



# UMECIT

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

e-ISSN: L2644-4003



# REVISTA SALUTA++



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

No. 2 - Año 2 - Julio - Diciembre 2020



# UMECIT

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

---

## SALUTA

---

No. 2 – Año 2  
Julio - Diciembre 2020  
Panamá

**Revista arbitrada e indizada de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT)**

---

**ISSN Impreso: 2519-0083    ISSN Electrónico: L2644-4003**

---

La Revista SALUTA es una publicación en formato impreso y digital, de periodicidad semestral (Enero y Julio), Su Comité Editorial exige la originalidad de cada artículo sometido a consideración para su publicación.

Está adscrita a la Dirección de Investigación de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT).

## **POLÍTICA EDITORIAL**

La revista científica SALUTA, abarca una temática científica amplia en la que se divulgan artículos de investigación relacionados con la psicología, fisioterapia, educación para la salud, nutrición y dietética, registros médicos, educación física, medicina y cualquier otra rama de estas ciencias.

Los trabajos presentados provienen del esfuerzo constante de la comunidad de investigadores, alumnos y docentes que integran la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT) y de otros contextos académicos nacionales e internacionales, interesados en exponer los resultados de sus investigaciones o sus reflexiones sobre temáticas del área, con la rigurosidad científica que exige una publicación arbitrada.

## **VISIÓN**

Ser una Revista Arbitrada e Indizada con reconocimiento mundial, caracterizada por contribuir a la consolidación de la cultura investigativa al difundir avances y/o resultados de investigaciones en el campo de la salud.

Versión electrónica disponible en: [revistas.umecit.edu.pa](http://revistas.umecit.edu.pa)

Dirección electrónica para canjes o envíos de trabajo: [saluta@umecit.edu.pa](mailto:saluta@umecit.edu.pa)

Diagramación: Lic. Arturo Nieto Nuñez

Impresa en Color DPI, República de Panamá

Queda prohibida, sin autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, bajo las sanciones contempladas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluida la fotocopia, el procesamiento informático y la distribución de ejemplares de esta obra mediante alquiler o préstamo.



**UMECIT**  
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Dr. José Alberto Nieto Rojas  
Rector

Dra. Claudia Marcela Rueda Ossa  
Vicerrectora General

Mgtra. María Piedad Nieto  
Vicerrectora Administrativa

Dra. Magdy De las Salas  
Directora de Investigación, innovación y postgrado

Mgter. Mauricio Sierra  
Director Académico

Dra. Merlyng Flores  
Directora de Extensión

Mgtra. Britania Montenegro  
Secretaria General

# **REVISTA SALUTA**

## **EQUIPO EDITORIAL**

### **EDITORIA:**

Dra. Magdy De las Salas Barroso  
Directora de Investigación y Postgrado de la UMECIT  
[direccioninvestigacion@umecit.edu.pa](mailto:direccioninvestigacion@umecit.edu.pa)

### **COMITÉ EDITORIAL:**

Dr. Roberto Hernández Sampieri  
Universidad de Celaya, México

Dr. Antonio Rivera Cisneros  
Universidad de Guadalajara, México

Mgtra. Lourdes Iribarren  
Coordinadora Facultad de Ciencias de la Salud de UMECIT

Dr. Juan Camilo Quijano  
Investigador de la Universidad de Illinois, Estados Unidos

Dra. Nadja Porcell  
Observatorio panameño de Drogas, República de Panamá

Dr. Jorge Villatoro  
Instituto Nacional de Psiquiatría de México

## ÍNDICE

Magdy De Las Salas

**Presentación de la edición.....6**

José Alberto Nieto Rojas

**Editorial.....8**

Artículos de investigación:

Yurik Lasso y Leticia González, Panamá

**La salud psicosocial en operadores del transporte público en Panamá.....10**

Ensayos:

Ramiro Campos, Panamá

**Deglución atípica: una revisión.....24**

Francisca Mendoza y Flor María Cortéz, Panamá

**Riesgos ergonómicos laborales en trabajadores de líneas de alta tensión.....34**

Doralis Ureña y Maité Mejía, Panamá

**Responsabilidad social y globalización.....50**

Muriel De León y Marisín Ábrego, Panamá

**La epistemología como base evolutiva para el desarrollo científico e investigativo.....71**

**Normas de publicación de la Revista.....90**

## PRESENTACIÓN DE LA EDICIÓN



**Magdy De las Salas Barroso**  
Universidad UMECIT, Panamá  
Editora de la Revista SALUTA  
saluta@umecit.edu.pa

Nos complace presentar la segunda edición de la revista SALUTA, espacio de publicación de productos intelectuales en el área de ciencias de la salud, donde se desarrollan temas de especial interés en tiempos de cambios, adaptación, desafíos y retos en el campo educativo, de cara a la nueva realidad que ha traído la pandemia del COVID 19 .

**La edición número 2, año 2 de la Revista SALUTA, correspondiente a Julio 2020 - Diciembre 2020**, contempla un artículo de investigación y cuatro artículos de revisión.

Iniciamos con el artículo de investigación realizado por Yurik Lasso y Leticia González, titulado **“RIESGOS ERGONÓMICOS LABORALES EN TRABAJADORES DE LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN”**. El objetivo del estudio fue analizar los riesgos ergonómicos laborales en los trabajadores de líneas de alta tensión. Se ponderó la importancia de conocer este hecho para potenciar la satisfacción, eficacia y eficiencia de los colaboradores con el norte de abrir un abanico de acciones que deberían de tomar las empresas en materia de seguridad laboral y divulgar que esta por su naturaleza es una de las ocupaciones con alto riesgo. La investigación se llevó a cabo con una evaluación de un conjunto de variables de riesgo fuera de nuestro control para poder manipularla. la investigación concluye que la ergonomía laboral de los trabajadores de líneas de alta tensión presenta riesgos en los que influyen el factor puesto y las condiciones físicas corporales de los trabajadores, también que la mayor cantidad de caso de lesión reportada es de carácter muscular– esquelética.

Ramiro Campo, nos presenta su escrito titulado **“DEGLUCIÓN ATÍPICA: UNA REVISIÓN”**. Estudio retrospectivo de revisión bibliográfica sobre deglución atípica o infantil, cuyo propósito fue realizar una puesta al día sobre su etiología, secuelas, diagnóstico y tratamiento a partir de la literatura publicada en los últimos 20 años. De dicha indagación, se concluye que la deglución atípica es un hábito relativamente frecuente en la población infantil, que cursa preferentemente como interposición lingual, objetivable a la evaluación clínica fonoaudiológica cuyo tratamiento va a depender de la edad, características del paciente y consecuencias asociadas, con la intervención de un equipo interdisciplinario que garantice

la rehabilitación del paciente.

Francisca Mendoza y Flor Cortez, desarrollan su artículo de revisión titulado **“LA SALUD PSICOSOCIAL EN OPERADORES DEL TRANSPORTE PÚBLICO EN PANAMÁ”**, en el cual plantean los aspectos característicos de este entorno laboral frente a los riesgos psicosociales y las consecuencias de problemas interpersonales, en el ámbito laboral, social y familiar, los cuales están presentes, pasan desapercibidos y casi no se le presta la debida atención. Conocer los riesgos psicosociales a los que están expuestos los operadores de transporte público, ayuda a determinar ¿Qué tipo de intervención es factible para contribuir a prevenir y mitigar los riesgos psicosociales en conductores de vehículo de pasajeros en una empresa, con jornadas mixtas y horarios?

Por su parte, Doralis Ureña y Mayte Mejía, en su artículo de revisión sobre la **“CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA: UNA VISIÓN DE ALTO NIVEL EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA”**, sistematizan la evidencia sobre los niveles de eficacia de la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca. Se hace énfasis en la importancia del papel del profesional de enfermería en el cuidado, recuperación, así como en el seguimiento, que se le brinda al paciente a su egreso, resaltando caracteres como: autocuidado y empoderamiento del paciente y su enfermedad, detección oportuna y el conocimiento de sus síntomas lo que evitará un reingreso hospitalario, adherencia terapéutica adecuada, práctica de estilos de vida saludable enfocándose en un descanso - sueño, dieta y actividad física.

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD”** es el artículo de revisión que presentan Muriel De León y Marisín Ábrego, en el cual se reflexiona sobre la calidad de la atención en los servicios de salud y cómo la satisfacción de los usuarios ha constituido un problema difícil de abordar, debido a los diferentes elementos que la constituyen: calidad para el paciente, calidad administrativa (Institucional) y calidad profesional. El propósito fue identificar los factores que influyen en satisfacción de los usuarios en los servicios de salud. Entre las conclusiones destaca la satisfacción de las personas usuarias está compuesta por múltiples factores, entre estos se encuentran: los factores relacionados a la accesibilidad al personal (sanitario y no sanitario), accesibilidad física y económica a las instalaciones de salud, accesibilidad a la información y uno de los factores que más insatisfacción mostró fue el tiempo de espera a citas o turno o la capacidad de respuesta de los servicios de salud hacia los usuarios

Amigos lectores, esperamos que este número sea de máximo provecho académico para todos y se conviertan en oportunidades de actualización y reflexión intelectual.



## EDITORIAL



**José Alberto Nieto**

Rector de la Universidad UMECIT, Panamá  
[rectoria@umecit.edu.pa](mailto:rectoria@umecit.edu.pa)

Nos complace poder ofrecer nuevamente a nuestros lectores, una edición de la revista de ciencias de la salud, SALUTA.

La pandemia ha impactado en todas las áreas y el sector salud lo ha experimentado de forma especial. Profesionales dedicados día y noche en los centros de investigación, buscando soluciones a esta crisis de salud mundial y hoy; ya se muestran importantes avances.

El mundo cambió drásticamente y estos vertiginosos cambios, tocaron de forma importante la educación. No fuimos la excepción y es imperante ante la nueva normalidad, asumir los retos y transitar distintos y nuevos caminos.

Hemos aprendido a valorar la importancia de la investigación, su impacto y su utilidad frente a las realidades y problemas, en esta área de la salud y todas aquellas que se enfocan en la búsqueda de calidad de vida del ser humano. Es necesario seguir fortaleciendo desde los espacios universitarios, la formación en salud y con ella, el interés por aportar desde el ejercicio investigativo, tal como lo plantea, el modelo educativo curricular Ciberhumanista de nuestra casa de estudios.

En UMECIT tenemos una oferta académica que se proyecta fortalecida y ampliada, en el mediano plazo en el área de salud. Nuestro compromiso sigue siendo aportarle al mundo profesionales de calidad, capaces de enfrentar los desafíos actuales y crecer en esa área, lo cual nos motiva y nos reta. Repensamos permanentemente nuestra oferta educativa en el marco de un escenario productivo post pandemia, que aporte en el camino hacia una transformación con visión de futuro.

