar un marco racional y sistemático que determinó la ética del estudio, los cuales además permitieron considerar dentro de esta el respeto a los principios y valores de las personas, cumplidos a lo largo de toda la investigación.⁴⁰ La presente investigación contó con la aprobación del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur y del Comité de Ética de la Investigación del hospital de estudio (código 101-03102022), junto con una dispensa de consentimiento informado validada por la dirección de la institución.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 81 pacientes pediátricos con AVD hospitalizados durante el segundo semestre del año 2022 en un servicio de cirugía, correspondiente a una prevalencia de 51,26% de AVD en el estudio. La muestra de pacientes con AVD fue mayormente de sexo masculino, correspondiendo al 57% de la muestra. La mediana de edad fue de 1 año, con un rango intercuartílico de 3, además, el 50% de los pacientes tuvo edades entre 0 y 1 año y se encontraron pocos pacientes de edades cercanas al límite superior del rango para este estudio, considerando que el paciente de menor edad tenía 0 años y el de mayor, 14 años. Además, el 44,38% de los registros no incluía la información del número de intentos realizados. Para complementar la investigación, mediante el proceso se percató la alta prevalencia de síndrome febril agudo como diagnóstico de ingreso dentro de las muestras analizadas con un 22,22%. Relativo a los factores estudiados, el antecedente evaluado más prevalente en los pacientes con AVD fue Obesidad, presente en el 31% de la muestra y el segundo

antecedente más prevalente fue Anemia de Células Falciformes, presente en un 5%. El resto de los antecedentes tuvieron prevalencias significativamente bajas, Quimioterapia con un 2%, y Diálisis y Diabetes Mellitus con un 1% cada uno (Gráfico 1).

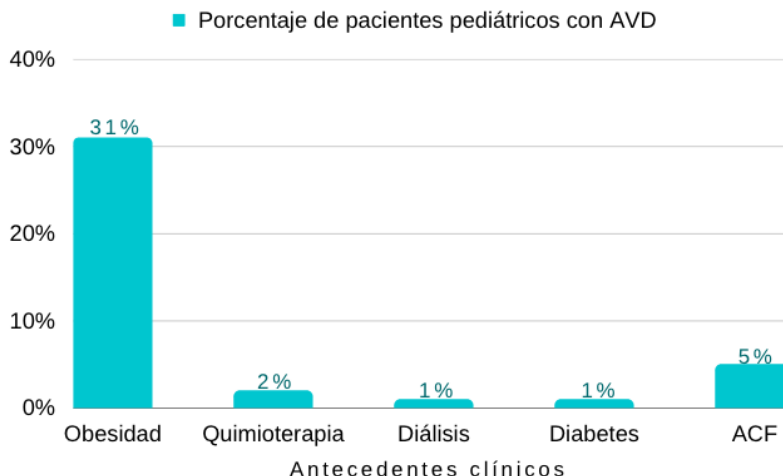


Gráfico 1: Prevalencia de antecedentes clínicos en pacientes pediátricos con AVD (n=81).

DISCUSIÓN

Con valores similares a la tendencia encontrada en la revisión bibliográfica, que fue realizada considerando los lineamientos básicos en relación a la calidad del estudio y los años adecuados de publicación, el hallazgo de la presente investigación sobre la presencia de una AVD en pacientes pediátricos presentó concordancia con el estudio Acceso venoso difícil en pediatría que determinó que aproximadamente un 50% de los pacientes pediátricos menores de 3 años presentan un AVD.³

En cuanto al análisis de los datos, se realizó un estudio amplio de la muestra sin utilizar análisis por rangos dado a la necesidad de realizar una caracterización general previa del grupo de pacientes estudiados, debido a que es escasa la información existente en Chile sobre pediátricos con AVD, de esta manera, se espera el posterior estudio de esta información enfocada en el análisis de los datos por rangos etarios y/o sexo de los pacientes.

En relación con el análisis de la muestra estudiada, la alta prevalencia del antecedente clínico de obesidad, que estuvo presente en un 31% de los pacientes pediátricos con AVD, se puede asociar a la alta presencia de esta enfermedad en Chile. El último mapa nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) del 2020, que evalúa a niños hasta primero medio (14 años cumplidos al 31 de marzo), establece que la obesidad en kínder es de un 29,5%, en primero y quinto básico 27,9% y en primero medio 13,1%, demostrando que la malnutrición por exceso alcanza cifras cercanas al 30% a edades pediátricas tempranas.⁴² Según estos datos sería importante elaborar nuevas investigaciones que analicen una posible relación directa de los procesos fisiopatológicos presentes en este diagnóstico con la presencia de un AVD en pacientes pediátricos, cuyo resultado pueda plantear la necesidad de valoración de este antecedente previo a instalación de un CVP.⁴¹

En relación a la prevalencia encontrada de ACF en la muestra de pacientes pediátricos, esta se considera significativa debido a que es una patología genética recesiva que tiene una baja probabilidad de ser presentada en la población.⁴³ En esta línea, cabe señalar la poca prevalencia de Quimioterapia, Diálisis y Diabetes Mellitus en el presente estudio aun cuando estos antecedentes habían sido

mencionados en otras investigaciones como importantes factores de riesgo de un AVD; el hallazgo puede deberse a las edades que tenían la mayoría de los pacientes con AVD.^{3,6,15,16}

Se encontró además que el diagnóstico de ingreso más prevalente dentro de la muestra fue síndrome febril agudo, siendo una patología que las investigaciones sobre AVD no han considerado como influyente en la aparición de esta condición y además no se encontró información epidemiológica descrita en Chile en la revisión bibliográfica. Estudiar la fisiopatología del proceso patológico mencionado sería un punto que considerar para incluir nuevos factores de valoración en pacientes pediátricos antes la realización de técnicas que se asocian la instalación de algún dispositivo venoso invasivo.

En el proceso de recolección de datos del presente proyecto, destacó como limitante que un alto porcentaje de los registros no incluía la información del número de intentos realizados, hecho que pone en manifiesto que no existen hábitos ni protocolos de registro completo de dispositivos invasivos como la instalación de un CVP por parte del profesional de enfermería, siendo un obstáculo en la continuidad del cuidado del paciente.

Limitaciones

Al ser un estudio de prevalencia, se limita a describir y no realiza una relación causal entre las variables presentadas, ni genera asociaciones entre éstas. En otras palabras, la presente investigación no indica que las características clínicas (Obesidad, Diabetes, antecedentes de Quimioterapia, antecedentes de Diálisis y/o Anemia de Células Falciformes) son la causa de los accesos venosos difíciles. Sin embargo, se pretende que posteriores investigaciones puedan plantear una hipótesis y relaciones causales ocupando como referencia este trabajo.

CONCLUSIÓN

Se evidenciaron amplias diferencias en la prevalencia encontrada entre las variables estudiadas, las que demuestran una tendencia a padecer obesidad en pacientes pediátricos con AVD. Como aporte para la enfermería se evidenciaron los antecedentes clínicos presentes en pacientes pediátricos con AVD en la realidad local con la finalidad de aportar a futuro con la posible incorporación de este tipo de factores en la valoración del paciente que ayuden a la toma de decisiones estratégicas en el cuidado del capital venoso del paciente.

Se hace evidente la necesidad de contemplar nuevos estudios que incluyan factores de valoración, con el fin de crear herramientas que guíen al profesional a realizar un cuidado de costo-beneficio favorable para cada paciente y que permitan mejorar este tipo de procedimientos estresantes para el infante y sus cuidadores. En este contexto, el profesional de enfermería es el encargado de instalar, cuidar y manejar los dispositivos invasivos tales como el CVP, por esta razón, dicho profesional es quien debe enfocar el cuidado en evitar multipunciones invasivas y el consecuente aumento tanto de la estadía hospitalaria del paciente, como del recurso material y humano utilizado en el proceso.

Se consignó un alto porcentaje de registros no detallados sobre el número de punciones en el procedimiento de la instalación del CVP de los usuarios estudiados, pudiéndose decir que es una práctica reiterada dentro del servicio hospitalario investigado; este descubrimiento se considera como una oportunidad de mejora, para que en un futuro el proceso de registro del dispositivo invasivo se considere como un proceso fundamental y necesario para la continuidad del cuidado de los pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor Felipe De la Fuente declara ser editor asociado en esta revista. El resto del equipo declara no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no tuvo fuentes de financiamiento.

AUTORIA

JPG: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Administración del proyecto, Recursos, Software, Validación, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

JCB, AFM, SBO, FPC: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Validación, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

FDF: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Kleidon TM, Cattanach P, Mihala G, Ullman AJ. Implementation of a paediatric peripheral intravenous catheter care bundle: A quality improvement initiative. *J Paediatr Child Health* 2019;55(10):1214-1223. <https://doi.org/10.1111/jpc.14384>
2. Schults J, Rickard C, Kleidon T, Paterson R, Macfarlane F, Ullman A. Difficult Peripheral Venous Access in Children: An International Survey and Critical Appraisal of Assessment Tools and Escalation Pathways. *J Nurs Scholarsh* 2019;51(5):537-546. <https://doi.org/10.1111/jnu.12505>
3. Borchert E, Lacassie H, Concha M, Rattalino M, Lema G. Acceso venoso difícil en pediatría. *Rev. chil. anest* 2021;50(5):685-689. <http://doi.org/10.25237/revchilanestv50-03-08>
4. Alexandrou E, Ray-Barruel G, Carr PJ, Frost SA, Inwood S, Higgins N, Lin F, Alberto L, Mermel L, Rickard CM. Use of Short Peripheral Intravenous Catheters: Characteristics, Management, and Outcomes Worldwide. *J Hosp Med* 2018;13(5):e1-7. <https://doi.org/10.12788/jhm.3039>
5. Dias EF, Viana ACN, Andraus LMS, Pereira MS. Utilização do dispositivo intravenoso periférico intermitente em pediatria. *Rev. Eletr. Enferm* 2000;2(2). <https://doi.org/10.5216/ree.v2i2.685>
6. Rodríguez MA. Factores de riesgo de dificultad en la canalización venosa periférica en atención hospitalaria. Estudio caso-control multicéntrico [Tesis Doctoral en Investigación traslacional en salud pública y enfermedades de alta prevalencia] Universitat de les Illes Balears. 2021.
7. Giroto C, Arpone M, Frigo AC, Micheletto M, Mazza A, Da Dalt L, Bressan S. External validation of the DIVA and DIVA3 clinical predictive rules to identify difficult intravenous access in paediatric patients. *Emerg Med J* 2020;37(12):762-767. <https://doi.org/10.1136/emered-2020-209658>
8. Yen K, Riegert A, Gorelick MH. Derivation of the DIVA score: A clinical prediction rule for the identification of children with difficult intravenous access. *Pediatr Emerg Care* 2008;23(3):143-147. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181666f32>
9. Riker MW, Kennedy C, Winfrey BS, Yen K, Dowd MD. Validation and Refinement of the Difficult Intravenous Access Score: A Clinical Prediction Rule for Identifying Children with Difficult Intravenous. *Acad Emerg Med* 2011;18(11):1129-1134. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01205.x>
10. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Vascular access. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/vascular-access-second-edition>
11. Martins TS. Survey of the costs of peripheric intravenous device in the composition of the values of the internment in pediatrics unit - a quantitative study. *OBJN* 2008;7(2):419-421. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20081499>

12. Goff D, Larsen P, Brinkley J, Eldridge D, Newton D, Hartzog T, Rautt J. Resource Utilization and Cost of Inserting Peripheral Intravenous Catheters in Hospitalized Children. *Hosp Pediatr* 2013;3(3):185-191. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2012-0089>
13. Neriz L, Cruz-Fernández D, Rodríguez-Araya D, Sawada M. Los costos basados en actividades de Unidades Médico Quirúrgica y de Cuidados Medios en un hospital público. *Rev. méd. Chile* 2020;148(1):17-29. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000100017>
14. Witting M, Moayed S, Brown L, Ismail A. Predictors and Delays Associated with the Need for Advanced Techniques for Intravenous Access. *J Emerg Med* 2017;53(2):172-177. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.04.002>
15. Egan G, Healy D, O'Neill H, Clarke-Moloney M, Grace P, Walsh S. Ultrasound guidance for difficult peripheral venous access: systematic review and meta-analysis. *Emerg Med J* 2013;30(7):521-526. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-201652>
16. Fields J, Piela N, Au A, Ku B. Risk factors associated with difficult venous access in adult ED patients. *Am J Emerg Med* 2014;32(10):1179-1182. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.07.008>
17. Rodríguez M. Definiendo la vía venosa periférica de difícil canalización y los factores de riesgo asociados. *Medicina Balear* 2019;34(1):11-19. <https://doi.org/10.3306/MEDICINABALEAR.34.01.11>
18. Perret C, Pérez C, Poblete MJ. Manual de pediatría. Chile; 2018. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatria.pdf>
19. OMS. Obesidad y sobrepeso. 9 de junio de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
20. Ministerio de Salud de Chile. Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad (con líneas de corte). Santiago; 2018. 92p. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/07/2018.06.14-PAC_Interior-con-lineas-de-corte-14-juliov3.pdf
21. Sebbane M, Claret PG, Lefebvre S, Mercier G, Rubenovitch J, Jreige R, et al. Predicting Peripheral Venous Access Difficulty in the Emergency Department Using Body Mass Index and a Clinical Evaluation of Venous Accessibility. *J Emerg Med* 2012;44(22):299-305. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.07.051>
22. Gallieni M, Pittiruti M, Biffi R. Vascular access in oncology patients. *CA Cancer J Clin* 2008;58(6):323-346. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0015>
23. Vargas PL. Cáncer en pediatría: Aspectos generales. *Rev. chil. pediatr* 2000;71(4):283-295. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062000000400002>
24. Piredda M, Biagioli V, Barrella B, Carpisassi I, Ghinelli R, Giannarelli D, et al. Factors affecting difficult peripheral intravenous cannulation in adults: a prospective observational study. *J Clin Nurs* 2016;26(7-8):1074-1084. <https://doi.org/10.1111/jocn.13444>
25. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica AUGÉ Diabetes Mellitus tipo 1. Santiago; 2013. 67p. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Diabetes-Mellitus-tipo-1.pdf>
26. Hamilton H, Knudsen G, Vaina C, Smith M, Paul S. Children and young people with diabetes: recognition and management. *Br J Nurs* 2017;26(6):340-347. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.340>
27. Pomeroy F, Di Minno MND, Fenoglio L, Gianni M, Ageno W, Dentali F. Is diabetes a hypercoagulable state? A critical appraisal. *Acta Diabetol* 2015;52(6):1007-1016. <https://doi.org/10.1007/s00592-015-0746-8>
28. Comité Educativo de ASODI, Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile. Manual educativo ASODI para el paciente en diálisis y trasplantado. Chile: ASODI; 2017. 91 p. <https://asodi.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Educativo.pdf>
29. Gajardo M, Cano F. ABC de la diálisis peritoneal en pediatría. *Rev Chil Pediatr* 2020;91(2):265-274. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i2.1242>

30. Cobo G, Lindholm B, Stenvinkel P. Chronic inflammation in end-stage renal disease and dialysis. *NDT* 2018;33(3):35-40. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfy175>
31. Aarstad HH, Guðbrandsdóttir G, Hjelle KM, Bostad L, Bruserud Ø, Tvedt THA, et al. The Biological Context of C-Reactive Protein as a Prognostic Marker in Renal Cell Carcinoma: Studies on the Acute Phase Cytokine Profile Cancers. Norwegian Cancer Society 2020;12(7):1961. <https://doi.org/10.3390/cancers12071961>
32. Gameiro J, Ibeas J. Factors affecting arteriovenous fistula dysfunction: A narrative review. *J Vasc Access* 2020;21(2):134-147. <https://doi.org/10.1177/1129729819845562>
33. Hartman EMJ, De Nisco G, Gijzen FJH, Korteland SA, van der Steen AFW, Daemen J, et al. The definition of low wall shear stress and its effect on plaque progression estimation in human coronary arteries. *Sci Rep* 2021;11(1):22086. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01232-3>
34. Murdeshwar HN, Anjum F. Hemodialysis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563296/>
35. *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS* [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; 2017. Anemia de Células Falciformes. <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxisl660.exe/decsserver/>
36. Quintero M, Jiménez A. Anemia de células falciformes. *Revista Gastrohnp* 2012;14(2)Sup1:27-35.
37. Bochat TdeO, do Nascimento EM, Lobo CL, Ballas SK. Deep venous thrombosis in children with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer* 2015;62(5):838–841. <https://doi.org/10.1002/pbc.25431>
38. Lim MY, Ataga KI, Key NS. Hemostatic abnormalities in sickle cell disease. *Hemostasis and thrombosis. Curr Opin Hematol* 2013;20(5):472-477. <https://doi.org/10.1097/MOH.0b013e328363442f>
39. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas para la atención psicosocial de los niños y niñas hospitalizados en servicios de neonatología y pediatría. Chile;2011. 116p. https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Atencion_Psicosocial_RN.pdf
40. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta Bioeth* 2004;10(1):37-47. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100005>
41. Burrows R. Obesidad en niños y adolescentes: sus efectos más allá de la salud física. Santiago de Chile: INTA;2021. <https://inta.cl/obesidad-en-ninos-y-adolescentes-sus-efectos-mas-alla-de-la-salud-fisica/>
42. Ministerio de Educación de Chile. Mapa Nutricional 2020. Chile: JUNAEB; 2020. https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2021/03/MapaNutricional2020_.pdf
43. Zúñiga P, Martínez C, González L, Rendón D, Rojas N, Barriga F, et al. Enfermedad de células falciformes: Un diagnóstico para tener presente. *Rev. chil. pediatr* 2018;89(4):525-529. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000604>

**INTEGRACIÓN CURRICULAR DE HABILIDADES INVESTIGATIVAS EN ENFERMERÍA: ANÁLISIS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA CHILENA****CURRICULUM INTEGRATION OF RESEARCH SKILLS IN NURSING: ANALYSIS OF A CHILEAN PRIVATE UNIVERSITY****INTEGRAÇÃO CURRÍCULA DE HABILIDADES DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: ANÁLISE DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA DO CHILE**Claudio Aranguiz Bravo^{1a} ¹Universidad de las Américas, Santiago, Chile.^a**Autor de correspondencia:** caranguiz@udla.cl **Citar como:** Aranguiz C. Integración curricular de habilidades investigativas en enfermería: análisis de una universidad privada chilena. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):34-45. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.68769>

Fecha de Recepción: 04 de Noviembre del 2022

Fecha de Aprobación: 16 de Abril del 2023

Fecha de Publicación: 19 de Abril del 2023

Editora: Denisse Parra-Giordano **RESUMEN**

Introducción: Las universidades además de transferir conocimiento, lo generan; para lo cual deben formar estudiantes capaces de aprender de manera autónoma para aportar a la sociedad. De la producción científica de América Latina en la línea de salud, Chile produce menos del 7% del total. La formación científica permitirá que la ciudadanía encuentre solución a las problemáticas contemporáneas. **Objetivo:** Analizar el desarrollo de habilidades investigativas en el currículo de la carrera de Enfermería de una universidad privada. **Metodología:** Estudio de caso intrínseco evaluativo. **Resultados:** Los 28 programas de asignatura disciplinar analizados tienen, en los ocho primeros semestres de la carrera, 216 tributaciones a habilidades investigativas, tributaciones identificadas en: resultados de aprendizajes, metodologías evaluativas, actividades en aula, taller y trabajo personal. Del total de tributaciones, un 72% son tributadas en el 7mo y 8vo semestre, año donde se diseña y ejecuta la tesis de pregrado. **Conclusiones:** La malla curricular analizada, tributa metodológicamente, en sus 10 semestres, a todas las habilidades investigativas, no obstante, no hay

un desarrollo progresivo y continuo previo a la asignatura de metodología de la investigación impartida en el séptimo semestre.

Palabras clave: Investigación; Investigación en Enfermería; Curriculum; Educación; Estudiantes de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Universities, in addition to transferring knowledge, generate it; they must train students capable of learning autonomously to contribute to society. Of the scientific production of Latin America in the line of health, Chile produces less than 7% of the total. Therefore, scientific training will allow citizens to find solutions to contemporary problems. **Objective:** To analyze the development of investigative skills in the nursing career curriculum of a private university. **Methodology:** Evaluative intrinsic case study. **Results:** The 28 disciplinary subject programs analyzed have, in the first eight semesters of the degree, 216 taxes on investigative skills, taxes identified in learning outcomes, evaluation methodologies, classroom activities, workshops, and personal work. Of the total taxes, 72% are taxed in the 7th, and 8th semesters, the year the undergraduate thesis is designed and executed. **Conclusions:** The analyzed curriculum pays methodologically in its ten semesters, all investigative skills; however, there is no progressive and continuous development before the subject of research methodology taught in the seventh semester.

Keywords: Research; Nursing Research; Curriculum; Education; Students Nursing.

RESUMO

Introdução: As universidades, além de transferir conhecimento, o geram; para o qual devem formar estudantes capazes de aprender de forma autônoma para contribuir com a sociedade. Da produção científica da América Latina na área da saúde, o Chile produz menos de 7% do total. A formação científica permitirá aos cidadãos encontrar soluções para os problemas contemporâneos. **Objetivo:** Analisar o desenvolvimento de habilidades investigativas no currículo da carreira de enfermagem de uma universidade privada. **Metodologia:** Estudo de caso avaliativo intrínseco. **Resultados:** Os 28 programas disciplinares analisados têm, nos primeiros 8 semestres do curso, 216 impostos sobre habilidades investigativas, impostos identificados em: resultados de aprendizagem, metodologias de avaliação, atividades de sala de aula, oficina e trabalho pessoal. Do total de impostos, 72% são tributados no 7º e 8º semestre, ano em que o trabalho de conclusão de curso é elaborado e executado. **Conclusão:** O currículo analisado contempla metodologicamente, em seus 10 semestres, todas as competências investigativas, porém, não há um desenvolvimento progressivo e contínuo anterior à disciplina de metodologia de pesquisa ministrada no sétimo semestre.

Palavras-chave: Pesquisa; Pesquisa em Enfermagem; Currículo; Educação; Estudantes de Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

En una sociedad, las universidades además de transferir conocimiento lo generan; más aún en tiempos contemporáneos donde el conocimiento está sujeto a constantes y progresivas modificaciones. Para ello, las casas de estudio deben centrarse en formar estudiantes con la capacidad de aprendizaje autónomo, entregando herramientas que les permitan “aprender a aprender”, de forma continua, incluso habiendo egresado; sólo así estarán aportando a la sociedad profesionales capaces de ser protagonistas en el permanente dinamismo socioeconómico, político-científico nacional y global.¹

La producción científica de Chile se posiciona en el cuarto lugar de Latinoamérica, detrás de Brasil, México y Argentina; en estos tres últimos países, el área de salud destaca dentro de las cinco áreas con mayor producción científica. Sin embargo, en Chile las áreas con mayor producción son las ciencias biológicas, biotecnología, urbanismo, geología, agricultura y ciencias políticas.² Analizando específicamente la producción en ciencias de la salud en América Latina situó a Brasil liderando con un 58,55%, lo sigue Cuba (10,52%), Colombia en tercer lugar (8,3%) y en el cuarto puesto Chile, con un 6,09% de un total de 20 países.³

Enfermería es una disciplina que, según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y el MINSAL, incluye la investigación como una de sus funciones esenciales y características del perfil de egreso.^{4,5} Para aprovechar al máximo los documentos y la literatura de la disciplina, es importante incentivar la creación de instrumentos que evalúen las habilidades investigativas y cómo se integran en el currículo. Esto mejorará el rigor metodológico y contribuirá al desarrollo de la profesión, así como al beneficio de los usuarios y el sistema sanitario.⁶

Los programas académicos de pregrado no deben sustentar su formación investigativa sólo en la enseñanza de la metodología, si fuese el caso, sería cuestionable el grado en el cual están aportando profesionales que logren asumir los desafíos sociosanitarios del siglo XXI. La formación debe ser entendida como un proceso de alfabetización social, que incluso debiese fomentarse en la educación primaria y secundaria. La formación científica, entendiendo esto como la capacidad de generar conocimiento, permitirá que la ciudadanía logre a través de la innovación, el conocimiento científico y la tecnología, encontrar solución a problemáticas y demandas contemporáneas, avanzando en el desarrollo social y la calidad de vida de la población.⁷

Enfermería es una carrera profesional que en Chile se imparte solo en instituciones universitarias.⁵ Al cabo de la aprobación de ocho semestres, el estudiante recibe el grado académico de Licenciada/o de Enfermería posterior a la aprobación de la defensa de tesis de pregrado, y el título profesional de Enfermera/o al culminar los diez semestres totales del plan formativo.

Se plantea la diferenciación conceptual entre desarrollo y formación “...la formación es la etapa en que el estudiante adquiere de forma consciente los modos de actuar, cuando bajo la dirección del maestro o profesor recibe la orientación adecuada sobre la forma de proceder... el desarrollo es la etapa donde una vez adquiridos los modos de acción se inicia el proceso de ejercitación”.⁸ El desarrollo de habilidades investigativas es el eje transversal de la formación en investigación, porque permite integrar el conocimiento, para que este sea la base de un autoaprendizaje, de una autocapacitación permanente para la actualización sistemática de los conocimientos, que van a permitir solucionar los problemas y contradicciones laborales y científicas de un determinado contexto social, con práctica basada en la evidencia.⁹⁻¹³

De este modo, se menciona lo relevante que es evaluar las competencias investigativas, dado que la gestión del conocimiento científico es fundamental para que un país se desarrolle holísticamente y sugieren además medir ampliamente las habilidades que los estudiantes adquieren en todo el programa educativo.¹⁴ Más allá de elaborar hipótesis, problemas o un diseño, lo que se debe desenvolver es el pensamiento hipotético, problémico, herramientas que puedan ser aplicadas a cualquier acontecimiento de la vida profesional, como modo integral de ejercer, y para ello se plantean diversas clasificaciones.¹⁵

A través de una indagación documental a distintos expertos, en 1995, se creó un perfil de habilidades investigativas, donde refiere que es una manera entre tantas de concebir y construir el perfil que, en este caso, responde a una lógica sustentada en la perspectiva teórica y supuestos.¹⁰ Dicho perfil se conforma de siete núcleos: núcleo A (habilidades de percepción), núcleo B (habilidades instrumentales), núcleo C (habilidades de pensamiento), núcleo D (habilidades de construcción

conceptual), núcleo E (habilidades de construcción metodológica), núcleo F (habilidades de construcción social del conocimiento), núcleo G (habilidades metacognitivas).

Las habilidades de percepción son la entrada a los procesos de conocer, pese a que trata de destrezas propias del ser humano, es importante intencionar su desarrollo en la formación educativa en todo nivel. Las habilidades instrumentales, son la plataforma base de los procesos cognitivos, los que serán puestos en función para alcanzar ciertos objetivos, donde el grado de ejercitación de estos tendrá como consecuencia un mejor nivel de competencia, facilitando los aprendizajes posteriores. En tercer lugar, se encuentran las habilidades de pensamiento, las cuales manifiestan que el ser ha alcanzado una madurez intelectual necesaria para la realización de tareas más complejas, como la investigación. Estas tres habilidades comparten la característica de ser el cimiento para el desarrollo humano en lo familiar, escolar, profesional y social y se espera que sean desarrollados en los primeros 15 años de escolaridad del ser humano. Los núcleos D, E y F incorporan al perfil las destrezas que permiten desempeños estrechamente vinculados con el proceso de investigación, su construcción deriva precisamente de las operaciones del proceso investigativo y de los productos parciales del mismo. Finalmente, el núcleo G incorpora las tareas de control y evaluación del conocimiento que se produce en la investigación, donde la metacognición es la toma de conciencia de la propia reflexión, habilidades que son adquiridas en mayor medida en postgrado.¹⁰

Estas clasificaciones sintetizan el cómo las habilidades de investigación construyen un eje transversal en la formación. El desarrollo de destrezas investigativas permite integrar el conocimiento, sustenta el autoaprendizaje constante, lo cual al egresado le permitirá en su etapa profesional la autocapacitación permanente y la actualización sistemática de los conocimientos, competitividad que laboralmente es muy exigida en la época moderna.¹²

La Universidad a la cual pertenece la carrera estudiada, en su misión menciona explícitamente que contribuirá al desarrollo de las personas entre otras cosas, disponiendo de espacios de creación e investigación para aportar a la discusión de los problemas de la sociedad. En su visión refiere una Universidad de calidad, con niveles crecientes de desarrollo académico y complejidad institucional. Así, lo entiende la Facultad a la cual se adscribe la carrera de Enfermería del presente estudio, quien decreta en su misión que proveerá de una experiencia universitaria integral, de formación, investigación aplicada y vinculación con el medio, generando conocimiento e innovación. En su visión, refiere explícitamente, ser reconocida como referente universitario innovador.

El presente estudio de caso tiene como propósito analizar el desarrollo de habilidades investigativas en el currículo de la carrera de Enfermería de una universidad privada.

METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrolló según la metodología de Estudio de Caso Descriptivo, dado su carácter en el tipo de informe de investigación.¹⁶

En cuanto a la muestra, el material de base para este estudio son los programas de asignaturas disciplinares de la carrera de enfermería de una universidad privada chilena al año 2022. Se analizaron los programas de 28 asignaturas, impartidas en los ocho primeros semestres, para obtener el grado de licenciatura en Enfermería.

Como criterios de inclusión se utilizaron programas correspondientes a la línea del ámbito disciplinario descrito en el curriculum, es decir, programas de asignaturas diseñadas e impartidas por la Escuela de Enfermería. Se excluyeron los programas del noveno y décimo semestre, que corresponden a internado y preparación de examen de título.

Tabla 1: Matriz habilidades investigativas/ programa de asignatura, N:28, Chile, 2022.

Programa Asignatura		Primeros Auxilios					
Sigla		ENF110					
Semestre		Primer Semestre					
Créditos Totales		2					
Horas de cátedra		18					
Horas de Taller		18 (CESS)					
Prácticas		0					
Horas de trabajo personal		18					
Horas totales		54					
Diagnóstico de desarrollo de habilidades		R.R.A.A. Cátedra	Metodología evaluativa cátedra	Metodología evaluativa taller (No CESS)	Actividades Catedra	Actividades Trabajo personal	Actividades Taller (No CESS)
Habilidades de construcción conceptual	Apropiar y reconstruir las ideas de otros						
	Generar ideas						
	Organizar lógicamente, exponer y defender ideas						
	Problematizar						
	Desentrañar y elaborar semánticamente (construir) un objetivo de estudio						
	Realizar síntesis conceptual creativa						
Habilidades de construcción metodológica	Construir el método de investigación						
	Hacer pertinente el método de construcción del conocimiento						
	Construir observables						
	Diseñar procedimientos e instrumentos para buscar, recuperar y/o generar información						
	Manejar y/o diseñar técnicas para la organización, sistematización y el análisis de información						
Habilidades de construcción social del conocimiento	Trabajar en grupo						
	Socializar el proceso de construcción del conocimiento						
	Socializar el conocimiento						
	Comunicar						

Fuente: Elaboración propia basada en codificación de Moreno.¹⁰

Respecto al instrumento utilizado, la evaluación se ejecutará mediante el cruce de datos que permite una matriz (Tabla 1), validada por juicios de expertos. La técnica de recolección se realizó por análisis a través de descriptores, evaluando la existencia de habilidades investigativas,¹⁰ en los programas de la carrera de Enfermería, en seis áreas si es que aplicase:

- Resultados de aprendizajes (RRAA) de la cátedra.
- Metodología evaluativa de cátedra.
- Metodología evaluativa de taller
- Actividades descritas en cátedra (aula).
- Actividades descritas en taller.
- Actividades descritas en trabajo personal.

El presente estudio, al ser aplicado en los programas de asignaturas de educación superior, se centró en aplicar su análisis en los núcleos D, E y F de Moreno, la autora constituye el perfil de habilidades investigativas a través de núcleos, cada uno con distintas habilidades que servirán de descriptores para su evaluación. El núcleo D corresponde a construcción conceptual, donde se describen seis habilidades: apropiar y reconstruir las ideas de otros; generar ideas; organizar lógicamente exponer y defender ideas; problematizar; desentrañar y elaborar semánticamente (construir) un objetivo de estudio y realizar síntesis conceptual creativa. El núcleo E hace referencia a la construcción metodológica que incorpora cinco habilidades: construir el método de investigación; hacer pertinente el método de construcción del conocimiento; construir observables; diseñar procedimientos e instrumentos para buscar, recuperar y/o generar información; manejar y/o diseñar técnicas para la organización, sistematización y el análisis de información. El núcleo F es de construcción social del conocimiento y está constituido por cuatro habilidades: trabajar en grupo, socializar el proceso de construcciones del conocimiento, socializar el conocimiento y comunicar.¹⁰

Para el análisis de la información se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa Microsoft Excel en su versión Office 365.

En lo referente a aspectos éticos, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación científica de la Universidad Central con registro 79/2022 con fecha 4 de agosto del 2022. La evaluación exige de la aplicación de consentimiento informado por la utilización de documentos y registros institucionales. Además, existe autorización carta de autorización de la directora de escuela donde se realizó la actividad y carta de autorización por parte del director del programa desde donde se gestó este proyecto como requisito académico de titulación.

RESULTADOS

La tabla N°2, en sus dos primeras columnas de resultados, señala los hallazgos respecto a la cantidad de habilidades investigativas que son tributadas a través de los resultados de aprendizajes (RRAA) descritos por los programas de asignatura. Las seis habilidades de construcción conceptual aparecen tributadas en 26 instancias en los resultados de aprendizajes de los programas disciplinares de los primeros ocho semestres, de estas tributaciones, se abordan en el séptimo y octavo semestre y 12 en los primeros seis semestres. Las habilidades de construcción metodológica son tributadas 11 veces en los resultados de aprendizajes de los primeros ocho semestres, de estas 11 tributaciones, diez corresponden al séptimo y octavo semestre y una en los primeros seis semestres. Las habilidades de construcción social del conocimiento sólo aparecen tributadas en los resultados de aprendizaje del séptimo y octavo semestre, es decir, en los semestres donde se imparte la asignatura de metodología de la investigación y seminario de grado. En total las habilidades investigativas se encuentran tributadas 43 veces en los resultados de aprendizajes de los programas evaluados, de los cuales un 30% se abordan en los seis primeros semestres y un 70% se abordan en el séptimo y octavo semestre.