Los diversos actores que hacen vida en los espacios académicos deben asumir igualmente su rol. La clave es trabajar colectivamente, escuchar las voces de los estudiantes y aunado a esto, rescatar y resignificar el rol del docente. Los primeros, asumir un papel más activo e independiente en su proceso de aprendizaje, demostrando su capacidad de aprender fuera del aula y aprovechar diferentes recursos tecnológicos para incrementar su nivel de conocimiento desde la autogestión. El docente, aportando herramientas al estudiante en su papel de guía y facilitador, empoderando al estudiante, e invitándolo a explorar nuevas áreas del conocimiento.

La Sociedad Internacional de Tecnología en Educación (STE) plante en ese sentido, que el docente debe enfocarse en esta nueva era, en la motivación del estudiante, su compromiso socioemocional, la comunicación asertiva y la fluidez digital.

Pensar en el hecho educativo como una simple transmisión de conocimientos ya no es opción, dadas las consecuencias a nivel personal que nos ha traído la pandemia y donde el aporte de la educación a través del docente definitivamente se ha transformado. Se trata de explorar y descubrir nuevas formas en la transmisión y adquisición de conocimiento, apoyados en las transformaciones tecnológicas que nos ofrece esta era digital.

Hoy este número de la revista, nos muestra diversas realidades desde las cuales el COVID 19 ha impactado. La investigación y la publicación en el campo de la salud es fundamental y mantendremos abierta esta ventana de divulgación científica.

Esperamos que disfruten el número.

## LA SALUD PSICOSOCIAL EN OPERADORES DEL TRANSPORTE PÚBLICO EN PANAMÁ



**Francisca Mendoza R.\***

Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario, Panamá  
francisca1962@gmail.com



**Flor María Cortez Rivera\*\***

Ministerio de Ambiente, Panamá  
fcortez485@gmail.com

**DOI:** 10.37594/saluta.v1i2.584

Fecha de recepción: 18/07/2020

Fecha de revisión: 19/07/2020

Fecha de aceptación: 24/08/2020

### RESUMEN

Los Operadores de transporte público en general son hombres que desempeñan una labor que ha sido considerada de baja calificación técnica. Esta labor está caracterizado por la ejecución simultánea de tareas, frecuencia de recorrido, exposición al ruido, a la vibración, densidad del tráfico, continuas paradas del vehículo, escaso tiempo para la alimentación, sedentarismo, obesidad y estrés entre otros. En este entorno laboral los riesgos Psicosociales y su consecuencia de problemas interpersonales, en el ámbito laboral, social y familiar, están presentes, pasan desapercibidos y casi no se le presta la debida atención. Conocer los riesgos Psicosociales a los que están expuestos los operadores de Transporte Publico ayuda a determinar ¿Qué tipo de intervención es factible para contribuir a prevenir y mitigar los riesgos psicosociales en conductores de vehículo de pasajeros en una empresa, con jornadas mixtas y horarios?

**Palabras clave:** Salud Laboral, Riesgos Laborales, Riesgos Psicosociales, Transporte

---

\* Trabajadora Social de Profesión

\*\* Trabajadora Social de Profesión

## PSYCHOSOCIAL HEALTH IN PUBLIC TRANSPORTATION OPERATORS IN PANAMA

### ABSTRACT

Public transport operators in general are men who carry out a job that has been considered of low technical qualification. This work is characterized by the simultaneous execution of task, frequency of travel, exposure to noise, vibration, traffic density, continuous stops of the vehicle, little time for feeding, sedentary lifestyle, obesity and stress among others. In this work environment, Psychosocial risks and their consequence of interpersonal problems, in the work, social and family environment, are present, go unnoticed and are hardly give due attention. Knowing the psychosocial risks to which Public Transport operators are exposed helps to determine what type of intervention is feasible to help prevent and mitigate psychosocial risks in drivers of passenger vehicles in a company, with mixed days and schedules?

**Keywords:** Occupational Health, Occupational Risks, Psychosocial Risk, Transportation.

### INTRODUCCIÓN

Estar al volante de un vehículo se requiere de un alto nivel de concentración y responsabilidad, situación percibida por los trabajadores encargados de transportar a la población de un lugar hacia otro destino, ya sea de tipo personal, recreacional, turístico o laboral.

En Panamá el transporte público representa uno de los principales medios para trasladar a la población. Los trabajadores de la locomoción colectiva, constituyen un grupo que va en aumento y que está expuesto a nuevas exigencias derivadas del desarrollo productivo del país y las progresivas mejoras en el sistema de transporte público.

Este Trabajo de Investigación tiene el propósito de indagar e identificar las desencadenantes sobre el tema de los Riesgos Psicosociales y sus afectaciones en los trabajadores de este rubro en Panamá. La gran mayoría de los conductores profesionales se convierten en fuertes candidatos para el desarrollo de enfermedades, en la mayoría de los casos les cuesta mantener hábitos saludables y horarios de alimentación flexibles, adaptarse a esta condición en el área de trabajo es un riesgos que ocasiona daño directo o progresivo a la salud. Adquirir una enfermedad o una lesión por accidente se relaciona a condiciones inseguras de trabajo, que dan origen al riesgo clasificado como factor técnico organizacional y de conducta humana (1). Diversas investigaciones han respaldado que los trabajadores del sector transporte están expuestos a riesgos psicosociales, tales como episodios de violencia,

turnos extensos, exigencias excesivas y condiciones irregulares de remuneración, entre otros, encontrándose que dichos riesgos tienen directa relación con el deterioro de la salud de los trabajadores, quienes presentan mayor prevalencia de enfermedades laborales, como trastornos del sueño, problemas cardiovasculares, problemas musculoesqueléticos, fatiga, sintomatología ansiosa depresiva (2)

## **MATERIALES Y METODOS**

La descripción de los riesgos a los que se enfrenta un profesional del transporte público se fundamenta en dos fuentes:

Investigaciones escritas desarrolladas en otros países, comprendidas desde el año 2015 a la fecha. La otra fuente de información es la revisión bibliográfica narrativa de artículos científicos de periódicos nacionales y de diversas revistas enfocadas en una medición cualitativa de la existencia y predominancia de los riesgos en la salud, la calidad de vida y los factores psicosociales que resultan de la actividad propia de los conductores del transporte público. Los operadores de vehículos del transporte colectivo, además de los factores psicosociales, se exponen a riesgo laboral físico y ergonómico. Este riesgo laboral está relacionado con estímulos inadecuados al aparato esquelético y muscular, por malas posturas, movimientos repetitivos de alto impacto, manipulación de carga y aplicación de fuerzas al trabajo, que se traduce como riesgos ergonómicos.

## **RESULTADO**

Los conductores de vehículos del transporte son un grupo especial quienes, además, por el trabajo que desempeñan pueden causar daños a terceros. Este trabajo presenta algunas desencadenantes del estrés y un plan de manejo de estos, e identifica las principales causas externas que generan Problemas Psicosociales, en función a la labor del conductor de transporte público. Dentro de los antecedentes correspondientes a esta población del transporte especial, se encuentra el sector conformado por 3 modalidades de transporte (escolar, empresarial y público) haciendo énfasis investigativo en el transporte público.

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT), los factores de riesgos psicosociales son aquellas características de las condiciones de trabajo que afectan a la salud de las personas, estos factores de riesgos continúan permaneciendo “*invisibles*” o como mucho, en segundo lugar, ante los intereses de los empresarios; e incluso ante los trabajadores y las trabajadoras afectados/as, debido a la falta de formación preventiva (3). En los últimos años, los factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo han ido adquiriendo cada vez más relevancia por las evidencias encontradas en la relación entre los riesgos psicosociales en el trabajo y el incremento de procesos mórbidos en los trabajadores.

## **Autobuses**

En Panamá el principal medio de transporte público son los autobuses, diariamente unos 800 mil panameños utilizan este medio, tanto dentro de la ciudad, como hacia el interior del país. La terminal central de autobuses, conocida como Gran Terminal Nacional de Transporte, se encuentra en Albrook, próximo al Aeropuerto Marcos A. Gelabert y del centro comercial Albrook Mall. Desde allí parten rutas interurbanas, interprovinciales e incluso rutas internacionales hacia América Central.

La empresa Mi Bus constituye el transporte masivo de la operación del servicio público metropolitano en la ciudad de Panamá y el distrito de San Miguelito con una flota de 1,436 buses y más de 4,600 colaboradores. cuenta con más de 3,090 operadores, profesionales del volante en las diversas rutas de la ciudad capitalina, que están calificados y encargados, para llevar a su hogar o transportar de manera segura y confiable a los usuarios de la comuna capitalina y el Metro de Panamá, estos ha sido fuertemente criticado a pesar de diferentes estrategias que han utilizado desde su ingreso al país; por el mal servicio ofrecido por el Metro Bus y la poca frecuencia de estos al servicio de la población usuaria. Tanto pasajeros como hasta los propios conductores sufren por el problema del transporte en Panamá. Esto puede hacer que se expongan a muchos riesgos psicosociales que afectan la salud o la calidad de vida, la labor de manera efectiva y tiende a aumentar las probabilidades de protagonizar accidentes de tránsito, sentimientos de desesperación, ansiedad, estrés, frustración y trauma, calificados por los sociólogos como graves.

Panamá como País, aún no se cuenta con una ley específica para normar el estrés laboral, la aplicable en este ámbito es Decreto Ejecutivo N° 2; Resolución N° 45,588- 2011. Esto al igual que en otros países debe ser un tema de Estado ya que a medida que los países avanzan en crecimiento humano, económico y tecnología, hace que la población cambie sus estilos de vida y salud. La mayoría de los estudios analizados relacionados con los riesgos laborales asociados al estrés, se han realizado en el área hospitalaria. Pocos corresponden al área de atención primaria y la mayoría de ellos son internacionales, siendo escasa la evidencia nacional.

## **DISCUSIÓN**

¿Como afectan los Riesgos Psicosociales a los conductores de transporte público o urbano?

Para explicar el riesgo Psicosociales de los conductores de transporte público o urbano se toma consideración correlatos en la cultura organizacional, Investigadores como Sowby con su artículo *“Radiation and Other Risks (Sowby 1965) y Starr con “Social Benefit versus Technological Risk” (Starr 1969)* fueron quienes abrieron la controversia sobre la temática

en cuestión, siendo este último quien impulsara el debate –aún vigente– sobre el riesgo, con la interrogante: ¿Qué está dispuesta a pagar nuestra sociedad por la seguridad? (4), respecto al estudio del riesgo tienen un incremento exponencial, pasando éste a ocupar un lugar privilegiado no sólo en el debate académico y en la literatura especializada sino, también, en diversos ámbitos de aplicación, donde los riesgos asociados a los procesos de toma de decisiones juegan un rol fundamental (ej. Las ciencias políticas, la gestión, los negocios, la seguridad industrial, la seguridad personal, el desarrollo social y la gerencia social).