Al analizar las actividades en aula (tercera y cuarta columna de resultados), descritas para cátedra o taller, los resultados son los siguientes: las seis habilidades son tributadas 37 veces en los ocho primeros programas, de los cuales 21 tributaciones corresponden al séptimo y octavo semestre. La actividad de problematizar es la más tributada de las 15 habilidades investigativas evaluadas, con un total de 16 de 28 programas. Respecto a las habilidades de construcción metodológica, se encontraron 14 tributaciones en actividades en los primeros ocho semestres, de los cuales 12 tributaciones corresponden a actividades de aula/taller del séptimo y octavo semestre. De las cuatro habilidades de construcción social del conocimiento, se obtuvieron 12 tributaciones en los ocho primeros semestres, de los cuales cinco tributaciones corresponden a actividades desarrolladas en los primeros seis semestres y siete de los semestres séptimo y octavo. En total, de las 15 actividades de aula/taller evaluadas en los 28 programas, se encontraron 63 tributaciones en los ocho primeros semestres, de los cuales el 63,5% son tributadas en dos semestres, el séptimo y octavo.

La tabla N°2, en su quinta y sexta columna de resultados, refleja las habilidades investigativas que son descritas como trabajo personal en los programas de asignaturas. En relación con las habilidades del grupo de construcción conceptual, estas se encuentran tributadas en 24 instancias en los ocho primeros semestres, de las cuales 18 tributaciones corresponden al semestre séptimo y octavo. En cuanto a las habilidades de construcción metodológica, estas cinco habilidades se encuentran tributadas en diez oportunidades, de las cuales ninguna se encuentra en los primeros seis semestres. Las habilidades de construcción social del conocimiento, representadas por cuatro habilidades, son tributadas seis veces, todas en el séptimo y octavo semestre. En total las habilidades investigativas, desarrolladas a través de trabajo personal fuera del aula, tienen 40 tributaciones a lo largo de los ocho semestres, de las cuales solo seis tributaciones se encuentran en los primeros seis semestres y las otras 34 los semestres séptimo y octavo.

La tabla N°2, en su séptima y octava columna de resultados, evidencia las habilidades investigativas tributadas en evaluaciones, sumativas o formativas, descritas en los programas de asignatura analizados. Respecto a las habilidades de construcción conceptual, las seis habilidades se encuentran tributadas 45 veces en los ocho semestres, de las cuales 16 tributaciones se encuentran en los primeros seis semestres y 29 en los semestres séptimo y octavo. Las habilidades de construcción metodológica son tributadas 15 veces en los primeros 8 semestres, de las cuales todas se encuentran en los semestres séptimo y octavo, mismo fenómeno ocurre con las habilidades de construcción social del conocimiento, donde hay ocho tributaciones de las cuatro habilidades evaluadas, todas ellas en los semestres séptimo y octavo.

En cuanto a los resultados por semestre (gráfico 1), el primer año de la carrera tiene tres asignaturas disciplinares y los programas tributan a dos habilidades investigativas del grupo de construcción conceptual. En segundo año hay tres asignaturas diseñadas e impartidas por Enfermería, las cuales tributan a tres habilidades investigativas de construcción conceptual y a una de construcción social. En tercer año hay ocho asignaturas de la disciplina, entre todas ellas, se abordan las seis habilidades de construcción conceptual, una de construcción metodológica y si bien se abordan las cuatro habilidades de construcción social, esto es realizado sólo por una asignatura de las ocho. Al llegar al séptimo semestre el estudiante inicia el desarrollo de su tesis de pregrado, donde debe desarrollar trece de quince habilidades investigativas, todas en una asignatura simultáneamente.

Si se cuantifica cada RRAA, evaluaciones, actividades (cátedra/taller) y trabajo personal que tributa a una actividad de los seis primeros semestres, esta sumatoria daría un total de 60, al realizar el mismo ejercicio, sólo con las asignaturas del séptimo semestre, se obtiene un total de 87 tributaciones y si a esto último se suma lo realizado en las asignaturas del octavo semestre, daría un total de 156 tributaciones sólo en un año (séptimo y octavo semestre), versus las 60 tributaciones alcanzadas en

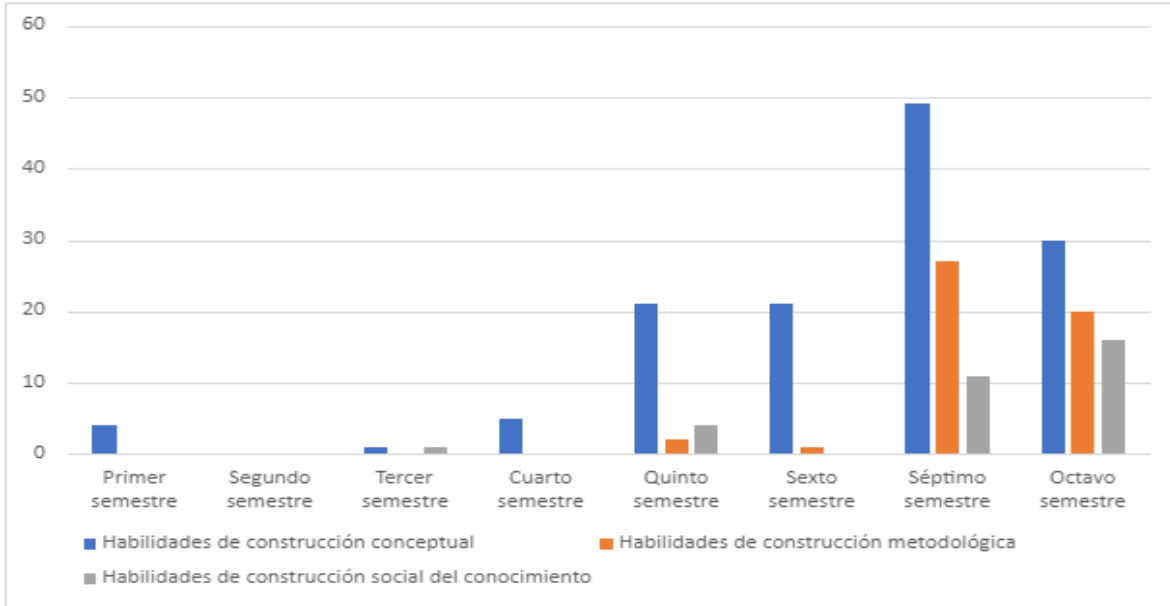
Tabla 2: número de programas que tributan a habilidades investigativas distribuidas por RRAA, actividades en aula, actividades de trabajo personal y evaluaciones, N:28, Chile, 2022.

		Programas en que los RRAA tributan a Hab. Inv. en los 8 primeros semestres	Programas en que los RRAA tributan a Hab. Inv. en los 6 primeros semestres	Programas en que las actividades descritas en aula (catedra/taller) incorporan Hab. Inv. en los 8 primeros semestres	Programas en que las actividades descritas en aula (catedra/taller) incorporan Hab. Inv. en los 6 primeros semestres	Programas en que las actividades de trabajo personal incorporan Hab. Inv. en los 8 primeros semestres	Programas en que las actividades de trabajo personal incorporan Hab. Inv. en los 6 primeros semestres	Programas en que las evaluaciones tributan a Hab. Inv. en los 8 primeros semestres	Programas en que las evaluaciones tributan a Hab. Inv. en los 6 primeros semestres
Habilidades de construcción conceptual	Apropiar y reconstruir las ideas de otros	3	1	4	1	7	2	7	2
	Generar ideas	5	3	8	5	3	0	7	1
	Organizar lógicamente, exponer y defender ideas	3	1	2	0	4	2	6	3
	Problematizar	10	6	16	8	5	1	14	6
	Desentrañar y elaborar semánticamente (construir) un objetivo de estudio	3	1	5	2	2	0	6	2
	Realizar síntesis conceptual creativa	2	0	2	0	3	1	5	2
Habilidades de construcción metodológica	Construir el método de investigación	2	0	2	0	2	0	3	0
	Hacer pertinente el método de construcción del conocimiento	2	0	2	0	2	0	3	0
	Construir observables	3	1	5	2	2	0	3	0
	Diseñar procedimientos e instrumentos para buscar, recuperar y/o generar información	2	0	3	0	2	0	3	0
	Manejar y/o diseñar técnicas para la organización, sistematización y el análisis de información	2	0	2	0	2	0	3	0
Habilidades de construcción social del conocimiento	Trabajar en grupo	2	0	5	2	2	0	3	0
	Socializar el proceso de construcción del conocimiento	2	0	3	1	7	2	3	0
	Socializar el conocimiento	1	0	2	1	3	0	1	0
	Comunicar	1	0	2	1	4	2	1	0

Fuente: Elaboración propia basada en codificación de Moreno.¹⁰

los primeros tres años de formación. Otro resultado interesante de analizar es la coherencia entre resultado de aprendizaje, actividades y evaluación, donde de todas las asignaturas analizadas, en las únicas donde hay coherencia en las tres respecto a la tributación de habilidades investigativas es en la asignatura de Metodología de la Investigación y Seminario de grado.

Gráfico 1: Número de programas por semestre que tributan a habilidades investigativas distribuidas por núcleos de construcción, N:28, Chile, 2022.



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados anteriores, permiten discutir si los programas de asignatura de la carrera de Enfermería se alinean con lo descrito por la carrera, facultad y universidad, para formar al profesional que la sociedad de hoy requiere, ese profesional que logre transformar la realidad en la que se inserta, se deben incorporar las habilidades investigativas a todas las disciplinas, asignaturas y componentes del currículo, lo cual es un proceso largo y complejo, y que además permitirá que el estudiante adquiera otras herramientas positivas en su formación como son las habilidades comunicativas y el pensamiento crítico y divergente.¹⁷⁻¹⁹

Las quince habilidades investigativas analizadas en el caso estudiado son abordadas en su totalidad durante los primeros ocho semestres de formación, no obstante, la forma en la cual se insertan no es lo recomendado metodológicamente por los autores consultados, quienes concluyen que asignar las actividades curriculares de formación investigativa en los últimos semestres, desposiciona a la investigación.²⁰⁻²²

De todas las tributaciones a habilidades investigativas analizadas (216) de todos los programas de asignatura, un 27% de estas se presentan en los primeros seis semestres de la carrera de Enfermería estudiada. Existen estudios en estudiantes de Enfermería, que evidencian las debilidades en cuanto a formación de habilidades investigativas en los primeros niveles, pero que, al realizar intervención con un programa educativo específico, mejoran sustancialmente.^{21,22}

Las habilidades investigativas se deben integrar de forma transversal a la formación de toda disciplina porque es lo que formará a un profesional autovalente en la adquisición constante de conocimiento

verídico, pero además porque se estima que estas habilidades serán parte de las expectativas y requisitos tanto para enfermeros clínicos o para cualquier otro rol que puedan desempeñar en el mundo empresarial.⁶ Para ello falta una concepción más profunda del desarrollo de las habilidades investigativas en el programa de la disciplina y asignaturas, así lo menciona quien posiciona, como principales debilidades, el desconocimiento de los profesores de las habilidades investigativas a desarrollar en sus estudiantes, la falta de sistematicidad y la complejidad en la orientación y ejecución de tareas docentes.²³ Inclusive en estudios que evalúan las habilidades investigativas en tercer año²³ identifican programas de metodología de la investigación como insuficientes, donde la percepción de los tutores de tesis de pregrado diagnostica como uno de los principales problemas la carencia de tiempo y experiencia en adiestrar a los estudiantes en sus labores investigativas.²⁴⁻²⁶

Es limitación de este estudio, el que sólo contempla el análisis curricular de una escuela de Enfermería, como también es limitado en la evaluación de la amplitud en la que se tributa cada habilidad investigativa, ya que sólo contempla si en cada área (resultado de aprendizaje, actividad en aula, en taller, trabajo personal y evaluación) tributa o no, pero no hace referencia en la profundidad de cómo se aborda cada habilidad. Es limitación de este estudio, que no considera las habilidades que puedan ser abordadas por asignaturas no disciplinares, de formación general como las diseñadas y ejecutadas por el departamento de ciencias, matemáticas, morfología, entre otras.

CONCLUSIONES

Este estudio destaca la importancia de integrar las habilidades investigativas en la formación de los estudiantes de enfermería para que se conviertan en profesionales capaces de transformar la realidad en la que se insertan. Sin embargo, los resultados muestran que aún existen debilidades en la forma en que se insertan estas habilidades en el currículo de la carrera. Por lo tanto, es necesario que se realice una revisión profunda y sistemática del desarrollo de habilidades investigativas en la formación de enfermeros, y que se realicen intervenciones educativas específicas para mejorar la formación de los estudiantes en este ámbito. Además, se debe tener en cuenta que la integración de estas habilidades debe ser transversal en toda disciplina para formar profesionales autónomos en la adquisición de conocimiento. Es importante que futuros estudios se enfoquen en la profundidad de cómo se aborda cada habilidad y en la inclusión de habilidades investigativas en asignaturas no disciplinares.

Es sumamente relevante realizar análisis curriculares similares en cualquier campo con respecto a cómo se abordan y en qué medida se transmiten las habilidades investigativas en la formación profesional. Estos análisis matriciales permiten cuantificar y analizar si las habilidades se enseñan de manera constante y proporcional al progreso del desarrollo académico, no solo para fomentar la investigación profesional, sino también para inculcar en los profesionales la necesidad y capacidad de estar preparados para enfrentar cualquier dificultad o problema que se presente en su disciplina, trabajo y sociedad.

CONFLICTOS DE INTERÉS: El autor declara no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORÍA:

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

REFERENCIAS

1. Piñero Martín M. L, Rondón Mora L. M., Piña de Valderrama E. La investigación como eje transversal en la formación docente: una propuesta metodológica en el marco de la

- transformación curricular de la UPEL. *Laurus* 2007;13(24):173-194. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76111485009>
2. León-González J, Socorro-Castro A, Cáceres-Mesa M, Pérez-Maya C. Producción científica en América Latina y el Caribe en el período 1996-2019. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2020;49(3):e0200573. <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/573>
 3. Carvajal Tapia A.E., Carvajal Rodríguez E. Producción científica en ciencias de la salud en los países de América Latina, 2006-2015: análisis a partir de SciELO. *Rev. Interam. Bibliot* 2019;42(1):15-21. <https://doi.org/10.17533/udea.rib.v42n1a02>
 4. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de enfermería. Suiza: CIE; 2015. <http://www.icn.ch/es/who-weare/icn-definition-of-nursing/>
 5. Norma General Administrativa N° 19, “Gestión del Cuidado de Enfermería Para la Atención Cerrada”, Exenta N° 1.127, del Ministerio de Salud. Santiago, 14 de diciembre de 2007, publicada el 25 de diciembre de 2007.
 6. Chen Q, Sun M, Tang S, et al. Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review *BMJ Open* 2019;9:e032356. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032356>
 7. Silva-Satlov I, Pérez R. Alfabetización científica para la salud global: una reflexión respecto a la formación en investigación. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2019;23:e170444. <https://doi.org/10.1590/Interface.170444>
 8. Martínez Rodríguez D, Márquez Delgado D.L. Las habilidades investigativas como eje transversal de la formación para la investigación. *Ten Ped* 2015;24:347-60. <https://revistas.uam.es/tendenciaspedagogicas/article/view/2110>
 9. Vieno K, Rogers KA, Campbell N. Broadening the definition of ‘research skills’ to enhance students’ competence across undergraduate and master’s programs. *Education Sciences* 2022;12(10):642. <https://doi.org/10.3390/educsci12100642>
 10. Moreno Bayardo M. G. Potenciar la educación. un currículum transversal de formación para la investigación. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 2005;3(1):520-540. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55130152>
 11. Fajardo Ramos E, Núñez Rodríguez ML, Henao Castaño ÁM. Percepción de Docentes de enfermería en torno a la Investigación Formativa. *Cultura de los Cuidados* 2022;26(63):128-137. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.63.10>
 12. Machado Ramírez E, Montes de Oca Recio N. and Mena Campos A. El desarrollo de habilidades investigativas como objetivo educativo en las condiciones de la universalización de la educación superior. *Pedagogía Universitaria*. 2008; 13(1).
 13. McConkey RW, Kelly T, Dalton R, Rooney G, Healy M, Murphy L, et al. Developing a culture of nursing research through clinical-academic partnership. *International Journal of Urological Nursing*. 2022;17(1):78–83. <https://doi.org/10.1111/ijun.12339>
 14. Cardoso EO, Cerecedo MT. Valoración de las Competencias Investigativas de los Estudiantes de Posgrado en Administración. *Form. Univ.* 2019; 12(1):35-44. <http://dx.doi.org/10.4067/S071850062019000100035>
 15. Bravo López G, Illescas Prieto S, Lara Diaz L. El desarrollo de las habilidades de investigación en los estudiantes universitarios. Una necesidad para la formación de investigadores. 2016;10:2332. <https://www.revistadecooperacion.com/numero10/010-03.pdf>
 16. Serrano GP. Investigación Cualitativa: Retos E interrogantes. Madrid: La Muralla; 2016.
 17. Segrott J., McIvor M., Green B. Challenges and strategies in developing nursing research capacity: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2006;43(5):637-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.011>
 18. García Nancy M., Paca Natali K., Arista Sara M., Valdez Brisvani B., Gómez Indira I. Investigación formativa en el desarrollo de habilidades comunicativas e investigativas. *Rev. investig.* Altoandin 2018;20(1):125-136. <http://dx.doi.org/10.18271/ria.2018.336>

19. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enferm. univ* 2019;16(4):374-389. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
20. Rebolledo-Rebolledo R. La investigación en la formación inicial docente de profesores de Historia y Geografía: Galimatías de fines desde los documentos curriculares. *Revista de estudios y experiencias en educación* 2020;19(40):111-128. <https://dx.doi.org/10.21703/rexe.20201940rebolledo6>
21. Sánchez O.L., Melián R.H., Quiroz E.M., et al. Habilidades investigativas en estudiantes de 2do año de Licenciatura en Enfermería: ocasión para su desarrollo. *EduMeCentro* 2018;10(1):55-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2018/ed181d.pdf>
22. Rojas Salazar AO, Castro Llaja L, Siccha Macassi AL, Ortega Rojas Y. Desarrollo de habilidades investigativas en estudiantes de enfermería: nuevos retos en el contexto formativo. *Investigación Valdizana* 2019;13(2):107-12. <https://doi.org/10.33554/riv.13.2.236>
23. Abreu Alvarez Y, Blanco Fleites Y, Blanco Barbeito N, Rodríguez Pérez C, Rojas Zerquera C, Sotolongo Madrazo A. Habilidades investigativas desde la educación en el trabajo en la asignatura enfermería de urgencia. XIX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2022. <https://congresosenfermeriacubana.sld.cu/index.php/enfermeria22/2022/paper/viewFile/418/181>
24. Morales Hn, Rodríguez del Sol R, Domínguez León F, Pérez Rodríguez I, Cárdenas González O, Cabrera Domínguez M. Teaching tasks to develop research skills from the subject Research Methodology. *EDUMECENTRO* 2020;12(1):131-150. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000100131&lng=es
25. Blanco Balbeito N., Herrera Santana D., Machado Rodríguez R., Castro Pérez G. Curso electivo de Metodología de la Investigación para el desarrollo de habilidades investigativas en Medicina. *EDUMECENTRO* 2017;9(1). http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/802/html_198
26. Castro Pérez M, Díaz Rojas PA, Muñoz Couto AL, Rodríguez Rodríguez M, Escalona Gutiérrez L, Rodríguez Ricardo M. La competencia investigativa del Licenciado en Imagenología: reto contemporáneo en el sector de la salud. *EDUMECENTRO* 2017;9(1). http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/778/html_194_12



CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS EM FINAL DE VIDA POR COVID-19 NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS


NURSING CARE TO PEOPLE AT THE END OF LIFE DUE TO COVID-19 IN THE INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCES OF PROFESSIONALS

CUIDADO DE ENFERMERÍA A LAS PERSONAS AL FINAL DE SU VIDA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES

Mirele Viégas Moura Krautkenr ¹ , Franciele Roberta Cordeiro ¹ 

Helena da Cruz Campelo ¹ 

¹ Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

^a **Autora de correspondência:** franciele.cordeiro@ufpel.edu.br 

Como citar: Viégas Moura Krautkenr M, Cordeiro FR, da Cruz Campelo H. Cuidado de enfermagem às pessoas em final de vida por Covid-19 na unidade de terapia intensiva: Experiências de profissionais. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):46-59. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69945>

Fecha de recepción: 8 de marzo del 2023

Fecha de aceptación: 17 de mayo del 2023

Fecha de publicación: 23 de mayo del 2023

Editor: Rudval Souza da Silva 

RESUMO

Objetivo: Conhecer as experiências de profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida pela COVID-19 hospitalizadas em unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** Para isso, empreendeu-se uma pesquisa qualitativa, descritiva, que se aproxima do paradigma interpretativo. Entre maio e junho de 2022 foram entrevistados 12 profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico do Sul do Brasil. Os dados foram gerenciados no programa Atlas.ti e submetidos à análise temática. **Resultados:** Apresentados neste artigo dizem respeito à unidade temática O cuidado de enfermagem diante do final da vida por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva, que se constituiu pelas subunidades: A possibilidade da morte: “infelizmente não tinha muito o que fazer, com relação a doença, pra reverter aquela situação”, “A gente ficava ciente de que o paciente ia morrer”: a comunicação entre equipes assistenciais, “A gente fazia tudo para todos”: cuidados com o corpo na fase final de vida pela COVID-19, “A gente não tinha muito contato com a família”: o distanciamento da equipe de enfermagem e, por fim, “Era eles com eles mesmos”: vivência dos pacientes em UTI sob a perspectiva dos profissionais. **Conclusões:**

As experiências descritas reforçam a necessidade de educação das equipes de enfermagem, para os cuidados paliativos, especialmente em UTI. Embora eles não se restrinjam à fase final da vida, podem fazer a diferença entre um morrer com dignidade e um morrer com sofrimento e solidão, sobretudo em períodos de emergência sanitária marcados por grande mortalidade.

Palavras-chave: Estado Terminal; Unidades de Terapia Intensiva; COVID-19; Equipe de Enfermagem; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: To know the experiences of nursing professionals caring for people at the end of life due to COVID-19 hospitalized in an intensive care unit. **Methodology:** For this, we undertake a qualitative, descriptive research, which approaches the interpretative paradigm. Between May and June 2022, we interviewed 12 nursing professionals working in an intensive care unit of a philanthropic hospital in southern Brazil. The data were managed in the Atlas.ti program and submitted to thematic analysis. **Results:** Presented in this article concern the thematic unit Nursing care at the end of life due to COVID-19 in Intensive Care Unit, constituted by the subunits: The possibility of death: "Unfortunately we didn't have much to do to reverse that situation"; "We were aware that the patient was going to die": communication between care teams; "We did everything for everyone"; "We did not have much contact with the family": the distancing of the nursing team and, finally, "It was them with themselves": experience of patients in ICU from the perspective of professionals. **Conclusions:** Experiences described reinforce the need for education to nursing teams, especially in ICU, for palliative care. Although they are not restricted to the final stage of life, they can make the difference between dying with dignity and dying with suffering and loneliness, especially in periods of health emergency marked by high mortality.

Keywords: Critical Illness; Intensive Care Units; COVID-19; Nursing Team; Palliative Care.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado a las personas en final de vida por COVID-19 hospitalizadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). **Metodología:** Para ello, se emprendió una investigación cualitativa, descriptiva, que se aproxima al paradigma interpretativo. Entre mayo y junio de 2022 fueron entrevistados 12 profesionales de enfermería, actuando en UTI de un hospital filantrópico del sur de Brasil. Los datos se gestionaron en el programa Atlas.ti y se sometieron al análisis temático. **Resultados:** Presentados en este artículo se refieren a la unidad temática El cuidado de enfermería ante el final de la vida por COVID-19 en la UTI, que se constituyó por las subunidades: La posibilidad de la muerte: "desafortunadamente no había mucho que hacer para revertir esa situación", "Nos dimos cuenta de que el paciente iba a morir": la comunicación entre equipos asistenciales, "Hicimos todo por todos": el cuidado del cuerpo en la fase final de la vida por COVID-19, "No teníamos mucho contacto con la familia": el distanciamiento del equipo de enfermería y, por último, "Eran ellos mismos": vivencia de los pacientes en UTI desde la perspectiva de los profesionales. **Conclusiones:** Las experiencias descritas refuerzan la necesidad de educación de los equipos de enfermería, especialmente en UCI, para los cuidados paliativos. Aunque no se limitan a la fase final de la vida, pueden hacer la diferencia entre un morir con dignidad y un morir con sufrimiento y soledad, sobre todo en períodos de emergencia sanitaria marcados por gran mortalidad.

Palabras clave: Enfermedad Crítica; Unidades de Cuidados Intensivos; COVID-19; Equipo de Enfermería; Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

A Coronavírus disease 2019 (COVID-19) se caracteriza pelo comprometimento respiratório e/ou sistêmico em virtude da infecção pelo vírus Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-Cov-2), que pode variar de leve, quando envolve o trato respiratório superior, até pneumonia grave, que pode evoluir para insuficiência respiratória aguda e, por vezes, à morte.¹ A doença se tornou um problema de saúde mundial, tendo provocado elevado número de óbitos em um curto período, prevalecendo em pessoas com doenças crônicas.²

A gravidade e complicações agudas resultantes da COVID-19 exigiu, principalmente no período que antecedeu o início da vacinação, aumento de leitos em unidades de terapia intensiva. A unidade de terapia intensiva (UTI) é marcada pela complexidade clínica dos pacientes, pela realização de procedimentos invasivos e pela densidade tecnológica. No Brasil, historicamente há fragilidade na disponibilidade de leitos hospitalares à população, situação agravada no período pandêmico, que resultou na adaptação e criação de novos leitos de tratamento intensivo frente ao colapso de serviços da rede pública e privada.³ O aumento no número de casos graves e de leitos repercutiu no processo de trabalho das equipes de UTI, que passou a ser marcado pela sobrecarga, pelo sofrimento mental e pela exaustão.⁴

Nas UTI's, as equipes de enfermagem atuam no cuidado ao paciente e à família, mediando através da presença constante, um cuidado integral, afetivo e efetivo diante do espaço tecnológico.⁵ A pandemia de COVID-19 conduziu tais equipes a desafios não vivenciados anteriormente. Embora a enfermagem tenha histórico de atuação em epidemias e pandemias, com a atual as equipes ganharam protagonismo pela demanda de cuidados de enfermagem na atenção primária e hospitalar.⁶

Os profissionais intensificaram os cuidados com a própria segurança e, para atuarem, se tornou imprescindível a utilização de equipamentos de proteção individual, que complexifica a realização de cuidados.⁷ Ademais, presenciaram óbitos recorrentes, o que impactou a saúde mental, pois cuidar de alguém em final de vida é estar exposto às vulnerabilidades inerentes à condição humana.⁸

Final de vida é um período que compreende desde o diagnóstico de uma doença como avançada, progressiva, com prognóstico limitado, até o óbito, podendo variar de doze a seis meses ou menos.⁹ Embora existam instrumentos que estimam o tempo provável de ocorrência do óbito, profissionais consideram a experiência clínica para determinar este período.¹⁰ Na COVID-19, essa estimativa se baseou na deterioração da saúde, especialmente o agravo das funções pulmonares, circulatórias, cardíacas e renais.¹¹

Pessoas em final de vida podem se beneficiar da abordagem dos cuidados paliativos, considerando a multidimensionalidade e multidisciplinaridade que os envolvem. Durante a pandemia, em serviços internacionais, a presença de equipes de cuidados paliativos na UTI proporcionou melhores tomadas de decisões por parte das equipes assistenciais na promoção do conforto aos pacientes e familiares.¹² O uso de tecnologia, como tablets e celulares, viabilizou rituais de despedida ou de agregação.¹³ No Brasil, profissionais de uma UTI desenvolveram uma “Caixa de Memória”, onde eram colocados os pertences do paciente junto a flores, sendo entregues aos familiares enlutados, constituindo uma estratégia mais humana de acolhê-los, para fazer a devolutiva do corpo, e para preservar a memória do falecido.¹⁴

Durante a pandemia, foram elaboradas recomendações acerca do modo como os cuidados paliativos poderiam ser ofertados aos pacientes com COVID-19, desde ações para o controle de sintomas até orientações para a tomada de decisão.¹⁵ Apesar disso, as equipes apresentaram limitações para o cuidado de si, dos pacientes e dos familiares. Por isso, este estudo teve como objetivo conhecer as

experiências de profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida pela COVID-19 hospitalizadas em unidade de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que se aproxima do paradigma interpretativo, desenvolvido em uma UTI de um hospital filantrópico do Sul do Brasil. Os participantes foram profissionais de enfermagem que atuavam em UTI no cuidado a pacientes com COVID-19. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem com mais de três meses de atuação em UTI, que prestassem cuidados a pacientes com COVID-19, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuaram na UTI COVID-19 durante seu período de existência na instituição. Delimitou-se como critérios de exclusão: profissionais que estavam em algum tipo de licença ou afastamento no período da coleta de dados.

Utilizou-se a amostragem do tipo bola de neve, partindo de um informante-chave que indicou outros possíveis, de diferentes turnos.¹⁶ Buscou-se a seleção de, pelo menos, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro de cada equipe. Dessa forma, 12 profissionais foram convidados a participar da pesquisa, não havendo recusa.

A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2022, por meio de entrevista semiestruturada, mediante protocolo constituído de questões que versavam sobre a atuação dos profissionais junto aos pacientes em final de vida por COVID-19 na UTI.¹⁶ As entrevistas foram registradas em áudio, variando entre 23 e 45 minutos. Os arquivos em áudio foram transcritos em texto no programa Google Docs, em fonte Arial, tamanho 12 e espaço entre linhas de 1,5 cm como formatação. Os arquivos em texto foram gerenciados no programa Atlas.ti e submetidos à análise temática.¹⁷

A primeira etapa envolve a organização e preparo dos dados para a análise. Na presente pesquisa, esta etapa aconteceu, primeiramente, no Google Drive, em pastas específicas, nas quais foram organizados os arquivos em áudio das entrevistas e, posteriormente, os arquivos em textos oriundos das transcrições. A segunda etapa compreende a leitura dos dados, resultando numa percepção e reflexão sobre as informações. Nesta pesquisa, ela ocorreu concomitante ao processo de coleta de dados, sendo as entrevistas lidas e relidas no gerenciamento dos dados no programa Atlas.ti.¹⁷

A terceira etapa diz respeito à codificação que, nesta pesquisa, foi operacionalizada no programa Atlas.ti, resultando em 43 códigos oriundos da leitura das entrevistas, distribuídos em 679 excertos. Na quarta etapa, categorização, os códigos e excertos foram agrupados por similaridade, resultando em duas grandes unidades temáticas. Neste artigo, são apresentados somente os dados referentes a uma delas, intitulada “. A quinta etapa consiste na apresentação dos resultados e a sexta na interpretação. Na presente pesquisa, eles são apresentados de maneira narrativa, a partir dos subtemas que constituíram a unidade temática em questão e interpretados com literatura pertinente ao tema.¹⁷

Esta pesquisa respeitou os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme disposto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 5.372.917. Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma ficando com eles e outra com a pesquisadora. O anonimato foi garantido, atribuindo-se aos excertos de falas nomes de super-heróis por eles escolhidos.

RESULTADOS

Dentre os 12 profissionais de enfermagem, oito (67%) eram técnicos de enfermagem e quatro (33%) enfermeiros. Quanto aos técnicos, cinco eram do sexo feminino com idade predominante na faixa etária entre 30 e 40 anos. Já os homens apresentaram idade que variou de 23 a 40 anos. No que

concerne aos enfermeiros, duas profissionais eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades que variaram de 27 a 49 anos.

A seguir, apresentam-se as cinco subunidades temáticas que constituíram a unidade intitulada O cuidado de enfermagem diante do final da vida por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva, a citar: A possibilidade da morte: “infelizmente não tinha muito o que fazer, com relação a doença, pra reverter aquela situação”, “A gente ficava ciente de que o paciente ia morrer”: a comunicação entre equipes assistenciais, “A gente fazia tudo para todos”: cuidados com o corpo na fase final de vida pela COVID-19, “A gente não tinha muito contato com a família”: o distanciamento da equipe de enfermagem e, por fim, “Era eles com eles mesmos”: vivência dos pacientes em UTI sob a perspectiva dos profissionais.

Elas sintetizam os cuidados priorizados pelos profissionais de enfermagem: as formas de identificação, denominação e registro de pessoas em final de vida; os cuidados com o corpo, notadamente a higiene e a mobilidade; os cuidados com a família; e os cuidados frente à solidão e o medo da morte.

Subunidade temática 1 - A possibilidade da morte: “infelizmente não tinha muito o que fazer, com relação a doença, pra reverter aquela situação”.

Segundo os participantes, quando os pacientes internavam na UTI, já estavam ou evoluíam para um quadro de irreversibilidade. Tornando as medidas adotadas insuficientes para evitar a morte.

“Tem outros pacientes que já chegaram num nível gravíssimo, que iam pra UTI, muitas vezes, pra ter um lugar pra morrer” (Batman).

“Paciente que entrava ao meio-dia e de noite já estava intubado. No outro dia a gente chegava e já tinha ido a óbito” (Mulher Maravilha).

A irreversibilidade dos casos era percebida através de sinais durante a hospitalização. A frequência e a continuidade deles resultaram em um padrão de identificação da gravidade do caso e de morte iminente.