### **DIFERENCIA RIESGOS O FACTORES PSICOSOCIALES**

Actualmente hay varias maneras de referirse a los factores psicosociales y su relación con la salud de los trabajadores como factores psicosociales, riesgos psicosociales o factores psicosociales de riesgo o de estrés. Estos conceptos se aproximan, pero son distintos. Los factores psicosociales están relacionados con la organización, la dirección y el diseño del trabajo que pueden afectar notablemente tanto a la capacidad, a los recursos y a la salud de los trabajadores. Actualmente el término de riesgo psicosocial ha recibido mucha importancia dirigido especialmente a la salud de los trabajadores tanto física, psíquica o socialmente.

Una de las grandes diferencias que hay entre los riesgos y los factores psicosociales, es que las consecuencias que pueden ocasionar los riesgos psicosociales son mayores como el estrés, el burnout, el acoso laboral y sexual, la violencia. Por lo que, los factores psicosociales pueden provocar daño, aunque en menor nivel que los riesgos psicosociales. Por tanto, los riesgos psicosociales son hechos o estados que perjudican la salud de los trabajadores, no son condiciones organizacionales que, en cambio, sí lo son los factores psicosociales.(5)

Además, también los riesgos psicosociales, el estrés relacionado con el trabajo y las enfermedades no transmisibles preocupan cada vez más a gran número de trabajadores de todo el mundo. Al mismo tiempo, muchos trabajadores siguen haciendo frente a riesgos persistentes para la seguridad y la salud relacionados con el trabajo y es importante no pasarlos por alto cuando miramos hacia el futuro. Es un imperativo global que estos desafíos a los que se afronta la Ciencia de la Salud Ocupacional se aborden con estrategias de prevención efectivas. Con todo, lograr una prevención efectiva sigue siendo un desafío importante en el tratamiento de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a nivel mundial.

Los riesgos psicosociales, el estrés relacionado con el trabajo y las enfermedades no transmisibles preocupan cada vez más a gran número de trabajadores de todo el mundo. Al mismo tiempo, muchos trabajadores siguen haciendo frente a riesgos persistentes en el ambiente laboral que atentan en contra de la seguridad y la salud de los trabajadores y es muy importante no pasarlos por alto cuando miramos hacia el futuro. El desarrollo del trabajo



decente en el mundo implica mejorar las condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo, cometido que dignifica la actividad laboral de las y los trabajadores. El mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, es una estrategia importante, no sólo para garantizar el bienestar de los trabajadores, sino también, para contribuir a la productividad de las empresas.(6)

Los factores psicosociales son aquellas condiciones del trabajo y también de su organización, que pueden llegar a afectar la salud del colaborador dentro de la empresa, por medio psicológico como fisiológico y a lo que también se le conoce como estrés.

En la literatura producto de otros estudios, existe evidencia y predominio de jornadas laborales extensas, como patrón predominante en esta agrupación laboral que durante horas deben permanecer sentados y atentos a las vías de circulación, semáforos y peatones sin realizar paradas para realizar ejercicios de estiramientos u otros que les ayuden a desestresarse.

La percepción de los conductores es que la silla del vehículo es muy cómoda, y esto se puede deber a el reemplazo periódico de la flota vehicular y es que esta es la práctica en la última década por parte de los propietarios y corporaciones nacionales e internacionales.

No obstante, la mayoría de los conductores reconocen la presencia de dolor lumbar como secuela de las malas posturas, lo cual puede ser el resultado de periodos extensos de la faena, sin los debidos descansos y las pausas activas requeridas para este tipo de trabajo. En investigación realizada las condiciones laborales y de salubridad de los conductores de transporte público individual de pasajeros tipo taxi de la ciudad de Bucaramanga; los factores de riesgo de tipo biomecánico que fueron identificados requieren de intervenciones por parte de la Administración de Riegos Laborales (ARL), debido al nivel de exposición. Estos planes deberían incluir intervenciones comportamentales, educación y pausas activas para reducir la generación de síntomas de desórdenes musculo esqueléticos (7).

### **¿Qué son los factores y los riesgos psicosociales?**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) - Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que *“los factores psicosociales en el trabajo consisten en las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por un lado, y por otro, las capacidades de los trabajadores, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo ello, a través de las percepciones y experiencias, puede influir en la salud y en rendimiento y la satisfacción en el trabajo”*. Por otra parte, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo define los riesgos psicosociales como: *“los aspectos de diseño, organización y gestión del trabajo, así como*



*del contexto social y medioambiental que pueden causar un daño psicológico, social o físico en el trabajador". (8)*

### **Panamá**

El riesgo laboral es una condición adoptada por las personas en el área laboral, que puede llegar a ocasionar daños directos o progresivos a la salud y la probabilidad de adquirir una lesión por accidente o una enfermedad por motivos de trabajo. Así mismo, se relaciona con condiciones de trabajo inseguras, que dan origen a riesgos y están calificados como factores técnicos, organizacionales y de conducta humana (9).

Dentro de los riesgos laborales identificados en taxistas y previo a observación y análisis de los mismos, se muestran los relacionados con factores físicos y psicosociales, responsables de las conductas laborales y de los estados de salud de los transportadores, quienes dadas las características de la labor tienen mayores factores de riesgo que otros grupos colectivos.

Al momento de legislar sobre esta materia, los que crean leyes solo se enfocan solamente en la parte técnica de un operador o conductor de vehículo en cual lo enuncian en su Ley QUE ESTABLECE NORMAS GENERALES PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS DE CONDUCIR VEHICULOS Y DICTA OTRAS DISPOSICIONES y en su exposición señalan que se debe tener siempre en cuenta que un vehículo es un arma en potencia, lo cual recae aún más en aquellas personas, es decir, al operador que se dedican al transporte público de pasajeros, quienes deben velar por las vidas que transportan a sus hogares, trabajos y distintos destinos. Es decir, la legislación es solo para requisitos en el manejo de transporte, con el fin de tratar de asegurar que los mismos sean personas experimentadas que tengan el conocimiento y la destreza necesaria para maniobrar los vehículos que nosotros, como Estado, le hemos permitido y así procurar unas vías públicas más seguras.

El tema de la seguridad vial no es algo que llama la atención solamente en Panamá, por ejemplo, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud en el año 2016, emitió un informe de Seguridad Vial para la Región de América, en donde se recomienda a los países implementar políticas tendientes a disminuir las altas tasas de accidentes de tránsito y mejorar el comportamiento de sus usuarios, sin embargo, no se encuentra nada que legisle en tema de Riesgos Psicosociales para los trabajadores de este rubro en Panamá.

### **Regulación de Riesgos psicosociales**

En términos generales, se puede afirmar que las referencias legales halladas dentro del ordenamiento jurídico de Panamá y relativas a los riesgos psicosociales son prácticamente

inexistentes.

Cabe destacar que no existe regulación o disposición legal específica en cuanto a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores frente a los riesgos psicosociales en el ambiente laboral. Además, tampoco ha existido por el momento incorporación alguna de una dolencia de origen psicosocial dentro del listado de enfermedades profesionales en el país.

Dentro de las obligaciones atribuibles al empresario y contenidas en el Código de Trabajo de Panamá de 1972, existen algunas disposiciones que pueden hacer referencia a los riesgos psicosociales y que a continuación se exponen:

Artículo 182 (obligaciones)

- Artículo 182.1: *“Darle ocupación al trabajador conforme a las condiciones convenidas”*
- Artículo 182.3: *“Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrucciones y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, los cuales serán de buena calidad e idóneos para el trabajo y los repondrá tan pronto como dejen de ser eficientes”*.
- Artículo 182.6: *“Guardar a los trabajadores la debida consideración, absteniéndose de maltratarlos de palabra o de obra y de cometer en su contra actos que pudieran atentar contra su dignidad”*.
- Artículo 138 (prohibiciones)
- Artículo 138.10: *“Ejecutar cualquier acto que restrinja los derechos del trabajador”*
- Artículo 138.12: *“Establecer listas negras, índices o prácticas que puedan restringir las posibilidades de colocación a los trabajadores o afectar su reputación.”*
- Artículo 138.13: *“Exigir la realización de trabajos que pongan en peligro la salud o vida de los trabajadores”*
- Artículo 138.15: *“Realizar actos de acoso sexual”*

### **Transporte Publico**

El caos vehicular es uno de los principales problemas de la ciudad capital, San Miguelito y Panamá Oeste. Es una deuda con la población, pero que está muy lejos de corregirse y que va más allá del estrés y las incomodidades que esta situación ocasiona. Varios estudios de la Cepal indican que el caos y el desorden en las ciudades como Panamá afectan la salud mental de las personas, ocasionando situaciones que elevan los niveles de ansiedad y estrés.

De acuerdo con un estudio del Banco Mundial sobre la movilidad urbana en la capital, los principales cuellos de botella del transporte público tienen correlación con los siguientes aspectos: Panamá es uno de los países más urbanizados de Centro América; la expansión

espacial hacia la periferia y los desarrollos de extrema densidad puntual en zonas céntricas dificultan la provisión de servicios urbanos; la ciudad viene sufriendo de un alto crecimiento de la motorización; Panamá presenta altos niveles de congestión vehicular a lo largo de los corredores principales, tanto longitudinales como transversales, con velocidades vehiculares medias en la hora pico de la mañana de 18 km/h y en hora pico de la tarde de 16 km/h (10).

Estudios realizados revelan los altos índices de estrés laboral en operadores de Transporte Público o Urbano y se han asociados a tensión, fatiga y carga mental, los cuales han sido demostrados a través de respuesta neuroendocrinas con elevados niveles de cortisol; también se ha auto reportado estrés de transportistas, a un mayor consumo o del alcohol.

Estudios realizados revelan que los conductores de transporte urbano tienen un perfil diferente al resto de los conductores, más de 2 años con licencia de conducir vigente, mínimo estudios de primer ciclo culminados, disponibilidad de turnos rotativos, buen historial de tránsito ya que estos trabajadores en general soportan cargas globales físicas y mentales más alta que el resto de la población conductora 25 años en adelante.

Estos riesgos no solamente perturban al conductor, sino también a su familia y los que se encuentran a su alrededor afectándolos en lo social, laboral y la convivencia pudiendo aumentar la agresividad y la violencia.

Entre los riesgos psicosociales que pueden causar afectaciones a los conductores de transporte público de la empresa Mi Bus se pueden señalar:

- Los riesgos físicos ruido, temperatura, vibración, iluminación y radiaciones.
- Los riesgos ergonómicos posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, y sobre esfuerzo.
- Los riesgos químicos vapor, humo, neblina, gases y polvos.
- Los riesgos biológicos hongos, bacterias y virus.