“Toma conta de todo pulmão. Daí tu via que mesmo com a ventilação, o pulmão não expandia. [...] As drogas também, sempre altas” (Homem Aranha).

“[...]a função renal também, eu observei pelo menos, que os pacientes começavam a decair a função renal e entrar pra hemodiálise e era praticamente, certo assim, que não se salvaria” (Viúva Negra).

Na tentativa de reversão, ventilação mecânica e hemodiálise foram terapêuticas predominantes.

“A gente já de início começou a observar que os pacientes começavam a não ter diurese, e ficar muito edemaciado e em seguidinha já entrava, começava pra fazer hemodiálise” (Viúva Negra).

“Paciente com COVID, entrava bem, mas aí na madrugada já começava a piorar a saturação, aí tinha que chamar o plantão e o médico já intubava” (Mulher Invisível).

Algumas drogas também foram associadas à possibilidade de morte iminente.

“Ah, e nós entrava com os vasopressores e tu sabia que não ia sair” (Homem Aranha).

“As drogas, tanto sedativas como vasopressoras, cada vez em níveis mais altos” (Thor).

Subunidade temática 2 - “A gente ficava ciente de que o paciente ia morrer”: a comunicação entre equipes assistenciais.

Os participantes expuseram que a maioria das informações eram transmitidas verbalmente, na passagem de plantão.

“A gente assumia o plantão, vinha o médico. Ele vinha, sentava do meu lado ali, a gente estava junto ali, conversando e ele dizia: “ó, o leito tal, tal leito, são pacientes que não tem mais o que fazer”. E muitas vezes não, muitas vezes o colega, o enfermeiro do turno anterior, na passada de plantão já passava, na passagem de plantão já avisava, já comunicava que esse paciente já não teria mais o que fazer” (Batman).

“Geralmente os médicos faziam como se fosse um round para nós. Eles passavam pra todos nós os quadros clínicos. [...] A passagem de enfermeiro também era conosco, dos técnicos, era tudo muito junto” (Homem Aranha).

Quanto às formas de registro destas informações, eram digitais e escritas.

“Tem as evoluções sim. Nós tínhamos a evolução informatizada. [...] Então nas evoluções a gente botava: “é paciente, se encontra grave, caso crítico, foi tomada decisão pela medicina, que a partir de tal hora, seria as medidas de conforto”. Já no livro, a gente já era um pouco mais agressivo, nas palavras digamos assim” (Batman).

“Era mais assim, de boca a boca mesmo. Era como se fosse passando telefone sem fio assim, sabe” (Homem de Ferro).

“Não, não ficava registrado. Era só verbalmente” (Mulher Gato).

Nos casos de irreversibilidade, algumas terminologias eram aplicadas pelas equipes, na tentativa de classificar e estipular cuidados para cada paciente.

“Tinha paciente que demorava muito tempo depois de ‘virar conforto’” (Thor).

“Tinha um paciente que não era, como posso dizer, pra investir, no caso” (Supergirl).

“Popularmente, a gente diz que o paciente é ‘SPP’ que é o ‘Se parar, parou’” (Batman).

Subunidade temática 3 - “A gente fazia tudo para todos”: cuidados com o corpo na fase final de vida pela COVID-19.

Evidenciou-se que não houve diferença entre os cuidados destinados aos pacientes em final de vida dos demais pacientes da unidade para os quais havia perspectiva de cura.

“Ah, eu não tinha cuidado diferente. Eu fazia o que geralmente eu fazia em todos” (Tempestade).

Até o fim, independente se o paciente, se é, que é um paciente que deve investir, um paciente que está bem, um paciente que tá no final da vida, um paciente que vai entrar em óbito a horas, a minutos, o cuidado é o mesmo, sempre foi o mesmo” (Batman).

“Geralmente os cuidados não mudam do paciente que é curativo para paciente que é só paliativo. A gente mantém os cuidados” (Thor).

Quanto aos cuidados de enfermagem, eram realizados aqueles relacionados à higiene, conforme a tolerância, além de outras medidas favorecedoras do bem-estar.

“Geralmente, quando eram pacientes que estavam muito graves, a gente não podia mexer muito, porque podia acarretar óbito ali” (Viúva Negra).

“Colocava eles de prona, ofertava oxigênio conforme a necessidade. Muitas vezes, dava comida na boca, dava caldinho de feijão, como eu dei para um paciente, porque ele não tinha condições, água em seringa. [...] Higienizava, fazia higiene oral, troca de cadarço” (Mulher Maravilha).

Os participantes também citaram cuidados relacionados à imagem, além de cuidados com a pele.

“O que eu gostava de fazer, e que geralmente eu fazia em todos, é tipo homens que não faziam a barba, aquela coisa. O colega até mexia comigo: “ah não, vai fazer a barba, já vai morrer, esse aí tá pra óbito” (risos). *Mas eu fazia. [...] Só nos que não tinham condições mesmo”* (Tempestade).

“Se tinha alguma escara, cuidava conforme a prescrição médica” (Mulher Maravilha).

“A gente fazia as mudanças de decúbito, conforme o protocolo” (Homem de Ferro).

A pronação foi um cuidado repetidamente acionado para favorecer a melhora da expansão pulmonar.

“[...]Jaqueles pacientes que estavam um pouco melhor, tu pronava e coisa e tal, e dava uma melhora no padrão ventilatório do paciente” (Mulher Gato).

“[...]nós tínhamos que pronar esse paciente e tu tirava ele da prona e ele estava muito ruim” (Homem Aranha).

À medida que os casos se agravavam e as condições físicas dos pacientes deterioraram, cuidados como mudança de decúbito e banho de leito não eram mais priorizados. Isto se dava pelo medo de antecipar o óbito.

“Geralmente é bem complicado de mobilizar, geralmente vai desestabilizar e vai [falecer]...” (Thor).

“Geralmente, quando eram pacientes que estavam muito graves, a gente não podia mexer muito né, porque podia acarretar óbito ali” (Viúva Negra).

Quando o óbito ocorria, algumas práticas eram adotadas ao preparar o corpo até a chegada das funerárias.

“O contato, se pedia a ligação e o médico fazia contato com a família, informando o óbito. Daí a gente preparava o corpo e deixava pronto para a funerária levar” (Thor).

“Iam até a porta [os familiares], mas entrar eles não poderiam” (Mulher Invisível).

Subunidade temática 4 - “A gente não tinha muito contato com a família”: o distanciamento da equipe de enfermagem.

No que se refere aos cuidados prestados às famílias, os participantes relataram meios para aproximá-los da pessoa hospitalizada, mesmo com o distanciamento.

“A gente mantinha contato por telefone, pelo WhatsApp, ali, às vezes a gente abria ali pra ver as mensagens. Eles pediam informações, a gente conversava com alguns. Mandavam áudio, pediam pra gente colocar pra pessoa escuta e a gente colocava” (Viúva Negra).

“A única ligação que tinha é quando a gente entrava em contato com eles, pra eles trazerem algum, é, higiene pessoal, alguma coisa do tipo” (Batman).

Uma forma de cuidado às famílias foi a comunicação mediada por vídeo chamada e mensagens por aplicativo.

“A gente também abria uma exceção pra paciente que a gente via que tava muito ruim, que a gente via que ia pra ventilação, que talvez, a gente não sabia se ele ia voltar ou não da ventilação depois, então a gente abria uma exceção, fazia uma chamada de vídeo no turno da manhã” (Homem de Ferro).

“Quando tinha a possibilidade, a gente fazia chamada de vídeo com o paciente, no caso com a família ali, o paciente via o familiar, conversava, dentro da possibilidade dele (Supergirl).

Alguns pacientes negavam a realizar este tipo de contato, por não quererem que os familiares percebessem sua condição crítica.

“Tinham alguns pacientes ali, que não queriam ser vistos naquele estado. Então, eles não queriam fazer ligação, porque eles não queriam que a família ficasse preocupada” (Super Homem).

“Oferecíamos para fazer uma chamada de vídeo pro familiar, e, às vezes, tinha alguns que não queriam. E aqueles que aceitavam, choravam” (Mulher Invisível).

Subunidade temática 5: “Era eles com eles mesmos”: vivência dos pacientes em UTI sob a perspectiva dos profissionais.

O medo da morte pelos pacientes foi evidenciado nas entrevistas quando os profissionais reproduziram suas falas.

“Eu não quero ser intubado, eu não quero morrer, eu não quero perder minha família” (Homem de Ferro).

“Não me deixa morrer, quero ver meus filhos” (Thor).

“Eu não quero ser intubado” (Hulk).

Dentre os fatores que mais causavam ansiedade estava a intubação.

“Alguns alterava, alterava sinais, pressão, frequência cardíaca, dava uma alterada neles, até por estar longe da família. Querer ver, muitos, às vezes, não sabiam se iam sair dali. Sem conseguir ver a família novamente. Então, sim, alguns sofriam bastante e desestabilizavam mesmo” (Supergirl).

“Tipo parada cardíaca, com o paciente do lado, a gente fazia todo o manejo ali, e, tu olhavas pro lado, o paciente chorando, que agora ia ser ele” (Hulk).

“E eles sabiam que não tinha muita escapatória a não ser a ventilação” (Homem de Ferro).

Os participantes também perceberam o estado de solidão dos pacientes, relatando formas de apoio para amenizá-lo.

Isso ajudava eles, porque eles ficavam literalmente sozinhos. Era eles com eles mesmos. Por mais que a gente tivesse ali, a equipe tivesse na volta, conversando, não podia estar dando toda atenção. Ficar conversando só ali na beira deles. Os poucos que tinham lúcidos..., mas a gente não podia ficar só dando atenção pra aquele pessoal que estava mais lúcido. Então acho que não saciava, mas dava um alento (Tempestade).

“[...] Eles entravam ali, muitos saiam e só vendo a gente ali, todos os dias. E os que não saiam, o último contato deles era nós, não tinha família, não tinha enterro depois, não tinha velório, não tinha velório na verdade. Então, o último contato deles seria nós” (Supergirl).

“Geralmente se tentava conversar, se tentava acalmar, mostrar que cada situação era uma situação diferente, que cada caso era um caso. Talvez pedisse para o médico algum remédio pra acalmar o paciente, pra tentar manter ele mais tranquilo” (Thor).

DISCUSSÃO

Na fase mais grave da pandemia, embora fossem utilizadas máquinas, medicamentos e procedimentos invasivos, dificilmente órgãos vitais tinham suas funções recuperadas, representando aos profissionais a irreversibilidade dos casos.

Frente ao agravamento, medidas de reanimação nem sempre eram adotadas, tendo em vista o estado crítico dos pacientes. A decisão sobre reanimar necessita envolver o paciente, família e a equipe, sendo estes últimos os responsáveis pela avaliação clínica deste paciente, preconizando a qualidade de vida, a dignidade e o sofrimento.¹⁸ No que se refere à função renal, a elevação dos níveis séricos de creatinina culminou em situações de insuficiência renal aguda, tratadas mediante hemodiálise. Ainda, elevados níveis de Troponina I contribuíram para lesões cardíacas.¹⁹ Quanto às intervenções densamente tecnológicas, as ventilações mecânicas não invasiva e invasiva foram utilizadas, sendo a invasiva predominante nas UTI's, e por consequência, associada às maiores taxas de mortalidade na COVID-19.²⁰

Medicamentos como Midazolam e Fentanil foram utilizados em grande escala dentro das UTI's devido ao significativo número de pacientes sob ventilação mecânica, que por consequência, precisavam permanecer sedados. Anestésicos, como Midazolam, estavam em falta no pico pandêmico, evidenciando o desabastecimento deste insumo em UTI's de diversos estados brasileiros. Com isto, alertou-se para a fragilidade na produção destes insumos e na evidência de que países com

maior capacidade organizacional e financeira, possuem maior potencial de enfrentamento de emergências de saúde pública.²¹

No que tange aos registros de informação mantidos no período, houve contradição, ressaltando-se, em uma fala, a existência de um caderno de anotações para registro de informações mais objetivas quando da constatação da irreversibilidade dos casos. Em outra, destacou-se que estas informações eram transmitidas apenas verbalmente. Esclarece-se que, por determinado momento utilizou-se o caderno como forma de arquivo, porém, o aumento da demanda de cuidados na unidade impossibilitou que este permanecesse sendo utilizado. Assim, as informações passaram a ser transmitidas de forma verbal e registradas em sistema digital, nas evoluções.

O uso de terminologias para identificar os pacientes em situações clínicas irreversíveis esteve atrelado predominantemente à decisão pela não reanimação cardiopulmonar, como, por exemplo, “se parar, parou”, e à expressão “conforto”, compreendida como o controle da dor e limitação ou suspensão de terapias medicamentosas. Nessa direção, é válido apontar que tais terminologias estão em desacordo ao proposto por instituições da área dos cuidados paliativos, as quais preconizam a utilização de “doença que ameaça à vida”, ou “doença que não responde ao tratamento modificado”, para se referir à condição da doença que acomete a pessoa, evitando-se, assim, reduzir a pessoa à sua condição patológica, também afastando a ideia de que não há nada mais a ser feito.²²

O banho de leito foi apontado como promotor do conforto, além de uma forma de cuidado com a pele, mantendo sua integridade por meio do favorecimento da circulação sanguínea. Ele auxilia na prevenção de infecções e na sensação de bem-estar, no entanto, se trata de um procedimento complexo, que em muitas situações, se torna inviável frente à gravidade dos pacientes. Pacientes hemodinamicamente instáveis, podem apresentar queda na saturação, alterações na temperatura corporal e na frequência cardíaca, sendo responsabilidade do enfermeiro a avaliação e adaptação dos cuidados de higiene em cada caso.^{23,24}

Algumas reações dos profissionais em relação aos cuidados com o corpo e à identidade dos pacientes, como nos momentos de risos, ou ainda quando indicaram que colegas dizem que pacientes em final de vida não merecem determinados cuidados pois irão morrer, podem ser analisadas como negação ou defesa.

Independente da fase do adoecimento, pessoas com doenças que não respondem mais ao tratamento modificador precisam ser assistidas em acordo com os objetivos de cuidado, por meio de comunicação adequada, avaliação constante, não abandono e atenção à família.²⁵ A UTI se distingue dos demais setores do hospital por abrigar tecnologias que acabam se tornando o centro do agir profissional da equipe de saúde. Contudo, é preciso resgatar a ética e o respeito ao corpo que, neste espaço, tem sua nudez e sua privacidade invadidas. Sua identidade, moralidade e valores invisibilizados. Um corpo que merece e deve ser considerado em sua individualidade, ter sua biografia respeitada, visando à dignidade nos últimos momentos da vida.²⁶

Cuidados com a mudança de decúbito e o reposicionamento também tiveram destaque. Pacientes em final de vida apresentam falência de órgãos à medida que a doença progride, sendo um deles, a pele. Nesta fase, deve-se ponderar a utilização de determinadas coberturas, revisar a questão nutricional, bem como o posicionamento no leito, o qual deve ser adaptado à tolerância do paciente, tanto em termos de frequência, como em termos de posição.²⁷ Destaca-se que, no contexto do vivenciado pelos participantes desta pesquisa, o alto fluxo de atendimentos dificultou a adaptação dos cuidados a necessidade de cada paciente, levando à homogeneização desse cuidado.

A posição prona foi mencionada pelos profissionais como um importante cuidado. Ela foi adotada nas UTI's COVID-19 diante da insuficiência respiratória, na tentativa de evitar a ventilação mecânica

ou melhorar a expansão pulmonar em pacientes já em uso desta terapêutica, os quais poderiam permanecer em um tempo variável entre 12 e 16 horas contínuas.²⁸

O controle da dor também teve ênfase, principalmente, durante o banho e o reposicionamento. Em estudo realizado com 19 pacientes de UTI foi constatado que após o banho no leito, o nível de dor aumenta significativamente. Para pacientes em coma induzido é recomendado atentar para a má sedação e analgesia, que pode ser corrigida pela associação de drogas como o Midazolam e o Fentanil.²⁹

Diante dos óbitos, os corpos eram preparados pelas equipes em acordo com as diretrizes nacionais, bloqueando-se a drenagem de secreções de lesões e de inserção de dispositivos, removendo-se secreções de orifícios e bloqueando-os para evitar extravasamentos e acomodando-se os corpos em sacos impermeáveis.²⁵ Tais sacos simbolizaram a morte e a despersonalização dos ritos de passagem no final da vida diante do potencial risco de contaminação pelo vírus SARS-Cov-2. A supressão desses ritos afetou diretamente a elaboração do luto pelas famílias.³⁰

No que se refere ao cuidado com as famílias, os participantes reconheceram que este foi deficiente, pelo fato de necessitarem estar afastados. Os momentos em que tinham contato físico eram aqueles para entrega de materiais de higiene. Apesar disso, relataram ter tentado aproximá-los dos pacientes através de tecnologias digitais, como vídeo chamadas e ligações telefônicas. Essa era a maneira pela qual informaram sobre o estado de saúde dos pacientes, além de, em muitos casos, ser a estratégia para viabilizar o último adeus.

Na urgência de organizar uma frente de trabalho, com espaços físicos, profissionais capacitados e aquisição de insumos e equipamentos, durante a pandemia a comunicação entre as equipes e as famílias se fragilizou, limitando a assistência humanizada. Em muitas situações, a própria comunicação do óbito foi realizada na porta das UTI's, sem o devido acolhimento.³¹

Assim, o vínculo entre as famílias e a equipe não foi considerado forte pelos participantes da presente pesquisa, tendo em vista a falta de apoio, especialmente, no momento de perda. Na tentativa de lidar com os danos causados pelo luto, existem estratégias imediatas e a longo prazo que podem ser utilizadas pelas equipes. Caracterizam-se estratégias imediatas aquelas em que se proporciona às famílias a vivência do luto antecipado, através de chamadas telefônicas, gravações de áudios e/ou cartas. Quanto às estratégias a longo prazo, são aquelas que perdurarão por um período, até que haja o alívio do sofrimento, como, por exemplo, acompanhamento contínuo com reabilitação e aconselhamento especializado.³² Na presente pesquisa, foi identificado predomínio do uso de estratégias de apoio imediato pelos profissionais.

Nessa conjuntura, na percepção dos participantes desta pesquisa, os cuidados paliativos e o conforto estiveram centrados exclusivamente no alívio da dor ou na prevenção dela. No entanto, cuidados paliativos se estendem às famílias, pois visam à redução do sofrimento para além daquele experienciado pelo paciente, sobretudo quando essas são abordadas mediante comunicação terapêutica e acolhimento. Durante a pandemia de COVID-19, ofertar cuidados paliativos em UTI COVID-19 representou um desafio frente às altas taxas de internações, demanda de procedimentos, sobrecarga dos profissionais e carência ou deslocamento de profissionais especializados em cuidados paliativos. Evidenciou-se, assim, a necessidade de educação com o objetivo de disseminar ainda mais essa filosofia de cuidados, de modo a favorecer sua capilaridade entre os serviços, mesmo em cenários pandêmicos.³³

Por fim, frente à ansiedade e ao medo da morte manifestados pelos pacientes, os profissionais deste estudo se sentiram como o único e último amparo diante da dor, da solidão, do morrer e da morte, reconhecendo a presença e a escuta como uma importante forma de cuidado. Convergindo, estudo³⁴

identificou que com a ausência familiar durante a internação na pandemia, profissionais se tornaram uma extensão da família, compreendendo que deveriam desenvolver empatia e resgatar a humanidade durante os cuidados.³⁴ Divergindo, estudo evidenciou que ao identificarem sentimentos de medo da morte demonstrados por pacientes com COVID-19 em UTI, profissionais de saúde ocultavam seus sentimentos e utilizavam o distanciamento emocional com os pacientes como mecanismo de defesa, gerando sobrecarga emocional para si.³⁵

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu conhecer as experiências de profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida pela COVID-19 hospitalizadas em UTI. Constatou-se que esses cuidados eram, em sua maioria, complexos, exigindo esforço físico e psicológico dos profissionais ao desempenhar suas funções em grande escala de atendimento.

Tal fato inviabilizou considerar a biografia dos pacientes, repercutindo na uniformização e despersonalização de alguns cuidados prestados, limitando a oferta de cuidados paliativos, em sua essência. Apesar disso, houve momentos possíveis de realizar a escuta, demonstrar atenção e cuidado com a aparência e a identidade, o que fez os profissionais se sentirem únicos e a exclusiva forma de apoio aos pacientes durante a hospitalização até a morte.

Quanto às limitações da pesquisa, se destaca o fato da primeira autora, à época da coleta de dados, ser funcionária da instituição, o que pode ter interferido em algumas respostas. Também, as entrevistas aconteceram durante os turnos de trabalho, o que pode ter repercutido na disponibilidade de tempo dos profissionais. Outrossim, o estudo foi realizado em uma única UTI e somente com profissionais de enfermagem.

Apesar disso, as experiências aqui apresentadas reforçaram a necessidade de educação das equipes de enfermagem, especialmente em UTI, para os cuidados paliativos. Embora eles não se restrinjam à fase final da vida, eles podem fazer a diferença entre um morrer com dignidade e um morrer com sofrimento e solidão, sobretudo em períodos de emergência sanitária marcados por grande mortalidade. Por isso, acredita-se na importância das políticas públicas em institucionalizar e fomentar (equipes de) cuidados paliativos nos diferentes contextos e serviços de saúde, de modo a torná-los prática constante e qualificadora do viver e do morrer.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO: Sem financiamento.

AUTORIA:

MVMK, FRC: Conceituação, Curadoria de dados, Administração de projetos, Programas, Escrita rascunho original.

MVMK, FRC, HDCC: Análise formal, Investigação, Metodologia, Recursos, Validação, Visualização

FRC: Supervisão.

FRC, HDCC: Escrita y Revisão, Edição.

REFERÊNCIAS

1. Zou F, Ting Y, Ronghui D, Guohui F, Ying L, Zhibo L, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet* 2020;395(10229):1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)



2. Yi P, Xiang Y, Cheng D, Yanfei C, Kaijin X, Qing N, et al. Risk factors and clinical features of deterioration in COVID-19 patients in Zhejiang, China: a single-centre, retrospective study. *BMC Infect Dis* 2020; 943(943). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05682-4>
3. Campos FCC de, Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate* 2020;44(spe4):146–60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>
4. Noronha KVM de S, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública* 2020;36(6):e00115320. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
5. Brusamarello T, Da Silva SS, Machado EM. Cuidado de enfermagem a familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Saúde e Pesquisa* 2019;12(3):630-638. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p629-638>
6. Padilha MI. From Florence Nightingale to the covid-19 pandemic: the legacy we want. *Texto contexto - enferm* 2020;29(29):e20200327. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0327>
7. Souza TM, Lopes GS. Assistência de enfermagem em terapia intensiva ao paciente com COVID-19: um relato de experiência. *REAEnf* 2021;9:e6118. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e6118.2021>
8. Luz DCRP, Campos JRE, De Oliveira PSB, Campos JBR, Nascimento AMV, Brito AB. Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. *Nursing* 2021;24(276):5714–5725. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>
9. Hui D, Noorudin Z, Didwaniya N, Dev R, Cruz M D L, Kim S H, et al. Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(1):77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021>
10. Cordeiro FR, Oliveira S, Giudice JZ, Fernandes VP, Oliveira AT. Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: a scoping review. *Enfermeria* 2020; 9(2): 205–228. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2317>
11. Cecconi M, Piovani D, Brunetta E, Aghemo A, Greco M, Ciccarelli M, et al. Early predictors of clinical deterioration in a cohort of 239 patients hospitalized for Covid-19 infection in Lombardy, Italy. *J Clin Medicine* 2020;9(5):1548. <https://doi.org/10.3390/jcm9051548>
12. Rao A, Kelemen A. Lessons learned from caring for patients with COVID-19 at the end of life. *J palliat med* 2021;24(3):468-471. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0251>
13. Ann-Yi S, Azhar A, Bruera E. Dying alone during a pandemic. *J palliat med* 2021; 24(12):1905-1908. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0718>
14. Luiz TSC, Silva Filho OC da, Ventura TCC, Dresch V. Caixa de memórias: sobre possibilidades de suporte ao luto em unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19. *Rev bras ter intensiva* 2020;32(3):479–80. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200079>
15. Gomes SA, Crispim D, Franco MH, Achette D. Manejo do óbito e luto no contexto de COVID-19 em adultos em cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020. https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/FINAL_ANCP_Ebook_Manejo-do-%C3%B3bito-e-luto-no-contexto-de-COVID-19-em-adultos-em-cuidados-paliativos.pdf
16. Polit D F, Beck C T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
17. Creswell J W. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
18. Oliveira H C, Sauthier M, Silva M M, Crespo M D A, Seixas A P R, Campos J F. Ordem de não reanimação em tempos da COVID-19: bioética e ética profissional. *Rev gaúcha enferm* 2021;42(1):e20200172. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200172>

19. Qian Z, Lu S, Luo X, Chen Y, Liu L. Mortality and Clinical Interventions in Critically ill Patient With Coronavirus Disease 2019: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med* 2021;8:1-15. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.635560>
20. Serafin RB, Póvoa P, Souza-Dantas V, Kalil AC, Salluh JIF. Curso clínico e resultado de pacientes críticos com infecção por COVID-19: uma revisão sistemática. *Clin microbiol infect* 2020;27(1):47-54. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.10.017>
21. Chaves LA, Osorio-de-Castro CGS, Caetano MC, Silva RA, Luíza VL. Desabastecimento: uma questão de saúde pública global. Sobram problemas, faltam medicamentos. Nota técnica. Fiocruz. 2020. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42974/2/Desabastecimento_medicamentos.pdf
22. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2 ed. São Paulo: ANCP; 2012.
23. Costa GS, Souza CC, Diaz FBBS, Toledo LV, Ercole FF. Banho de leito em cuidados críticos: uma revisão integrativa. *Rev baiana enferm* 2018;32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.20483>
24. Avilar CTA, Andrade IMA, Nascimento CS, Viana LVM, Amaral TLM, Prado PR. Cuidados de enfermagem para banho de leito em pacientes com COVID-19: revisão integrativa. *Rev bras de enferm* 2022; 75(1):e20200704. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0704>
25. Brasil, Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/manejo-de-corpos-no-contexto-da-covid-19>
26. Cordeiro FR, Zillmer JGV, Luiz MB, Silva, NK, Campelo HC. Experiências corporais nas relações de cuidado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev chilena enferm* 2022;4(1):72-108. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2022.66269>
27. Cordeiro FR, Tristão FS, Zillmer JGV, Padilha MAS, Fonseca ACF, Fernandes VP. Avaliação e cuidados com a pele no final de vida. *Rev Evident* 2019;16: e12334. <http://ciberindex.com/c/ev/e12334>
28. Flor MA, Oliveira KDL, Oliveira AF. Efeitos da posição prona em pacientes com COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review* 2022; 5(1):3342-49. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-294>
29. Taets GGC, Figueiredo N M A. Uma pesquisa quase experimental em enfermagem sobre dor em pacientes em coma. *Rev bras de enferm* 2016; 69(5):927-32. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0121>
30. Grisotti M, Granada D, Detoni PP, Oliveira MC, Diehl EE. A morte contaminada: a experiência da morte por COVID-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, editores. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz; 2022. p. 309-319.
31. Lysakowski S, Machado KPM, Wyzykowski C. A comunicação da morte em tempos de pandemia por COVID-19: relato de experiência. *Saberes Plurais Educ Saúde* 2022;4(2):71-77. <https://doi.org/10.54909/sp.v4i2.108467>
32. Estrela FM, Silva AF, Oliveira ACB, Magalhães JFR, Soares CFC, Peixoto TM, et al. Enfrentamento do luto por perda familiar pela COVID-19: estratégias de curto e longo prazo. *Pers bioét* 2021;25(1):e2513. <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.3>
33. Florêncio RS, Cestari VRF, Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Moreira TMM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de covid-19 desafios e contribuições. *Acta Paul enferm*. 2020;33:eAPE20200188. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>
34. Sharpe T S. Você não vai morrer sozinho: tecnologia e compaixão na pandemia COVID-19. *Enferm. foco (Brasília)* 2020;11(2):52-54. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3707>

Viégas Moura Krautkenr M, Cordeiro FR, da Cruz Campelo H. Cuidado de enfermagem às pessoas em final de vida por Covid-19 na unidade de terapia intensiva: Experiências de profissionais. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):46-59.

35. Clem L, Hoch VA. A morte dizendo olá: vivência dos pacientes internados em leitos UTI COVID-19, um olhar a partir dos profissionais de saúde. APEsmo 2021:6e:29799. <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/29799>

**INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS EN ADULTOS: UN ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA VIVIDA DESDE LA COMUNIDAD****PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTIONS IN ADULTS: AN ANALYSIS OF LIVED EXPERIENCE FROM A COMMUNITY PERSPECTIVE****INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS EM ADULTOS: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA COMUNIDADE**

Nicolás Ignacio Garcés Brito ¹ , Isidora Mariela Hernández Labarca ¹ , María Jesús Liaño Mussa ¹ , Catalina María Rogers Alcalde ¹ , Kyomi Isidora Tanida Becerra ¹ 

¹ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

^a **Autora de correspondencia:** limuss@uc.cl 

Como citar: Garcés Brito NI, Hernández Labarca IM, Liaño Mussa MJ, Rogers Alcalde CM, Tanida Becerra KI. Intervenciones psicoeducativas en adultos: un análisis de la experiencia vivida desde la comunidad. Rev. chil. enferm. 2023;5(1):60-72. <https://doi.org/10.5354/68556>

Fecha de recepción: 14 de octubre del 2022

Fecha de aceptación: 5 de junio del 2023

Fecha de publicación: 20 de junio del 2023

Editor: Felipe Machuca-Contreras 

RESUMEN

El siguiente trabajo busca comprender la percepción de una comunidad parroquial sobre la implementación de psicoeducaciones basada en la promoción de salud mental, mediante la intervención de talleres, diálogo participativo y la interacción persona a persona. Se destaca la necesidad de la promoción de salud mental en sus diferentes dimensiones como un tema imperante, debido a los preocupantes índices del deterioro de la salud mental en los últimos años, acentuados posterior a la pandemia por SARS-CoV-2. Para ello, se planificaron diez talleres basados en las necesidades educativas pesquisadas de la comunidad y se evaluaron los resultados, a través de una encuesta diseñada por los encargados de dichos talleres. Los resultados permiten el desglose en conceptos de la experiencia vivida por la comunidad, exponiendo un aprendizaje significativo y un aumento de la autopercepción de bienestar de los misma. Es por ello que se sugieren las intervenciones psicoeducativas como una herramienta óptima para la promoción de salud mental.

Palabras clave: Educación en Salud, Enfermería Psiquiátrica, Enfermería en Salud Comunitaria, Intervención Psicosocial, Calidad de Vida.

ABSTRACT

The following work seeks to understand the perception of a parish community on the implementation of psychoeducations based on mental health promotion, through interventions of workshops, participatory dialogue and person to person interaction. The need for mental health promotion in its different dimensions is highlighted as an imperative issue, due to the worrying rates of mental health deterioration in recent years, accentuated after the SARS-CoV-2 pandemic. For this purpose, ten workshops were planned based on the educational needs of the community and the results were evaluated through a survey designed by those in charge of the workshops. The results allow a breakdown in concepts of the experience lived by the community, showing a significant learning and an increase in their self-perception of well-being. Therefore, psychoeducational interventions are suggested as an optimal tool for the promotion of mental health.

Keywords: Health Education, Psychiatric Nursing, Community Health Nursing, Psychosocial Intervention, Quality of Life.

RESUMO

O presente trabalho busca compreender a percepção de uma comunidade paroquial sobre a implementação de psicoeducações baseadas na promoção da saúde mental, por meio de oficinas, diálogo participativo e interação pessoal. Destaca-se a necessidade da promoção da saúde mental em suas diferentes dimensões como um tema urgente, devido aos preocupantes índices de deterioração da saúde mental nos últimos anos, agravados após a pandemia de SARS-CoV-2. Para isso, foram planejadas dez oficinas com base nas necessidades educativas identificadas pela comunidade, e os resultados foram avaliados por meio de uma pesquisa elaborada pelos responsáveis por essas oficinas. Os resultados permitem a compreensão dos conceitos da experiência vivida pela comunidade, evidenciando uma aprendizagem significativa e um aumento na autopercepção do bem-estar da mesma. Portanto, sugere-se as intervenções psicoeducativas como uma ferramenta ideal para a promoção da saúde mental.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem em Saúde Comunitária, Intervenção Psicossocial, Qualidade de Vida.

INTRODUCCIÓN

Según la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta corresponde al estado de bienestar percibido que permite a las personas hacer frente a estresores y a desarrollar habilidades y capacidades, contribuyendo a la mejora de la sociedad. La salud mental es el sustento de las capacidades individuales e inherente a los procesos cognitivos, a la formación de relaciones interpersonales y, sin más, a la vida misma. Se le confiere entonces, el atributo de esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.¹

La salud mental en los últimos años ha sido materia de interés público, puesto que en el contexto de la pandemia por *Corona Virus Disease* (COVID), se vio perturbada y deteriorada. Expertos consensuaron que el aislamiento tiene un impacto en la salud mental de la sociedad a corto, mediano y largo plazo, teniendo efectos variados, de creciente magnitud y que se dan en niveles: personal, familiar, comunitario e institucional, alterando así, la capacidad del individuo para desenvolverse en

la vida diaria en sus diversas dimensiones.² En su momento, un 56% de los chilenos describían como agravada su salud mental, cuyos índices posicionaron a Chile en segundo lugar dentro de un ranking de treinta países estudiados en la materia.³

Previo a la pandemia, en Chile se atribuía un 23,3% al indicador de años perdidos por discapacidad o muerte a los problemas de salud mental y condiciones neuropsiquiátricas.⁴ Además, un 27% del total de licencias autorizadas emitidas por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) corresponden a causas de salud mental, siendo la primera causa de licencias desde el 2008. Respecto a cambios en el año 2022, según la última entrega del estudio “Termómetro de la salud Mental”, si bien se observan leves mejoras en contraparte al punto álgido de pandemia, existe un aumento significativo en los síntomas de ansiedad moderados a severos.⁵ En base a este escenario, surge la necesidad de fomentar y fortalecer la salud mental de la población.