Se ha podido determinar que los conductores de servicio público tienden a tener una mayor posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares con respecto a otros profesionales que se desempeñan en áreas diferentes con la misma edad. En Panamá la mayor demanda de atención de salud es asignado al tratamiento de enfermedades crónicas, pero muy poco intervienen en prevención primaria y secundaria lo que lógicamente conlleva a que el estado invierta en elevados gastos en la atención (11). La literatura de Panamá, no contempla documentos que recojan de manera integral los aspectos relacionados con la situación laboral y de salud de la población trabajadora.

Con respecto a los lugares que recopilan información que puede ser valiosa para el

análisis de esta temática se, incluyen principalmente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Contraloría General de la República, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral. Sin embargo, esta información no se consolida en un documento que periódicamente permita disponer de las estadísticas de la situación de los riesgos del trabajo en la población panameña.

Lista de Enfermedades Profesionales, reconocidas en Panamá, y comentarios del artículo 18 del Reglamento de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social:

1. Enfermedades causadas por Polvos Vegetales: a. Bisinosis, b. Bagazosis, c. Tabacosis
2. Enfermedades causadas por polvos minerales: a. Silicosis, b. Asbestosis, c. Antracosis, d. Estanosis, e. Calicosis.
3. Intoxicaciones Crónicas o Enfermedades causadas por compuestos químicos, orgánicos e inorgánicos.
4. Intoxicaciones crónicas causadas por metales y 24 sus aleaciones. a. Saturnismo, b. Manganismo, c. Enfermedades e Intoxicaciones causadas por otros halógenos.
5. Intoxicaciones Crónicas y enfermedades causadas por halógenos metaloides y sus compuestos: a. Colorismo, b. Yodismo, c. Arsenicismo, d. Fosforoso, d. Sulfo-carbonismo, e. Sulfurismo.
6. Intoxicaciones Crónicas o enfermedades causadas por compuestos inorgánicos de oxígeno, hidrógeno y carbono.
7. Enfermedades causadas por agentes físicos: a. Enfermedades producidas por vibración o herramientas neumáticas, de rotación o percusión; b. Enfermedades causadas por fricción, presión o movimientos repetitivos; c. Sordera producida por ruidos continuos o intermitentes de alta intensidad; d. Conjuntivitis actínica y catarata calórica causada por exposición a los rayos ultravioletas o infrarrojos; e. Radiodermatitis en trabajadores expuestos a radiación.
8. Enfermedades causadas por agentes biológicos: a. Tuberculosis en médicos, enfermeras, laboratoristas, clínicos, auxiliares y demás personal que, por causa u ocasión de su trabajo, adquieran el contagio directo de los enfermos o indirectamente por materiales contaminados; b. Ántrax, en veterinarios, matarifes, carniceros, cuidadores de ganado, curtidores o cualesquiera otros trabajadores que manejan lana, pieles, cuero o cualquier otro material animal contaminado; c. Brucelosis en veterinarios, cuidadores de ganado y ordeñadores; d. Hidrofobia (rabia) en veterinarios, laboratoristas y cuidadores de perros.
9. Enfermedades de la piel, de origen profesional debidamente comprobado.
10. Toda otra enfermedad intoxicación, lesión orgánica o alteración funcional producida directamente por cualquier agente físico, químico o biológico y cuyo

origen profesional sea debidamente calificado por el Departamento Médico Legal de la Caja de Seguro Social. (12)

El listado anterior enuncia las enfermedades reconocidas, no así las enfermedades mentales que surgen a consecuencia de factores Psicosociales y que afecten la calidad de vida de los trabajadores del transporte público y se observa que relacionan todas las enfermedades causadas por otros agentes físicos, químicos o biológicos.

Los conductores de transporte selectivo están sometidos a una serie de riesgos laborales por la índole de su trabajo. Muchos de estos riesgos van ligados a la pobre conciencia que los propios conductores muestran al respecto. Y es que en su inmensa mayoría desconocen la importancia de conservar buenos hábitos de higiene, postura, alimentación y demás, que por ende hacen esperados los riesgos en mención. (13).

Otro factor que afecta a la población trabajadora de transporte público es la obesidad y esta es una tendencia marcada durante la última década en países europeos, esto se ha incrementado y este problema conlleva a otras enfermedades como las cardiovasculares.

Diversos estudios epidemiológicos muestran que los operadores de vehículos de transporte público, tienen riesgos de salud superiores a los experimentados por otros grupos de población.

¿Existen grupos específicos de la población activa con riesgo de sufrir problemas de salud mental?

La respuesta a esta pregunta no es sencilla, pues apenas existen sistemas de vigilancia internacionales o nacionales que permiten identificar los factores de riesgo, las consecuencias para la salud mental o los grupos de riesgo.

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Al mismo tiempo, en algunos países se dispone de datos sobre resultados de salud mental en relación con grupos profesionales. Los que parecen especialmente propensos a abandonar por motivos de salud mental en los Países Bajos pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros, así como los empleados de la limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte (14).

Todo lo que se describe en las lecturas sobre los problemas de salud mental tradicionales hay que sumar aquellos Riesgos Psicosociales y su gestión dentro de los ambientes laborales

en el último año y medio debido a la aparición de la COVID-19, que ha acrecentado las enfermedades relacionadas con el estrés, tales como trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de adaptación, reacciones a estrés grave, hipertensión arterial secundaria, infarto agudo de miocardio y úlceras, entre otras.

La Lcda. Iliana Avecilla, jefa del Área de Psicólogos Ocupacionales a nivel nacional, explica el aumento los casos de las enfermedades relacionadas al estrés desde la aparición de la pandemia.

La COVID-19 se puede catalogar como uno de los nuevos riesgos psicosociales, y el estrés laboral que provoca se encuentra entre los problemas que más dificultades plantean en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo, afectan de manera notable a la salud de las personas, de las organizaciones y de la economía nacional, expresó Avecilla (15).

Esta situación no es diferente en los países latinoamericanos como Panamá, apenas existen sistemas o programas de vigilancia que se dediquen a la identificación y prevención especialmente en salud mental que se da en los trabajadores del transporte público o población trabajadora en general. Y por la importancia de investigaciones científicas cualitativas y cuantitativas a nivel de país, que se realicen a favor de este tema tan importante para la población trabajadora actual y generacional.

## CONCLUSIÓN

Luego de revisar los antecedentes teóricos, los procedimientos de la empresa Mi Bus y para recabar información de los factores que inciden en los operadores de la empresa mi bus, se concluye que los factores tanto intrínsecos y extrínsecos tienen un protagonismo en las causas de los riesgos psicosociales a que están expuestos los operadores de este rubro.

En este caso de acuerdo con la búsqueda realizada se establece que el estrés, fatiga o cansancio por las jornadas laborales son causa principal de riesgos en enfermedades Psicosociales en Operadores de Transporte Publico, por ello es necesario insistir que se le otorgue un descanso al operador y no sobre cargarlo de trabajo.

Es importante hacer un alto e implementar las pausas activas las cuales son actividades fundamentales que sirven no solo para hacer dinamismo al cuerpo sino a la mente, porque hacer un freno en la jornada es saludable y permite tomar energías para continuar con las tareas.

Otros padecimientos son fatiga visual, que se presenta con síntomas como ojos

rojos, ardor y cansancio. Surge por la continua lectura de documentos o computadores sin protectores visuales o con bajos niveles de iluminación. El estar concentrado en el trabajo puede hacer que el trabajador comience a pestañear cada vez menos, lo que produce, a su vez, dolor de cabeza y malestar. Esta molestia puede ser disminuida con pausas regulares durante la jornada laboral.

Se recomienda asumir la iniciativa del autocuidado y ser consciente de la importancia de la salud en el trabajo, tener cinco minutos de pausa por cada hora laborada y seguir los ejercicios recomendados por los asesores y guías de las empresas.

Los expertos recomiendan a los empresarios iniciar los modelos de gestión y buscar profesionales expertos en fisioterapia, medicina, enfermería y otros ramos especializados en salud ocupacional, quienes pueden apoyar desde el conocimiento en la elaboración de diagnósticos certeros, planes y programas de vigilancia epidemiológica seguros.

Panamá no cuenta con una ley específica para normar el estrés laboral, sin embargo, es aplicable en este ámbito el Decreto Ejecutivo N° 2; Resolución N° 45,588- 2011; que al igual que en otros países debe ser un tema de Estado, lo cual ayuda a la población en los cambios de estilos de vida y salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (8) Blog Tunosdiferencias (2020), Disponible en: <https://tunosdiferencias.wordpress.com/2020/01/23/que-son-los-factores-y-los-riesgos-psicosociales/>.
- (6) Cáceres Ortiz, S. (2020). Caracterización del estado de salud en trabajadores de Planta Térmica ENEL, Managua, Nicaragua, Abril-Mayo 2019 (Doctoral dissertation, CIES UNAN Managua).
- (4) Calzaretta, A. V., Valenzuela, L. V., & Sepúlveda, F. M. (2010). El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. *Ciencia & Trabajo*, 12(35).
- (15) Cuero, C. (2016). Situación de la atención de la salud en Panamá y América Latina observada desde diferentes perspectivas en cuanto a patologías clínicas. *Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X*.
- (7) Logo, P. I. La Ergonomía factor clave de la prevención en el trabajo.
- (3) Marín Vega, J. E., & Llanquecha Cortez, H. N. (2018). Factores de riesgos psicosociales de los conductores de una empresa de transporte, 2018
- (13) Muñoz, S. A. B. (2017). Riesgo cardiovascular y factores ocupacionales en los conductores de transporte público en Bogotá. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 7(2), 61-67.



- (5) Piriz Saiz, S. (2018). Los riesgos psicosociales en los conductores de transporte público.
- (9) Rueda, L. B., & Rojas, A. G. (2016). Condiciones Laborales y de Salud en Conductores de Transporte Público Individual de Pasajeros. Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X.
- (11) Ruiz M. Patricia C. (2019), MOVILIDAD URBANA El desorden del transporte colectivo |02 mar 2019 - 12:00 AM
- (12) Reglamento General de Prevención de Riesgos Profesionales y Seguridad e Higiene del Trabajo.
- (2) Salud de los Trabajadores, vol. 23, núm. 2, pp. 105-114, 2015; Riesgos Psicosociales en Conductores de Transporte de Carga y Pasajeros Urbanos e Interurbanos, y su Asociación con la Autopercepción de Salud y Siniestralidad Laboral).
- (1) (10) Sinisterra, L. G. L., & Ortega, A. C. (2019). Percepción de riesgo laboral del personal de salud en la Región Metropolitana de Salud. Panamá. Revista Médica de Panamá-ISSN 2412-642X, 39(3).
- (14) Vinda, P., Acosta, H., Alpírez, M., Ureña, K., & Gordón, C. (2013). Perfil de salud ocupacional Panamá.

#### **Otras referencias Bibliográficas**

1. Resolución No. 45,588-2011-JD: Reglamento General de Prevención de Riesgos Profesionales y de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
2. Sistemas Jurídicos (2016). Código de Trabajo de la República de Panamá, 2016. Panamá, Panamá: Sistemas Jurídicos.
3. [https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG\\_LEGIS/PDF\\_SEG/PDF\\_SEG\\_2010/PDF\\_SEG\\_2019/2019\\_P\\_119.pdf](https://www.asamblea.gob.pa/APPS/SEG_LEGIS/PDF_SEG/PDF_SEG_2010/PDF_SEG_2019/2019_P_119.pdf)
4. <https://www.mibus.com.pa/blog-post/como-se-capacita-un-operador-el-rostro-de-mibus/>
5. [https://www.prensa.com/opinion/desorden-transportecolectivo\\_0\\_5248725155.html](https://www.prensa.com/opinion/desorden-transportecolectivo_0_5248725155.html).
6. [https://www.ilo.org/wcms6p5/g6roups/public/---dgreports/dcomm/d6ocuments/publication/wcms\\_686762.pdf](https://www.ilo.org/wcms6p5/g6roups/public/---dgreports/dcomm/d6ocuments/publication/wcms_686762.pdf)
7. <https://www.insst.es/documents/94886/161958/ap%C3%ADtulo+5.+Salud+mental>.
8. <http://prensa.css.gob.pa/2021/05/03/enfermedades-psicosociales-ligadas-al-trabajo/>



## DEGLUCIÓN ATÍPICA: UNA REVISIÓN



**Ramiro Campos\***

Universidad UMECIT, Panamá

ramirocampos.doc@umecit.edu.pa

**DOI:** 10.37594/saluta.v1i2.586

Fecha de recepción: 08/04/2020

Fecha de revisión: 09/05/2020

Fecha de aceptación: 24/05/2020

### RESUMEN

Estudio retrospectivo de revisión bibliográfica sobre deglución atípica o infantil, cuyo propósito fue realizar una puesta al día sobre su etiología, secuelas, diagnóstico y tratamiento a partir de la literatura publicada en los últimos 20 años. De dicha indagación, se concluye que la deglución atípica es un hábito relativamente frecuente en la población infantil, que cursa preferentemente como interposición lingual, objetivable a la evaluación clínica fonaudiológica cuyo tratamiento va a depender de la edad, características del paciente y consecuencias asociadas, con la intervención de un equipo interdisciplinario que garantice la rehabilitación del paciente.

**Palabras clave:** deglución atípica, revisión.

### ATYPICAL SWALLOWING: A REVISION

#### ABSTRACT

Retrospective study of literature review on atypical or infant swallowing, whose purpose was to update the etiology, sequelae, diagnosis and treatment from the literature published in the last 20 years. From this inquiry, it is concluded that atypical swallowing is a relatively frequent habit in children, which preferably occurs as a lingual interposition, objectivable to clinical evaluation in speech pathologist, whose treatment will depend on age, patient characteristics and associated consequences, with the intervention of an interdisciplinary team that guarantees the rehabilitation of the patient.

**Keywords:** atypical swallowing, revision

---

\*Fonaudiólogo, Master en Patología de audición y del lenguaje, especialista en neurorehabilitación Pediátrica, Doctor en Educación, master en psicopedagogía.

## **INTRODUCCIÓN**

En el ser humano, al momento de nacer, el maxilar superior se encuentra en una posición atrasada respecto a la mandíbula, a fin de asegurar la succión nutritiva durante el amamantamiento, fenómeno fisiológico conocido como deglución infantil, que persiste hasta alrededor de los 12 a 15 meses de edad para ir desapareciendo progresivamente hasta alcanzar lo que se conoce como deglución madura. Sin embargo, por diversas razones, este hábito miofuncional se mantiene en el tiempo, dando lugar a la denominada deglución atípica, trayendo como consecuencia alteraciones oclusales diversas.

Es precisamente sobre dicho tema que versa el presente artículo, enmarcado en un estudio retrospectivo con diseño revisión bibliográfica, cuyo propósito es realizar una puesta al día a partir de literatura publicada entre las últimas dos décadas sobre la deglución atípica, los factores etiológicos intervinientes, su clasificación, consecuencias, diagnóstico y alternativas de abordaje terapéutico, constituyendo por tanto un relevante aporte para la generación de nuevas evidencias sobre dicho hábito, indispensable en la praxis de la motricidad orofacial .

## **DESARROLLO**

La deglución en el neonato, se caracteriza por realizarse con los maxilares separados y la lengua posicionada en los rebordes de las encías, logrando asimismo estabilizar la mandíbula mediante la contracción de la musculatura facial y esa interposición lingual; dicho acto fisiológico, se mantiene conforme se va desarrollando la cavidad bucal, proceso durante el cual la lengua se va acomodando a ella y, posteriormente, con la erupción de los molares y el consecuente cambio en la dieta se inicia la función masticatoria alrededor de los 12 a 15 meses de edad, dando comienzo a la adopción gradual de la deglución madura, es decir, la colocación de la lengua contra el paladar duro, por detrás de los incisivos superiores, (Parra, 2013).

Así pues, a grandes rasgos, la deglución atípica es el hábito miofuncional caracterizado por la interposición lingual o labial entre las arcadas dentarias, consiguiendo un sellado anterior que permite la deglución pero que no se adecua al mecanismo fisiológico, sin la transición requerida hacia la deglución madura conforme a la secuencia natural del desarrollo estomatognático en el niño.

### **Prevalencia**

La deglución infantil se considera normal durante la fase inicial del desarrollo, pero cuando se mantiene más allá de los dos años de edad se considera atípica; según Machado y Crespo (2012), se presenta en alrededor del 25% de niños de doce años, mientras Alarcón (2013), de acuerdo a los resultados de su revisión, afecta entre 12,08% y 30, 95% de la

población infantil, mientras Low (2018), sostiene que se presenta en alrededor de 35-55% de los niños entre 3 y 5 años, “...teniendo una prevalencia de entre 5 y 15% para niños mayores y adultos” (p. 391)

De hecho, en algunos estudios de data reciente dirigidos a establecer el comportamiento de los hábitos orales, se ha constatado que el mantenimiento de la deglución infantil ocupa lugares importantes: en India, en una muestra de 500 niños preescolares, obtuvo 13,4% (Dhuli, Verma y Dutta, 2018); en Colombia, el 67% de 209 niños de 5 a 12 años de edad presentó al menos un hábito oral y de éstos, 7,65% evidenció interposición lingual (Chamorro et al., 2017), mientras en Ecuador, en un total de 118 niños con edades comprendidas entre 3 y 9 años se observó interposición lingual y labial en el orden de 9% y 5%, respectivamente (Chumi y Pinos, 2015); dichos ejemplos, demuestran que el hábito de deglución infantil es frecuente y, además variable.

### **Etiopatogenia**

Para Jiménez (2016), la permanencia de la succión infantil se atribuye a la succión sin fines nutritivos (digital, labial; uso de chupete pacificador), alimentación con biberón, hábito de respiración bucal, alteraciones anatómicas e incluso del sistema nervioso central; por su parte Alarcón (2013), menciona como otras posibles causas falta de maduración a nivel orofacial, lactancia materna ausente o por poco tiempo, presencia de frenillos linguales y/o labiales cortos, amígdalas hipertróficas o inflamadas y macroglosia.

Asimismo, Blanco y Quiróz (2013), enfatizan el rol de la alimentación blanda como factor de riesgo, en tanto Maspero, Predevello, Giannini, Galbiati y Farronato (2014), enuncian factores genéticos (alteraciones morfológicas de paladar o vías respiratorias) y disformosis hereditarias, mientras Low (2018), asocia rinitis alérgica y malformación de uno o ambos cóndilos mandibulares. No obstante, López, López y Aguilera (2015), diferencian desde el punto de vista etiológico dos tipos de deglución atípica: primaria, casi siempre relacionada con elementos conductuales y desórdenes emocionales; secundaria, vinculada a hábitos orales, uso prolongado de biberón, adenoides hipertróficas y/o postura anormal de la cabeza. Atendiendo a lo expresado, a pesar de ser si se quiere un hábito oral recurrente durante la infancia, las causas de la deglución atípica no se encuentran suficientemente claras.

### **Clasificación**

Resumiendo las ideas expuestas por Parra (2013), Valcárcel (2016) y Jiménez (2016), actualmente existe consenso en que la deglución atípica se clasifica en tres presentaciones o tipologías, a saber:

1. Con presión atípica de labio (interposición labial): La mandíbula se adelanta, pero

al deglutir, se desliza hacia atrás para ocluir, razón por la cual el labio inferior la acompaña y se ubica sobre las superficies vestibulares de los dientes antero-superiores.

2. Con presión atípica lingual: Los dientes no entran en contacto y la lengua se interpone entre los incisivos, alojándose incluso entre premolares y molares; puede presentarse como empuje lingual simple o complejo.
3. Con contracción comisural: Se observa la producción de una especie de hoyuelos en las comisuras labiales.

### **Consecuencias**

Las secuelas de la deglución atípica, de acuerdo a la literatura, se han centrado prioritariamente respecto al desarrollo oclusal; resumiendo las ideas expuestas por Jiménez (2016), se diferencian en razón de la atipicidad presente. Así, en la interposición labial se observa endognatia del maxilar a nivel de los caninos a expensas de la falta de estimulación transversal que produce la lengua contra el paladar al momento de deglutir, en tanto la pérdida de contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumentando el resalte y la sobremordida; además, como el labio superior no participa en la deglución se torna cada vez más hipotónico adquiriendo configuración de labio corto, en tanto el inferior y los músculos mentonianos se tornan hipertónicos.

Por otro lado, la interposición lingual provoca estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Reyes y Quirós (2013), destacan que el tipo 1 o interposición simple no causa ninguna deformación, pero en el tipo complejo, dependiendo de la ubicación de la lengua, las repercusiones oclusales varían; en el tipo II con presión lingual anterior, se “...*ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos*” (p. 6), trayendo como consecuencia:

- Mordida abierta anterior: la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida.
- Mordida abierta y vestibuloversión: además de interponerse entre los dientes anteriores, la lengua ejerce presión anterior, provocando que los incisivos anteriores de ambas arcadas se inclinen hacia vestibular.
- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

Ahora bien, en el tipo 3 “...*la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior*”

*e inferior*” (p. 7), resultando las siguientes deformaciones: mordida abierta lateral, debido a que la deglución se realiza con depresión de la mandíbula, estando la lengua retenida en la región de los premolares, y mordida abierta lateral en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto por ruptura del equilibrio muscular en ese cuadrante.