Los gobiernos e instituciones asociadas a la salud reconocen lo crucial de la salud mental como un activo clave para enfrentar la pandemia y sus consecuencias, tanto inmediatas como a lo largo del tiempo, presentando así diferentes estrategias para abordar el bienestar mental. Dentro de sus objetivos, destacan el reducir los riesgos que vuelven más vulnerable a la población a partir del fortalecimiento de las variables psicosociales que protegen su salud mental y el generar condiciones para el desarrollo de conocimientos, prácticas y competencias sobre la misma, desde las condiciones territoriales y formas de vida cotidiana. En lo que compete a las diferentes áreas de trabajo de dichas organizaciones, enfatizan en la psicoeducación como uno de los grandes medios para cumplir con sus misivas.⁶

Dado el rango etario de los sujetos de interés que se deciden estudiar en esta oportunidad, es que ha de considerarse el hecho de que la pirámide demográfica se ha visto invertida en las últimas décadas, predominando la adultez ante la natalidad, lo cual confiere un incentivo para crear terapias dirigidas a los adultos de la población chilena y, sobre todo, a los adultos mayores. Los mayores de 60 años en el 2000 eran cerca de 1,5 millones (10% de la población), pero se proyecta que este grupo pase a tener 3,8 millones en el 2025 (20% de población) y 5,7 millones en el 2050 (28% de población), es decir, cerca de 3,5 veces su tamaño en 2000.⁷

Por lo que se refiere a la psicoeducación, como intervención comunitaria, busca proporcionar información específica sobre promoción, prevención, tratamiento y pronóstico de enfermedades, basados en evidencia científica actual. De esta manera, se busca entregar herramientas de cambio, que involucren procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada persona para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida tanto individual como en comunidad. Una instancia psicoeducativa reduce el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento. Por otro lado, promueve el entrenamiento de habilidades que favorecen el empoderamiento y la reintegración del individuo a espacios de interacción social.⁸

Además, el valor de las psicoeducaciones se ratifica desde la OMS, como un medio que cumple con su propuesta para transformar la salud mental al aumentar el valor que le otorgan las personas a esta misma. En conjunto, se realiza un llamado para actuar desde y sobre las características físicas, sociales y económicas de los medios donde se desarrollan las personas y lograr fortalecer la atención desde una red comunitaria accesible, asequible y de calidad.¹

Del mismo modo desde la guía de salud mental propuesta por la OMS, se plantean factores protectores a favor de ella. Dentro de ellos, se desprende: habilidades para la vida, resiliencia, manejo del estrés, crecimiento socioemocional, destrezas sociales y manejo de conflicto, habilidades para la resolución de problemas, capacidad para afrontar la adversidad y la frustración, apoyo social de familia y amigos, buena comunicación, acceso a servicios comunitarios, autoestima, inteligencia emocional y

sentimientos de dominio, control y seguridad, entre otros.⁹ Estos factores protectores se abordan a lo largo de las psicoeducaciones, de forma segmentada, a fin de entregar las herramientas necesarias para el bienestar psicológico, abarcando de forma consciente las limitaciones y necesidades de la comunidad, así como sus habilidades, y aplicando técnicas de relación de ayuda interpersonal por parte del equipo promotor de salud mental.

A su vez el diseño de las cápsulas educativas se basa en el modelo dialogante de Jane Vella de educación participativa en adultos y la teoría de la relación persona a persona de Joyce Travelbee. A considerar desde este modelo, la enfermería psiquiátrica favorece el proceso interpersonal en el que se facilita a un individuo, familia o comunidad, la promoción y recuperación de la salud mental, la prevención del desarrollo de afecciones mentales y el afrontamiento de estas. La relación interpersonal, en donde se reconoce a la persona como un ser único e irremplazable, se da de forma planificada y deliberada, entre alguien que requiere ayuda y un otro que puede otorgarla, a través de habilidades y capacidades propias de la persona, adquiridas por instrucción profesional. Se trata de un proceso dinámico que evoluciona en su desarrollo y genera cambios en todos los involucrados.¹⁰ La estructura del programa psicoeducativo dependerán de los contenidos y el objetivo a trabajar. Habitualmente, se organiza en forma de multis Sesiones sistematizadas, previamente planificadas, que consideran un orden deductivo que inicia con contenidos meramente teóricos, hasta llegar a la práctica de habilidades para la vida diaria.⁸

Para lograr la integración de conocimientos, por parte del socio comunitario, es necesario aplicar los principios descritos por Jane Vella en su modelo, centrado en la persona, manteniendo siempre su dignidad, con un problema definido que sea relevante para este. De esta manera, se aborda evocando respuestas cognitivas, psicomotoras y afectivas, por ende, la educación se describe como parte de un todo.¹⁰ En conjunto, se requiere su consideración política y participativa, ya que, para ser efectiva, todos los participantes deben ser protagonistas del proceso, siendo escuchados en su libertad de expresión. Los participantes y facilitadores trabajan en una relación horizontal. Finalmente, se requiere planificación reglada y detallada para lograr los objetivos definidos para el socio comunitario, mediante un método de ocho pasos, donde se consideran las preguntas: por qué, para qué, quiénes, cuándo, dónde, cómo, qué y el qué resultó. Dentro del cómo, han de aplicarse las actividades de inducción al tema, el input, implementación e integración.¹¹

A partir de lo señalado anteriormente, se presenta como objetivo de investigación la comprensión de la percepción comunitaria respecto a la implementación de un programa de psicoeducación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio mixto con una fase cuantitativa de caracterización de la muestra y satisfacción. Además, una fase cualitativa con un enfoque fenomenológico.

Universo y muestra

Fue utilizada como muestra los asistentes a las psicoeducaciones (n = 24).

Criterios de inclusión

El criterio de inclusión para este estudio estuvo determinado por personas cuya edad estuviera sobre los 18 años que quisieran participar voluntariamente en el estudio y que hayan asistido a las sesiones educativas.

Contexto del estudio e invitación a participantes

En el contexto de un curso de una universidad privada en Chile, es requerido integrar y aplicar conocimientos de licenciados en enfermería a través de intervención comunitaria y con un enfoque desde la promoción de salud mental.

Por medio del equipo Pastoral, programa que aplica los principios cristianos para concretar la misión de la Iglesia Católica, y la escuela de enfermería de la misma universidad, se realiza el nexo con una parroquia en la comuna de Puente Alto, en la Región Metropolitana.¹² Se pesquisa la necesidad de fomentar la salud mental y formación de comunidad, la cual se vio afectada producto del aislamiento necesario en contexto de la pandemia por COVID (2020-2021).

El contacto inicial y organización se lleva a cabo mediante el párroco, quien recluta a los integrantes citándolos a una primera sesión diagnóstica. Posteriormente, el equipo organizador de las psicoeducaciones se contactó vía telefónica con los participantes para confirmar su asistencia. Las sesiones se llevaron a cabo en un salón apto para la cantidad de concurridos y en norma con los requerimientos de salubridad por la pandemia. Las intervenciones fueron llevadas a cabo dos veces a la semana, con una duración aproximada de una hora y media cada una, en horario vespertino, por conveniencia de los asistentes.

Instrumentos

Se diseñaron dos instrumentos, los cuales fueron aplicados en la primera y última sesión, que se entregaron en conjunto a un consentimiento informado sobre los fines de su aplicación.

El primer instrumento tuvo el propósito de definir y caracterizar la muestra, recolectando sexo, edad, nivel de estudios, ocupación, comorbilidades, hábitos y vivienda.

El segundo instrumento se organiza mediante un breve cuestionario de seis preguntas con un Likert 5 (desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo) que mide la satisfacción; una escala de apreciación entre 1 y 5 (siendo 1 muy deficiente y 5 sobresaliente); y una nota general para calificar al equipo en la escala de 1 a 7 (siendo 1 muy deficiente y 7 muy sobresaliente). Además, contiene una serie de preguntas abiertas, sobre los siguientes criterios: la aplicabilidad de los contenidos; el impacto de estos en la vida de los usuarios; la sensación de bienestar una vez finalizado el taller, en comparación al inicio de este.

Diseño de la intervención

La educación, dentro del proceso de atención en enfermería (PAE), se organiza en torno a la valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación de los objetivos. Este se aplica de forma genérica y puntual, ya que durante la interacción persona a persona y por los contenidos revisados, surgen problemáticas individuales que requieren de resolución inmediata. Debido a que se trata del análisis de una experiencia, el estudio se evalúa en términos cualitativos.

Se llevan a cabo un total de diez psicoeducaciones, siendo la primera una sesión de presentación y diagnóstico comunitario, donde se pesquisaron las necesidades educativas de la comunidad y de las cuales se planificaron ocho talleres psicoeducativos (Tabla 1). Para determinar los contenidos a tratar, se les preguntó a los participantes qué temas les gustaría abordar en los talleres, que fuesen fundamentales para la promoción de su salud mental. Es así, como surgieron múltiples temáticas, en las cuales fue evidenciada la repetición y consenso en algunas, otras agrupadas según cohesión de conceptos, para formar categorías coherentes.

Acorde al paradigma en el cual se basó este estudio, cada cápsula incorpora actividades de inducción, input, implementación e integración.¹³ Las cuales fueron llevadas a cabo mediante recursos físicos,

tales como: papel, lápices, cartulinas, actividades didácticas como sopas de letras, sudoku, entre otros. Previo al inicio de cada reunión, se fomenta la relajación y participación con actividades “rompehielo” como: música, arte terapia, ejercicios de movilidad, y más; vinculados al contenido a tratar en la sesión.

Análisis de la información

Los datos cuantitativos solo se usaron para caracterizar la muestra y medir satisfacción con los instrumentos aplicados. En el caso de los datos cualitativos, se planteó un análisis descriptivo temático realizado por los cinco investigadores, buscando la saturación teórica de la muestra.

Aspectos éticos

Se entregó un consentimiento informado a los participantes, en donde se determinó la voluntariedad de la participación en el estudio, la posibilidad de retiro en cualquier momento de este y que independiente de su decisión, no habría cambios en su participación. Aquello fue evaluado por el equipo docente universitario previo a su aplicación, siguiendo los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Tabla 1. Especificaciones de las sesiones psicoeducativas. Chile, 2022 (n = 10)

Sesión 1: Primer contacto con la comunidad *PAE: valoración
Objetivo: Conocer a la comunidad y levantar necesidades educativas con el foco de la salud mental
<ul style="list-style-type: none"> • Recibimiento del grupo • Actividad para conocerse en el grupo • Fijar normas de funcionamiento • Conocer el concepto de salud mental de la comunidad • Levantar las necesidades educativas en salud mental de la comunidad • Elegir un nombre para la comunidad (“<i>Mentes Fortalecidas</i>”)
Sesión 2: Duelo
Objetivo: Entregar herramientas para el manejo efectivo del duelo
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el significado de duelo de la comunidad • Identificar las etapas del duelo • Reconocer un duelo saludable y patológico (con sus factores protectores y de riesgo) • Abordaje del duelo y cómo ayudar a otro que vive el proceso
Sesión 3: Emocionalidad e inteligencia emocional
Objetivo: Entregar herramientas para el manejo efectivo de emociones
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las emociones • Cómo avanzar a una inteligencia emocional • Importancia de vivir las emociones • Consejos para “tratar emociones invasoras” (“<i>Step-Out</i>”)
Sesión 4: Técnicas de relajación para el manejo de ansiedad y estrés
Objetivo: Entregar herramientas para el manejo efectivo de ansiedad, depresión y estrés, mediante el uso de técnicas de relajación.
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer signos del estrés, la ansiedad y un ataque de ansiedad • Actividades de relajación (relajación progresiva, “meditación de 1 minuto”, respiración diafragmática y yoga)
Sesión 5: Primeros auxilios emocionales, depresión y prevención del suicidio. ¿Cómo ser más sensibles con nosotras y nosotros?
Objetivo: Entregar herramientas para el manejo efectivo en primeros auxilios emocionales, depresión y prevención del suicidio.
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer prevalencia de depresión y suicidio en personas mayores. • Comprender los conceptos de depresión y suicidio. • Reconocer signos de alarma en depresión y para la prevención del suicidio. • Conocer habilidades y actitudes en la relación de ayuda. • Conocer los primeros auxilios emocionales en la prevención del suicidio.
Sesión 6: Higiene del sueño
Objetivo: Entregar herramientas para mejorar la higiene del sueño
<ul style="list-style-type: none"> • Actividad de <i>arteterapia</i> y <i>musicoterapia</i> • Conocer arquitectura del sueño • Conocer herramientas y técnicas para una buena higiene del sueño • Aplicar el “Diario de Sueño”
Sesión 7: Envejecimiento saludable
Objetivo: Entregar herramientas que favorezcan el envejecimiento de forma saludable
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los procesos propios del envejecimiento. • Comprender el concepto de envejecimiento saludable y activo. • Conocer los factores influyentes de cambio en el envejecimiento saludable y activo. • Reconocer formas de promover el envejecimiento saludable y activo.
Sesión 8: Alzheimer y demencia en las personas mayores: Prevención y Manejo
Objetivo: Entregar herramientas que favorezcan el manejo de enfermedades de deterioro cognitivo en PM
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender los conceptos de demencia, Alzheimer y delirium. • Reconocer signos de alarma cognitivos y/o conductuales para consultar con un especialista. • Integrar estrategias de prevención de demencias.
Sesión 9: Sexualidad en la persona mayor
Objetivo: Entregar herramientas que fomenten la sexualidad saludable en la persona mayor
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer prejuicios y el concepto de sexualidad de la comunidad • Reconocer cambios en la sexualidad a lo largo de la vida • Actividad de resignificación de la sexualidad (“Romper con los prejuicios”)
Sesión 10: Despedida y cierre de la intervención *PAE: evaluación
Objetivo: Concluir las psicoeducaciones con la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> • Almuerzo con la comunidad • Agradecimientos por la participación • Entrega de diplomas por participación

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

La muestra en la primera sesión consta de 24 participantes (23 mujeres y 1 hombre), con un promedio de edad de 62 años, siendo la persona más joven de 24 años y la con mayor edad de 80 años. En cuanto al estado de salud de los participantes, se obtuvo que el 79,17% tiene por lo menos una enfermedad crónica, siendo las más frecuentes Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia.

En hábitos de salud un 34,2% consume alcohol de manera social, mientras que el resto no consume. En su gran mayoría la población fue no-fumadora, con un 17,4% que fuma activamente. En cuanto a consumo de drogas ilícitas no hay participantes que sean consumidores.

Del total de participantes, un 12,5% vive solo, mientras que el resto vive acompañado de al menos una persona más. En sus ocupaciones, un 75% es dueño de hogar.

En el nivel de estudios, una gran mayoría, el 75,1% tiene al menos enseñanza media completa.

Tabla 2. Caracterización de la muestra. Chile, 2022 (n = 24)

		n	%
Sexo	Mujer	23	95,83%
	Hombre	1	4,17%
Nivel de estudios	Enseñanza básica incompleta	2	8,33%
	Enseñanza básica completa	1	4,17%
	Enseñanza media incompleta	3	12,50%
	Enseñanza media completa	10	41,67%
	Enseñanza técnica completa	3	12,50%
	Enseñanza superior incompleta	1	4,17%
	Enseñanza superior completa	4	16,67%
Ocupación	Dueña de hogar	13	54,17%
	Cuidadora de otra persona	4	16,67%
	Jubilado	3	12,50%
	Pensionado	2	8,33%
	Trabajo activo	3	12,50%
Comorbilidades	Hipertensión Arterial	13	54,17%
	Diabetes Mellitus	6	25,00%
	Dislipidemia	5	20,83%
Hábitos	Consume de alcohol	8	33,33%
	No consume alcohol	16	66,67%
	Consumo de tabaco	4	16,67%
	No consume tabaco	20	83,33%
	Consume de drogas ilícitas	0	0,00%
No consume drogas ilícitas	24	100,00%	
Vivienda	Solo/a	3	12,50%
	Acompañado/a	21	87,50%

Fuente: Elaboración propia

Satisfacción

La encuesta de satisfacción, que fue aplicada al final del estudio, obtuvo 22 de 24 respuestas (hubo abandono de dos mujeres al final del estudio, quienes decidieron no continuar asistiendo a las sesiones voluntariamente, por motivos personales, y no fueron incluidas en el análisis final con una tasa de respuesta del 91,66%). En la tabla 3, se observa que un 81,8% de participantes están muy satisfechos con el transcurso de las psicoeducaciones y un 18,2% satisfechos con esta. Por lo tanto, un 95,5% califica las dinámicas, actividades y contenidos como, al menos, muy buenos.