Asimismo, siguiendo con los autores en referencia inmediatamente anterior, la deglución atípica tipo 4 define la presión lingual anterior y lateral, siendo las alteraciones oclusales consecuentes: mordida abierta anterior y lateral, mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y/o mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

Por su parte Maspero et al. (2014), señalan de acuerdo a su revisión, que la deglución atípica no sólo es causa frecuente de mordida abierta, sino también de alteraciones esqueléticas (inclinación del plano maxilar y post-inclinación del mandibular) y problemas dentales (diastemas, protrusión de los incisivos superiores, aumento de overjet y reducción de overbite).

Al respecto, resulta de interés el reporte de Mendoza, Meléndez, Ortiz y Fernández (2014), quienes al determinar la prevalencia de maloclusiones y su asociación con hábitos bucales nocivos en una muestra de niños de 11 a 15 años, encontraron asociación significativa entre interposición lingual y mordida abierta; por su parte López, López, Osorio y Restrepo (2017), al asociar actividad y fuerza muscular con relación molar, género y rango de edad en escolares entre 7 y 12 años con y sin deglución atípica (GE y GC, respectivamente), verificaron predominio de relación molar bilateral Clase II y Clase III, así como diferencias estadísticamente significativas en la actividad muscular y fuerza de los maseteros en el GE, acentuada al aumentar la edad.

No obstante Low (2018), sostiene que si bien el empuje de la lengua se ha correlacionado con mordida cruzada posterior, mordida abierta y exceso de overjet, “...no existe suficiente evidencia para demostrar que la interposición lingual tenga la frecuencia, duración y magnitud suficiente para provocar el movimiento dental” (p. 387); en tal sentido, para el autor en cuestión los datos epidemiológicos indican que el porcentaje de personas con patrón de deglución infantil y de transición es superior a la tasa de individuos con mordida abierta, lo que a su juicio sugiere que no hay una relación simple de causa y efecto entre el empuje de la lengua y dicha alteración, advirtiendo asimismo que la deglución atípica es un comportamiento oportunista que se adapta a la maloclusión, en lugar de ser el factor causal.

Para proseguir, se encuentran los efectos nocivos de la deglución atípica en la función fonatoria; al respecto Vera, Chacón, Ulloa y Vera (2013), determinaron que los niños entre 7 y 8 años de edad con este hábito presentan problemas de lenguaje; en tal sentido se encuentra concordancia en las posturas de Bleeckx (2004), con Czlusniak, Coelho y Pinheiro (2013), al sostener que la deglución atípica puede provocar alteraciones en la emisión vocal, considerando que la cavidad bucal es un resonador que varía de tamaño e impedancia dependiendo de la posición de sus elementos y el grado de abertura/cierre; asimismo, se explica que a expensas del adelantamiento de los dientes incisivos junto a la retracción de sus homólogos inferiores, se generan dificultades en la articulación de algunos fonemas alveolares y palatales, específicamente los denominados [s], [z], [n] y [l], así como los dentales [t] y [d], a lo cual se suma el sigmatismo, es decir, la dificultad para pronunciar apropiadamente el fonema [s] y la imprecisión articulatoria.

En síntesis, a la luz de lo antes detallado, es válido afirmar que, pese a las discrepancias identificadas sobre las consecuencias de la deglución atípica, se evidencia la importancia y necesidad de nuevos estudios dirigidos a esclarecer los efectos nocivos de la deglución atípica tanto en el desarrollo del patrón oclusal; en tal sentido, se juzgan convenientes investigaciones prospectivas donde se correlacione el tipo de deglución atípica con el tiempo de persistencia del hábito, presencia de otros hábitos orales, duración de la lactancia natural, factores hereditarios o dismorfias, antecedentes sistémicos y problemas en la fonación, entre otros.

### **Diagnóstico**

Bajo el criterio de Reyes y Quiros (2012), respecto a la deglución atípica, *“Existen ciertos aspectos relativos al desarrollo en los primeros meses de vida, de gran relevancia que el profesional debe conocer para hacer un diagnóstico acertado”* (p. 5); en detalle, estos serían: a) Tipo de la alimentación recibida a partir del nacimiento, momento de inicio y finalización de cada una de ellas; b) Presencia, características, momento de aparición y finalización de hábitos de succión; c) Alimentos de preferencia del niño, forma de presentación de los mismos, ritmo y hábitos de alimentación, dificultades detectadas en la masticación, cantidad de líquido ingerido durante las comidas.

Por su parte Alarcón (2013), señala: *“La valoración del acto de deglución incluye la observación y palpación de los movimientos del paciente (...) sobre todo en la fase bucal, que es donde aparecen más tensiones y desequilibrios”* (p. 12); asimismo, la autora resalta algunos aspectos esenciales a observar en la evaluación oral del niño: posición atípica de la lengua, falta de contracción de los músculos maseteros, participación de la musculatura peribucal con presión del labio y movimientos con la cabeza, tamaño y tonicidad de la lengua,

sumando a ello la verificación en la anamnesis de datos como babeo nocturno, acumulación de saliva al hablar, dificultad para ingerir alimentos sólidos y alteraciones en la fonación.

Asimismo, en la diagnosis de la deglución infantil persistente se consideran diversos recursos imagenológicos; Machado y Crespo (2012), sugieren el análisis cefalométrico a partir de radiografía cefálica lateral a fin de precisar la posición del hueso hioides en la vía aérea, en tanto López, López y Aguilera (2015) recomiendan la electromiografía de superficie pues permite precisar la actividad de los músculos involucrados en la acción deglutoria en sus diferentes fases (oral, faríngea y esofágica), apreciación esta última avalada por Maspero et al. (2014), al señalar su capacidad para “...detectar hiperactividad de los músculos labial y mentoniano e hipotonía del músculo masetero” (p. 220). Estos mismos autores, afirman que la ecografía en tiempo real es un procedimiento eficaz para visualizar los movimientos de la lengua en los diferentes planos del espacio, en tanto la kinesiógrafa permite apreciar diferencias entre la posición oclusal habitual de la mandíbula inferior y la asumida al tragar; igualmente, consideran la cineradiografía, aunque haciendo la salvedad de su carácter invasivo debido a la radiación ionizante de la técnica.

Ante lo descrito, el diagnóstico de la deglución atípica requiere la realización de una minuciosa evaluación clínica (anamnesis, examen físico), así como la indicación de pruebas complementarias de carácter imagenológico destinadas a precisar las características de la disfunción, todo ello indispensable a los fines de planificar las intervenciones terapéuticas destinadas no sólo a eliminar el hábito sino a erradicar, o al menos minimizar, sus secuelas.

### **Tratamiento**

De acuerdo a Reyes y Quiros (2013), el tratamiento de la deglución atípica “*Consiste en la terapia miofuncional que se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje*” (p. 7); se trata, pues, de un método de reeducación, cuyos objetivos son: devolver el equilibrio muscular orofacial perdido reeducando patrones musculares, modificar el patrón deglutorio incorrecto estableciendo nuevos comportamientos e instaurar hábitos correctos de postura, respiración y deglución, así como la realización de ejercicios repetitivos con el uso de elásticos en la punta de la lengua, o en el labio y la punta de la lengua

De hecho, entre los reportes publicados sobre la materia, se destacan los hallazgos publicados por Argüello et al. (2017), quienes con el propósito de validar la necesidad de incorporar el servicio de terapia miofuncional en una clínica de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, constataron la pertinencia de su propuesta al demostrar cómo la totalidad de 68 pacientes con edad comprendida entre 4 y 17 años con diagnóstico de deglución atípica respondió favorablemente en la transición al patrón deglutorio maduro.



Ahora bien, respecto al abordaje ortodóntico, Alarcón (2013), aporta diferenciaciones basadas en el tipo de deglución atípica; así, cuando se objetiva un tipo II, es decir, presión lingual anterior, recomienda: a) colocación de aparato removible impeditor (placa de Hawley con rejilla anterior superior; b) muralla acrílica; c) Tornillo expansor mediano o resorte de Coffin; d) Dispositivo cuadrihélice (Quadhelix) o bihélice (Bihelix); asimismo, cuando se trata de una interposición tipo II con presión lingual lateral, la misma autora sugiere placa de Hawley con rejilla anterior, pero si se trata de presión lingual anterior/lateral (tipo IV), será conveniente la instauración de aparatología interceptiva, según la alteración oclusal diagnosticada.

De la misma fuente, se da a conocer que cuando se trata de una interposición labial, existe una amplia variedad de dispositivos intra y extrabucles, entre los cuales se mencionan los siguientes: placa labioactiva (Lip Bumper), escudo vestibular, placa de Hawley inferior, placa de levantamiento de mordida anterior, arco de intrusión de incisivos y arco extrabucal, indicados en razón de la alteración oclusal involucrada; en todo caso, independientemente del tipo de deglución atípica y del dispositivo ortopédico seleccionado, es indispensable la terapia miofuncional.

En tal sentido, Maspero et al. (2014), observan que la planificación de la terapia en la deglución atípica debe hacerse necesariamente en base a la presencia de otro hábito oral, la postura cefálico-postural y grado de colaboración del paciente; así pues, si el sujeto está todavía en período de crecimiento, podrá ser prioritario el enfoque miofuncional reeducativo, antes que el ortopédico, pues existen evidencias de que la mera suspensión del hábito conduce a la autocorrección de alteraciones oclusales leves; mas sin embargo, también aportan dichos autores que desde el punto de vista esquelético, el adulto con deglución infantil requerirá tratamiento ortodóntico, asociado siempre a la rehabilitación miofuncional.

En consecuencia, la terapéutica de dicho hábito va a estar supeditada tanto a su tipo, como a las consecuencias derivadas y el estado de desarrollo del paciente, entendiéndose por tanto que mientras más precoz sea el diagnóstico, menos complejo y más sencillo resultará su tratamiento y se podrá garantizar un mejor pronóstico.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

A la vista de los elementos abordados en la presente revisión, es posible concluir que la deglución atípica es un hábito relativamente frecuente, especialmente en la población infantil, la cual cursa preferentemente como interposición lingual simple o compleja, objetivable a la evaluación clínica odontológica y con diagnóstico confirmatorio obtenido mediante pruebas complementarias; su tratamiento, está condicionado tanto a la edad como a las características



de desarrollo del paciente y las secuelas causadas por el hábito en las funciones del sistema estomatognático, siempre con la intervención de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales Odontopediatras y Ortodoncistas junto a fonoaudiólogos, a fin de garantizar la rehabilitación y el equilibrio biopsicosocial del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, A. (2013). Deglución atípica. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*; 51(1). Recuperado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art-20/>
- Argüello, P., Bedoya, N.A., Torres, M., Sánchez, I., Téllez, C. y Tamayo, J. (2017). Implementación de la terapia miofuncional orofacial en una clínica de posgrado de Ortodoncia. *Revista Cubana de Estomatología*; 55(1):14-25
- Reyes, V. y Quirós, O. (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortopedia y Odontopediatría*. Recuperado de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
- Bleeckx, D. (2004). Disfagia; evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. México: McGraw-Hill Interamericana; pp. 45-52.
- Chamorro, A., García, C., Mejía, E., Viveros, E., Soto, L., Triana, F., Valencia, C. (2017). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. *Revista Gastrohnp*; 19(2): s12-s17.
- Chumi, R., Pinos, P. (2016). Prevalencia de hábitos orales, en niños de 3 a 9 años de edad, como consecuencia de la migración de los padres al extranjero, en la comunidad Callazay, Parroquia Mariano Moreno del Cantón Gualaceo Provincia del Azuay – Ecuador. *Revista Latinoamericana de Ortopedia y Odontopediatría*. Recuperado de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-18/>
- Czlusniak, R., Coelho, F. y Pinheiro, J. (2013). Alterações de motricidade orofacial e presença de hábitos nocivos orais em crianças de 5 a 7 anos de idade: implicações para intervenções fonoaudiológicas em âmbito escolar. *Ciências Biológicas e Saúde Ponta Grossa*;14(1):29-39.
- Dhuli, S., Verma, T., Dutta, B. (2018). Prevalence of deleterious oral habits among 3-to-5-year-old preschool children in Bhubaneswar, Odisha, India. *International Journal Clinical Pediatric Dentist*; 11(3): 210-213.
- Jiménez, J. (2016). Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. *Odontología Sanmarquina*; 19(2): 41-44.
- López, L.M, López, O.P. y Aguilera, R. (2015). Caracterización de actividad y fuerza muscular de maseteros, orbicular y mental según el tipo de deglución. *Revista Colombiana de Rehabilitación*; 14: 96-102.
- López, O.P., López, L.M., Osorio, A. y Restrepo, F. (2017). Relación molar,

- actividad y fuerza muscular en escolares entre 7 y 12 años con deglución atípica. *Revista Ciencias de la Salud*; 15(3): 373-385.
- Low, C. (2018). Oral habits. En Nowak, A., Christensen, J., Mabry, T., Townsend, J. y Wells, M. (Comps.): *Pediatric Dentistry*. Capítulo 27. 6a edición. Philadelphia: Elsevier; pp. 386-393.
  - Machado A. y Crespo A. (2012). Evaluación cefalométrica del espacio de la vía aérea y el hueso hioides en niños con deglución atípica: estudio de correlaciones. *International Journal Morphology*; 30(1): 341-346.
  - Maspero, C., Predevello, L, Giannini, G., Galbiati, G. y Farronato, G. (2014). Atypical swallowing: a review. *Minerva Stomatologica*; 63(6): 217-227.
  - Mendoza, L., Meléndez, A., Ortiz, R. y Fernández, A. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*; 2(4): 220-227.
  - Parra, D. (2013). Deglución: fundamentos. En Susanibar, F., Parra, D. y Dioses, A. (Comps.): *Motricidad orofacial: Fundamentos basados en evidencias*. Madrid: EOS; pp. 243-262.
  - Valcárcel, N. (2016). Terapia miofuncional en la deglución atípica. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2595/Terapia%20miofuncional%20en%20la%20deglucion%20atipica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  - Vera, A., Chacón, E., Ulloa, R. y Vera, S. (2013). Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre del año 2001. *Revista Latinoamericana de Ortopedia y Odontopediatría*. Recuperado de: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion\\_atipica\\_mordida\\_abierta\\_diccion\\_rendimiento\\_escolar.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_diccion_rendimiento_escolar.asp)

## RIESGOS ERGONÓMICOS LABORALES EN TRABAJADORES DE LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN



**Yurik Lasso\***

Empresa de Transmisión Eléctrica S. A. Gerencia Regional de Operaciones y Mantenimiento – Zona 3, Panamá  
lassoyurik@gmail.com



**Leticia Lisbeth González González\*\***

Universidad Autónoma de Chiriquí. UNACHI, Panamá  
lisbeth198810@gmail.com

DOI: 10.37594/saluta.v1i2.587

Fecha de recepción: 16/07/2020

Fecha de revisión: 19/07/2020

Fecha de aceptación: 31/07/2020

### RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar los riesgos ergonómicos laborales en los trabajadores de líneas de alta tensión. Se ponderó la importancia de conocer este hecho para potenciar la satisfacción, eficacia y eficiencia de los colaboradores con el norte de abrir un abanico de acciones que deberían de tomar las empresas en materia de seguridad laboral y divulgar que está por su naturaleza es una de las ocupaciones con alto riesgo. La investigación se llevó a cabo con una evaluación de un conjunto de variables de riesgo fuera de nuestro control para poder manipularla. Así, se estudiaron los procesos ergonómicos que ponen en riesgo al personal que trabaja con líneas de alta tensión. Esta tiene un diseño de investigación transversal debido al hecho que se tuvo que observar diferentes variables en un tiempo determinado. López Pereira y León (2014), en sus estudios, determinaron que hay varios factores de riesgos de causa laboral y que la lumbalgia era una frecuente, aunque estos no se asociaron directamente a la ergonomía de los puestos. Mientras que Cedeño y Gómez (2010) evidenciaron que los tipos de lesiones Músculo-tendinosa están conectados con los riesgos ergonómicos y se pueden dar por cuatro factores. En virtud de esta información, la investigación concluye que la ergonomía laboral de los trabajadores de líneas de alta tensión presenta riesgos en los que influyen el factor puesto y las condiciones físicas corporales de los trabajadores, también que la mayor cantidad de caso de lesión reportada es de carácter

muscular– esquelética.

**Palabras clave:** Ergonomía, riesgos, lesiones.

## **LABOR ERGONOMIC RISKS IN HIGH VOLTAGE LINE WORKERS**

### **ABSTRACT**

The objective of this research is to identify the ergonomic occupational risks of workers in high-tension lines, analyzing the relevance of knowing this fact for the employees, also having a view on the actions that companies should take in this area and disclosing that this is one of the high-risk jobs due to its nature. The research was developed with a methodology that evaluates a group of risk variables out of our control to be manipulated or influenced, in this way the ergonomic processes that put at risk the staff working with high voltage lines were studied. This is a transversal research design due to the fact that different variables had to be observed in a determined and short period of time. López Pereira & León, in their studies determined that there are several occupationally caused risk factors and that low back pain was a frequent one, although these were not associated directly to job ergonomics. While Cedeño S. & Gómez H., evidenced that the kinds of musculo-Tendinous injuries are associated with ergonomic risks and could be caused by four factors. The research concludes that the occupational ergonomics of high-voltage line workers present risks influenced by the post factor and the physical conditions of the workers, also that most of the injury cases reported are muscular-skeletal in nature.

**Keywords:** Ergonomics, risks, injuries.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La ergonomía puede entenderse en el sentido laboral, como las acciones realizadas por un individuo en el desarrollo o proceso de sus tareas profesionales, intelectuales o físicas, esta interacción ambiente-herramientas le ayudan al individuo a desempeñar su trabajo (Jaureguiberry, 2003). Desde la antigüedad, el hombre es sumergido, la mayor parte de su vida, en una actividad de carácter laboral; esta actividad también le da sentido a la vida de los individuos. La vida laboral es muy importante para todos. Y, en sí, cada individuo tiene altas expectativas de su vida laboral; todo esto, desde que las personas comienzan a visionar un propósito en sus vidas (PREVALIA, 2013).

Por otro lado, las empresas desean aprovechar el potencial más importante, el humano; y, que tanto empresa como el recurso humano sean exitosos y eficientes. En esto, reside la

importancia de la ergonomía laboral: las empresas deben ofrecer un tiempo de crecimiento al talento humano, cuidando su salud y disminuyendo los riesgos que puedan sufrir en la práctica laboral y la interacción con el ambiente (Caruso, 2006).

A través de la ergonomía laboral se espera que haya una integración entre el hombre y los medios laborales. Este proceso al ser mejorado podría disminuir los errores humanos. Además, se minimizaría costos de carácter técnico; creando soluciones en el desarrollo de estas actividades, una de las más grandes en la humanidad como lo es el ejercicio laboral (Jaureguiberry, 2003). Los riesgos laborales ergonómicos tienen que ver con los protocolos utilizados para evitar la fatiga o daños de los individuos. El conocimiento del riesgo al que se enfrentan o están expuestos durante la ejecución de tareas, ayuda a su prevención y mitigación. Este ambiente mantiene la seguridad y cuidado de las personas; así como la productividad y eficiencia en las empresas (Martínez Moreno, Aguirre Alemán, y González, 2017).

Trabajar como liniero de alta tensión requiere de habilidades físicas y cognitivas para responder a la exigencia de estas labores. Además, es importante observar que las personas que vayan a desempeñar este puesto no tengan actitudes temerarias que resulten en un vector de riesgo para él o su equipo durante el desempeño de sus labores. Estas actitudes temerarias también pueden mermar la capacidad técnica y la resolución de problemas en momentos de crisis (Bermúdez, 2019). De esta idiosincrasia laboral se desprende que los protocolos sean claros y completos en este tipo de puestos.

La investigación aborda la siguiente interrogante: ¿A cuáles riesgos laborales ergonómicos, en el área de alta tensión, están expuestos los linieros que ejercen este puesto?, realidad que propone un punto crítico de control mediante métodos de análisis cualitativos y explicativos, en el valor de identificar etapas de riesgo relacionadas con desarrollo de la actividad laboral (Garzon, 2009).

Esta investigación también aborda el análisis de los riesgos ergonómicos laborales. Riesgos a los cuales están expuestos los trabajadores linieros de alta tensión, realidad que pone en evidencia rasgos críticos para buscar una solución que ayuden a mejorar los protocolos de seguridad utilizados en este puesto (Bermúdez, 2019). Además, esta investigación, lleva a los expertos hacia el mejoramiento de la calidad en los sistemas de seguridad con el incremento de recursos, generados en la praxis laboral para fortalecer el conocimiento de los investigadores y empresas que deseen ir más allá de los estudios actuales.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

Determinar o analizar riesgos es introducirse en conceptos que ponen a prueba nuestra conciencia moral, ética y capacidad para tomar decisiones. La vida misma va llevando a los seres humanos a tomar una decisión para poder vivir. Así que los riesgos tienen que ver mucho con la toma de decisiones, relacionándose estrechamente con la forma en que los seres humanos gestionan su vida.

Esta investigación se basó en el estudio de casos de una fuente ya experimental, bajo el concepto de análisis de trabajos académicos. De ello se desprende que el diseño de la investigación sea transversal, debido a la observación de diferentes variables en un tiempo determinado para estudiar un grupo reducido donde se desarrolla la problemática que se investigó, este trabajo académico es de tipo cuantitativo experimental, nos enfocamos en las estadísticas numéricas en base de resultados de las investigaciones analizadas y respuestas en este documento. También se evaluó el conjunto de las variables riesgo fuera del control para manipularla, por medio de la cual se estudiaron los procesos ergonómicos que ponen en riesgo al personal que trabaja con líneas de alta tensión.