Tabla 3. Satisfacción de participantes según grados de acuerdo. Chile, 2020 (n = 22)

ítem	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Ni acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo		Promedio
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
En general, considera que el temario y los materiales entregados en las educaciones han sido comprensibles y adecuados	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	22	100,00%	5,00
¿Cómo valora las dinámicas y actividades hechas en cada sesión?	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,55%	21	95,45%	4,95
¿Cómo valora los contenidos, los conocimientos y las explicaciones entregadas por los alumnos?	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,55%	21	95,45%	4,95
En general, la convivencia fue adecuada y agradable entre los alumnos y la comunidad	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	4,55%	21	95,45%	4,95
Cuando tenía dudas/ preguntas/ problemas, el equipo de alumnos y su docente logró responder mi inquietud	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	9,09%	20	90,91%	4,91
Mi nivel de satisfacción con las sesiones educativas y sus contenidos es	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	18,18%	16	72,73%	4,36
En general, la nota que le daría al equipo y a sus intervenciones es de											6,81

Fuente: Elaboración Propia

Experiencias de los participantes

Para explicar el fenómeno de la experiencia obtenida de las psicoeducaciones, fueron consideradas las conversaciones con los miembros de la comunidad y en sumatoria, las preguntas de desarrollo de la encuesta de satisfacción. Se llegó a una saturación teórica en la décima encuesta respondida por los integrantes (22 participantes), teniendo una fuerte similitud en sus resultados. Los conceptos que se logran dilucidar para definir el fenómeno son:

a) Aplicabilidad de los contenidos en la vida diaria:

Los participantes manifiestan haber incluido contenidos vistos en las intervenciones en su día a día, de manera que iniciaron cambios en sus hábitos de salud e incluso, demostrando intenciones de continuar su mejoría. De esta manera, se desarrollan como autogestores de su propia salud y promotores de un envejecimiento saludable y activo, con un enfoque desde la salud mental.

“... de los contenidos vistos en los talleres, pude aplicar el estrés, haciendo los quehaceres de forma más pausada, dándome tiempo para mí. La alimentación más saludable y mejor en los horarios. La actividad física, saliendo a caminar todos los días. La importancia de dormir mejor y más relajada. Dejar de lado los prejuicios por la edad en la sexualidad...” - MM

b) Mejorar el afrontamiento de situaciones de manera efectiva:

En los resultados, los participantes revelan que, a partir de las psicoeducaciones, han sido capaces de mejorar el manejo de emociones, incluyendo los cambios de humor, la irritabilidad y a grandes rasgos,

incrementar la capacidad que tienen, no solo de afrontar sus emociones, sino que también de comunicarlas.

“... la salud mental es estar atenta a las señales o características de comportamientos y ser más comprensiva con mi familia y conmigo misma, sacando un poco la culpa respecto a las distintas etapas que estamos viviendo cada uno ...” - ML

c) Mejor percepción del día a día:

Dentro de lo mencionado por los participantes, hubo una mejoría en la autopercepción de su vida diaria. Se hizo pesquisa de problemas personales que aquejan a la comunidad, los cuales resultaban en una dificultad para su manejo efectivo o en una falta de comprensión de los conceptos. En los últimos encuentros y en la encuesta (*Tabla 3*), se refleja que lograron percibir una mejoría personal en su calidad de vida diaria, comprendiendo sus propios problemas.

“... las psicoeducaciones impactan en mi vida en un grado muy alto, decidí hacer muchos cambios para sentirme más saludable y disfrutar de mejor forma la vida de ahora en adelante...” - MM

d) Instancia de socialización:

La comunidad manifiesta haber encontrado, a lo largo de las intervenciones, un espacio seguro en donde socializar, sobre todo tras el impacto generado en este ámbito por la pandemia. Varios integrantes mencionan haber intercambiado números y comenzado a asistir a talleres extraprogramáticos con algún compañero de la comunidad, dando cuenta de los gustos en común que existen entre ellos.

“... se aprende a compartir lo que nos pasa con otras personas, a sacar nuestros prejuicios y sobre todo a ocuparnos más de nosotros para poder servir a otros y sentirnos mejor, encerrarse en sí mismo no es bueno, sufrir solos tampoco. Crecí como persona gracias a las clases ...” - AS

e) Ayuda mutua:

Algo que se puede evidenciar y que destacan los participantes, es que en varias ocasiones se ayudaron entre ellos, dando consejos y compartiendo experiencias de vida, con el objetivo de ayudar a través de la empatía. Es destacable que durante los descansos que hubo en las sesiones, los participantes se reunían, hablaban de sus problemas y buscaban posibles estrategias para su resolución. Esto se respalda en varios comentarios de agradecimiento, respecto de la formación de esta nueva comunidad, tanto de forma verbal como escrita.

“... son necesarias, el tener conocimientos de ellas para afrontarlo cuando le pase a uno o haya una persona cerca y poder ayudarla. Lo peor que le puede pasar a una persona es tener desconocimiento de las cosas. Por lo tanto, para mí ha sido muy útil el taller, lo valoro y lo agradezco...” - NU

f) Crecimiento personal:

Varios integrantes mencionan que los talleres generan una instancia para crecer personalmente, con conceptos atingentes a trabajar entre y para ellos. Esto destaca, posterior a la sesión “Inteligencia Emocional”, cuando los participantes describen que hubo un cambio drástico de cómo miraban las emociones, un “*crecimiento personal*”. Se identifica como barrera, el manejo de sus emociones, principalmente producto del modelo de crianza recibido. Desde ello, el permitirse vivir las experiencias emocionales incentiva su percepción y sensibilidad desde la empatía, de forma personal y en sus relaciones interpersonales.

“... La inteligencia emocional con mis compañeras de curso. Me di cuenta de que cada persona es un propio mundo individual, pero si a eso le ponemos muchos años de vida, yo pude descubrir y reflejarme con sus experiencias de vida y mis propias frustraciones al cuidar a mis padres, entenderlos mejor en sus procesos...” - NG

g) Aprender independiente de la edad:

Los resultados muestran que los participantes son capaces de desafiar el autoestigma respecto a la edad, como factor perjudicial para adquirir nuevas competencias. Así, se evidencia el haber adquirido múltiples conocimientos, reconociendo y valorando la capacidad de aprendizaje como habilidad inherente al ser humano en todos sus ciclos.

“... Para mi experiencia de vida, se me vino el recuerdo de cosas diarias que a veces no atesoramos, o no valoramos que nunca es tarde para aprender...” - RB

DISCUSIÓN

La aplicación de terapias psicoeducativas en grupos heterogéneos de adultos ha demostrado tener un efecto positivo en diversos ámbitos de la vida de los participantes, especialmente en el desarrollo personal, potenciando su bienestar psicológico.⁸ Los resultados obtenidos mediante las encuestas demuestran que, para un grupo colectivo de adultos, tanto mayores como medios, tener un espacio seguro donde compartir experiencias, ayuda en la habilidad del manejo de los propios sentimientos y emociones, por ende, en la comprensión emocional del otro, desarrollando la empatía. Aquello implica el establecimiento de roces interpersonales, por lo que es un medio con potencial para establecer redes de apoyo. En conjunto, se logra evidenciar el beneficio de las psicoeducaciones en la vida de las personas, en ámbitos como: el afrontamiento del autoestigma, la creación o mejora de hábitos saludables y la formación de comunidad. Esto se puede observar en el desglose fenomenológico, en conjunto con el alto grado de satisfacción referido en la encuesta final, con un 95,5% respecto al desarrollo de las sesiones, temario, convivencia, entre otros, con un promedio final de calificación de 6,81.

En términos de la materia, la reflexión de los resultados se valida lo propuesto por la OMS; la educación en salud mental como una medida óptima y eficiente para transformar la salud mental y empoderar a los usuarios.¹ Ahora bien, sobre lo que es la educación como parte del rol de enfermería, Soto, Masalán y Barrios logran dilucidar en su revisión sistemática que los programas educativos dirigidos a usuarios representan intervenciones de mejora de habilidades y autocuidado de los pacientes, incidiendo así en la calidad de vida de estos. Dichos que pueden corroborarse con los resultados fenomenológicos obtenidos de la experiencia realizada en este estudio. Frente a la evaluación de la efectividad llevada a cabo en la revisión se establece que en la mayoría de los casos las intervenciones logran resultados significativos, tanto en la adquisición de contenidos como en la implementación de cambios de conducta, y para aquellos casos en que no lograron los objetivos designados, no habían significado empeoramiento de aquello que se buscaba mejorar.¹⁴

En estos últimos casos, se hizo énfasis en que el diseño metodológico debía de adecuarse a los contextos sociopolíticos donde la vida de las personas se ve inserta. La psicoeducación se ampara bajo el fenómeno de la educación, y si bien en el caso de este estudio se trabajó con individuos relativamente sanos y/o compensados en sus patologías y desde una perspectiva preventiva, en la experiencia de la revisión mencionada anteriormente, queda demostrado que al trabajar con grupos que cuentan con diversas patologías (principalmente crónicas), las psicoeducaciones logran posicionarse como una herramienta costo-efectiva altamente favorable, debido a su flexibilidad para aplicarse en variados contextos y el alcance que denota en el manejo de dichas enfermedades o condiciones. Lo que se explicita con la conclusión de uno de los estudios que formaba parte de la revisión, el cual se llevó a cabo a nivel nacional y logró establecer que los programas de educación coordinados por equipos de enfermería son efectivos en distintos contextos de la práctica, inclusive en nivel secundario de atención de salud.¹⁴

Concerniente a lo que es el diseño metodológico para poder estudiar estas experiencias, la revisión exhaustiva de la literatura en la psicoeducación hace énfasis en cautelar las medidas para asegurar la

validez tanto externa como interna, puesto que a menudo se cuenta con diseños de estudios variados, esto atribuible a la personalización y particularidad de cada intervención y características del grupo, de modo que se dificulta la labor analítica para compararlos y sistematizarlos, sumado a los tamaños de las muestras que tienden a los números pequeños, complejizando aún más la transferencia y generalización de los resultados.⁸

A pesar de que esta personalización se pueda percibir en casos como un obstáculo, ha de señalarse que esta misma es un componente vital de la atención de enfermería para lograr cuidados atingentes. Es así como esta terapia evidencia la particularización de la enfermería, que puede acercarse a la comunidad y adecuarse a su medio, siendo la diligencia de su grupo gestor quien termina de entregar calidad. Para lograr un proceso de atención de enfermería de esta naturaleza, es esencial el proceso explícito de un diagnóstico participativo pertinente y aplicado de forma continua. Se deduce en parte, que la atingencia tiene una correlación directa con la sensación de efectividad de los talleres llevados a cabo, puesto que se trabaja sobre necesidades expresadas por los propios usuarios, por lo que naturalmente, hay mayor sensibilidad hacia el tema. Lo cual se condice con que la participación donde radica la eficacia de las medidas intervenidas.⁸

A pesar de que el grupo gestor se encuentra conforme con la calidad de los diseños implementados, tanto en las cápsulas educacionales como en el diseño del presente estudio, es importante señalar que el criterio de credibilidad de este se vería fortalecido al realizar member-check de los participantes para corroborar los resultados, debido a que solo fue posible concretar dos llamadas en lo que duró el estudio. Adicionalmente, sería aconsejable utilizar la entrevista en profundidad, característica del método fenomenológico, en lugar del cuestionario utilizado; puesto que se limita el potencial de expresar del participante, en contraste a la oportunidad de explayarse en una entrevista.

Ahora bien, sobre los adultos, y siendo mencionado con anterioridad, el envejecimiento poblacional impone un desafío en los sistemas de salud para que estos promuevan una mejor vejez, haciéndose cargo de temáticas que la afectan, tales como la soledad y el duelo. A partir de los resultados, se proponen las psicoeducaciones como una herramienta óptima para abordar el envejecimiento saludable, donde es necesario contar con actividades que tengan sentido en la vida de las personas mayores, alejándose del aislamiento social e incentivando el voluntariado y la agrupación.¹⁵ Esto concuerda con la percepción comunitaria que refiere a la psicoeducación como una instancia de socialización, otorgándole valor como una vía para promover el cumplimiento de necesidades de la vejez. Así también, destacándolo ellos como un medio de aprendizaje, por lo que se podría emplear como un recurso masivo de educación que colabore en el logro de las metas de salud poblacional con enfoque preventivo.

Para finalizar, y como ocurre en todo estudio, es necesario generar un marco referencial de contenidos y saberes por medio del análisis de otros artículos. Durante este proceso, se hizo notoria la escasez de evidencia cualitativa en lo que respecta al fenómeno de psicoeducación, de donde la evidencia encontrada apunta mayormente a patologías específicas de salud mental y bajo la mira de otros profesionales, dando un factor de originalidad a este estudio. Es así como este escrito colabora con el campo de investigación de enfermería y el rol de educación del mismo, sustentando su uso y objetivando con sus resultados a esta herramienta como un aliado para mejorar la salud de la población adulta de forma general y mental, particularmente. A modo de beneficio para el área de interés y futuras implementaciones de psicoeducaciones, resultaría interesante el desarrollo de una mayor cantidad de estudios de índole cualitativa para corroborar los conceptos fenomenológicos obtenidos y lograr la saturación teórica, lo que permitiría dilucidar con más seguridad la experiencia vivida de la psicoeducación.

Las limitaciones presentadas en el desarrollo de los talleres se vieron relacionadas a una serie de factores que serán nombrados a continuación.

En primer lugar, la composición en casi su totalidad por mujeres de la comunidad es posible generar un sesgo de género, debido a que según lo propuesto por la OPS (Organización Panamericana de Salud) en 2010 tanto hombres y mujeres tienen necesidades, conceptos y formas distintas de acceder a la salud.¹⁶ Es por esto que es recomendable que en futuros estudios se logre una convocatoria similar entre hombres y mujeres.

En segundo lugar, contar con un plazo breve para el estudio y las actividades resulta negativo tanto para la investigación como para la comunidad. Aunque se sabe que la salud mental tiene varias aristas a abordar, se fuerza el acotar los contenidos abordados en un plazo de un mes y medio, dificultando la capacidad de medir los cambios y aprendizajes potencialmente obtenibles.

CONCLUSIONES

A partir de las psicoeducaciones y el estudio realizado en el presente trabajo, se desprende que la experiencia vivida en la psicoeducación tuvo un impacto positivo y significativo en la comunidad en áreas como el afrontamiento efectivo de situaciones estresantes, derribar estigmas, el aprendizaje grupal y la capacidad de socialización.

Se recomienda realizar más intervenciones y estudios para asegurar una comprensión amplia del fenómeno de la experiencia vivida por la comunidad en las psicoeducaciones; con el fin de acuñar una gran variedad de herramientas que logren validar la emocionalidad de la población de manera transversal y así, escalar en métodos y marcos conceptuales que guíen de manera concreta su implementación en diferentes sujetos de estudio.

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

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AUTORIA:

NGB, IHL, MLM, CRA, KTB: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Software, Validación, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

AGRADECIMIENTOS:

Los autores agradecen a la tutora Macarena Labra por la guía en el proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial en Salud. Informe Mundial sobre Salud Mental: transformar la salud mental para todos, panorama General. Ginebra; Organización Mundial de la Salud: 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356118>
2. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Santiago de Chile; Ministerio de Salud; 2017. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
3. IPSOS. Un año de COVID-19: Encuesta Ipsos para The World Economic Forum: Santiago de Chile; IPSOS: 2021. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/Un%20a%C3%B1o%20de%20Covid-19%20%283%29.pdf>
4. Ministerio de Salud. Plan nacional de salud mental 2017 - 2025. Santiago de Chile; Ministerio de Salud: 2017. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

5. Bravo D, Errázuriz A, Campos D. Termómetro de la salud mental en Chile ACHS- UC: Quinta ronda. Santiago de Chile; ACHS-UC: 2022. <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-127833/tms-ronda-5-conferencia.pdf>
6. Mesa Social COVID. Salud Mental en Situación de pandemia: documento para la Mesa Social Covid-19. Santiago de Chile; Gobierno de Chile: 2020. https://bibliotecadigital.uchile.cl/permalink/56UDC_INST/1uuvhmk/alma991007635861203936
7. Cerda R. Cambios demográficos y sus impactos en Chile. Estudios Públicos 2008; 110:1-75. <http://dx.doi.org/10.38178/cep.vi110.476>
8. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña, B. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Rev. Med. Clin. Condes 2020;31(2):169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
9. Walker MR, Montero LE. Principios Generales de la Educación para Adultos. Rev Chil Med Fam 2004;5(2):65-71. <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/154>
10. Rivera MS. Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería. RHE 2003;14(1):95-111. <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12122>
11. Ely P, Huerta D., Richardson I. and Velazquez W. Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults. San Francisco: Jossey-Bass Inc Publishers; 2002. <http://actxelearning.pbworks.com/f/Vella.pdf>
12. Pastoral UC. ¿Qué es Pastoral UC? Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile 2023. <https://pastoral.uc.cl/que-hacemos/>
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental: Guía del promotor comunitario. Washington: Pan American Health Organization; 2013. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31342>
14. Barrios, S., Masalan P., Soto P. La educación en salud, un cuidado de enfermería. Rev. Med. Clin. Condes 2018;29(3):288-300. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.001>
15. Ministerio de salud. Envejecimiento positivo en Chile. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2021. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
16. Organización Panamericana de Salud. Género y Salud: una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género de salud. Washington: Pan American Health Organization; 2010. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5701>