Se realizó una revisión bibliográfica con artículos investigativos, de los cuales se determinarán los estudios más relevantes. Estos artículos ayudaron en la investigación a diagnosticar cuáles son los riesgos ergonómicos de mayor preponderancia en el sector eléctrico, especialmente para los trabajadores de línea con alta tensión. A través de estos estudios, se identificaron los más recientes de riesgos eléctricos; y, se eligieron los casos que ayuden a descubrir el propósito de esta investigación, identificando, categorizando, exponiendo y explicando, todos los peligros a los que se enfrentan los trabajadores de línea en alta tensión.

La muestra es no probabilística, debido a que se tomaron los casos donde se identifiquen variables que refuercen los objetivos de esta investigación estadísticamente; pero, también cualitativamente para poder expresar bajo un argumento claro los riesgos ergonómicos, abordados por diferentes autores que han puesto sus esfuerzos en mejorar la salud organizacional en las personas que trabajan en puestos de alto riesgo como son los trabajadores en el sector eléctrico, encargados de las líneas de alta tensión.

### Criterios de búsqueda

Buscador o tabuscador	Tipo de información	Tema o sistema	Idea principal	Cita apa
Google academic	Es un informe académico, de estudiantes de ingeniería en electricidad especialización electrónica y automatización industrial. De la ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL (ESPOL) Guayaquil, Ecuador	Análisis ergonómico en el trabajo del mantenimiento eléctrico	Enseña los principios básicos de trabajo y protección hacia el ser humano con lo que no solo se consigue evitar las lesiones o consecuencias a largo plazo en la salud, sino que además ayuda a mejorar la calidad del trabajo eléctrico.	Cedeño y Gómez. (2010). Análisis ergonómico en el trabajo del mantenimiento eléctrico. ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL (ESPOL )Guayaquil, Ecuador. Disponible en: <a href="https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10764/1/Analisis%20ergonomico%20en%20el%20trabajo%20de%20mantenimiento%20electric.pdf">https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10764/1/Analisis%20ergonomico%20en%20el%20trabajo%20de%20mantenimiento%20electric.pdf</a>
Dialnet	Artículo científico publicado en la Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA Volumen 3. Número 6. Año 3. Hecho el depósito de Ley: FA2016000010 ISSN: 2610-8038	Riesgos laborales ergonómicos en el área de distribución de una empresa del sector eléctrico	La investigación se basó en estudiar los riesgos laborales ergonómicos en el área de distribución de una empresa del sector eléctrico, específicamente por los linieros. Realizando el trabajo	Bermúdez. (2019). Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA Volumen 3. Número 6. Año 3. Hecho el depósito de Ley: FA2016000010 ISSN: 2610-8038 FUNDACIÓN KOINONIA (F.K). Santa Ana de Coro, Venezuela. 384 <a href="http://dx.doi.org/10.35381/v.v3i6.358">http://dx.doi.org/10.35381/v.v3i6.358</a> <a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7097527.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7097527.pdf</a>
Google academic	Trabajo académico tipo tesis, optando a maestría en Salud ocupacional, en la Universidad Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.	Factores de riesgos ergonómicos asociados a lumbalgias en trabajadores de las centrales hidroeléctricas de la Empresa Nicaragüense de Electricidad en Matagalpa y Jinotega. Nicaragua. Año 2012.	Estudio de corte transversal, analítico de Factores de Riesgos. Se recomienda: 1.Educación a los trabajadores en la higiene postural adquiriendo un patrón dinámico y no permanecer mucho tiempo en una misma posición para evitar aparición de lumbalgias y prevenir la cronicidad en quienes ya la padecen y mejorar los trabajos con exposición a factores de riesgos ergonómicos y reducirlos al máximo.	López Pereira, y León Ezequiel (2014) Factores de riesgos ergonómicos asociados a lumbalgias en trabajadores de las centrales hidroeléctricas de la Empresa Nicaragüense de Electricidad en Matagalpa y Jinotega. Nicaragua. Año 2012. Maestría tesis, CIES UNAN-Managua. Disponible en: <a href="http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7676">http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7676</a>



Buscador o tabuscador	Tipo de información	Tema o sistema	Idea principal	Cita apa
Google academic	Trabajo académico, Trabajo de fin de carrera titulado: “MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ELÉCTRICOS PARA TRABAJOS EN ALTA TENSIÓN (69kV - 230 Kv)” , Universidad Internacional SEK Ser mejores. Ecuador.	“MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ELÉCTRICOS PARA TRABAJOS EN ALTA TENSIÓN (69kV - 230 Kv)”	Contiene una serie de disposiciones obligatorias y buenas prácticas al momento de proteger a los trabajadores de CELEC EP Transelectric, sus contratistas y subcontratistas frente al riesgo eléctrico en alta tensión (69 kV – 230 kV), nos ayuda a conocer las tareas que tienen que realizar, los fundamentos eléctricos que estos deben tener y las normas a cumplir a la hora de realizar sus actividades	Sulca. (2019). MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ELÉCTRICOS PARA TRABAJOS EN ALTA TENSIÓN (69kV - 230 Kv), Universidad Internacional SEK Ser mejores. Ecuador. Disponible en: <a href="https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3447/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n%20Pablo%20Sulca.pdf">https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3447/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n%20Pablo%20Sulca.pdf</a>
Google academic	Estudio de Seguridad y Salud, Proyecto de infraestructura eléctrica para la urbanización del sector PR03 de la Prat IF de la ciudad de León. España.	Proyecto de infraestructura eléctrica para la urbanización del sector PR03 de la Prat IF de la ciudad de León.	Se plantean las medidas de prevención para garantizar la seguridad del personal ajeno a la obra como a aquellos que intervengan en el desarrollo de la ejecución de dicha obra, tanto en lo que se refiere a la seguridad activa en el propio lugar de trabajo y su movimiento en el interior de la obra, como la seguridad pasiva del propio centro de trabajo, durante la ejecución del mismo.	GIEYMA Llamas, SL (2019). Proyecto de infraestructura eléctrica para la urbanización del sector PR03 de la Prat IF de la ciudad de León., Memoria. Estudio de Seguridad y Salud. Ciudad de León-España. Disponible en: <a href="http://www.aytoleon.es/es/ayuntamiento/areasmunicipales/urbanismo/documentos%20gestion%20urbanistica/PROYECTO%20DE%20URBANIZACION%20SECTOR%20PR-03%20DEL%20PRAT-IF%20LEON%20AI%20TOMO%201-2%20RESTO%20ANEJOS.pdf">http://www.aytoleon.es/es/ayuntamiento/areasmunicipales/urbanismo/documentos%20gestion%20urbanistica/PROYECTO%20DE%20URBANIZACION%20SECTOR%20PR-03%20DEL%20PRAT-IF%20LEON%20AI%20TOMO%201-2%20RESTO%20ANEJOS.pdf</a>
Google academic	Página web electronic library of construction occupational safety & Health	Estudio de casos	Estos estudios de caso forman parte de las reuniones y charlas de seguridad (tailgate/ toolbox talks) que se crearon para ser usadas conforme a los reglamentos de OSHA en California. La American Conference of Government Industrial Hygienists (ACGIH) ha adoptado las charlas para aplicarlas a los reglamentos federales de OSHA. Para contactar a ACGIH, visite el sitio web (www.acgih.org).	Elcosh (s.f.) Líneas de alto voltaje estudio de un caso. Centro de investigaciones en la industria de construcción. Revisado el 25 de julio del 2021. Disponible en: <a href="https://elcosh.org/document/2269/d000548/lineas-de-alto-voltaje-estudio-de-un-caso.html">https://elcosh.org/document/2269/d000548/lineas-de-alto-voltaje-estudio-de-un-caso.html</a>



Buscador o tabuscador	Tipo de información	Tema o sistema	Idea principal	Cita apa
Google academic	McGrawHill, Escuela de formación. Unidad 11 de enseñanza en seguridad y Salud.	Los riesgos derivados de las condiciones de seguridad, ergonómicas y psicosociales	Clasificar los factores de riesgo en tu actividad y los daños profesionales derivados de ellos, en relación a las condiciones ergonómicas, psicosociales y de seguridad. • Identificar las situaciones de riesgo más habituales en tu entorno de trabajo, relacionadas con las condiciones ergonómicas, psicosociales y de seguridad. • Determinar las condiciones ergonómicas, psicosociales y de seguridad con significación para la prevención en los entornos de trabajo.	McGrawHill (S.F). Los riesgos derivados de las condiciones de seguridad, ergonómicas y psicosociales. Disponible en: <a href="https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175530.pdf">https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175530.pdf</a>
SciELO	Artículo científico publicado en la revista cubana de enfermería. versión impresa ISSN 0864-0319versión On-line ISSN 1561-2961	Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud ocupacional	En esta revisión se destaca la importancia de las precauciones a tener en cuenta en la postura, en el sistema visual, en el cardiovascular, así como las correcciones de estas manifestaciones para prevenir enfermedades profesionales. La ergonomía y los factores de riesgo de salud ocupacional deben ser contemplados de forma sistematizada en cada puesto laboral, mediante las revisiones periódicas de los profesionales de enfermería a los trabajadores que utilizan el uso sistemático de computadoras.	Guillén Fonseca. (2006). Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud ocupacional. Revista Cubana de Enfermería, 22(4) Recuperado en 26 de julio de 2021, de <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-03192006000400008&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-03192006000400008</a> Disponible en: <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-03192006000400008">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-03192006000400008</a>

Buscador o tabuscador	Tipo de información	Tema o sistema	Idea principal	Cita apa
Google academic	Trabajo de grado académico optando al título de salud Ocupacional	Factores de riesgos ergonómicos presentes en los trabajadores de líneas y redes de la empresa electrificadora del Huila S.A.e.s.p zona norte con sede en la ciudad de Neiva	Mencionar que la exposición a situaciones o condiciones de trabajo repetitivo o con carga física elevada de trabajadores que pertenecen al sector industrial en donde está incluido el sector eléctrico, menoscaba el rendimiento productivo y la salud de los trabajadores. Esto hace que gran parte estos trabajadores se tornen expuestos a los factores de riesgos ergonómicos; lo cual hace de éste un factor preponderante en la generación de enfermedades profesionales.	Garzón. (2009). Factores de riesgos ergonómicos presentes en los trabajadores de líneas y redes de la empresa electrificadora del Huila s.a e.s.p zona norte con sede en la ciudad de Neiva .Universidad Sur Colombiana convenio universidad del Tolima facultad de salud programa de salud ocupacional Neiva – Huila. Colombia. Disponible en: <a href="https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Salud-Ocupacional/113.T.G-Jorge-Eduardo-Garzon-Quintero-2009.pdf">https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Salud-Ocupacional/113.T.G-Jorge-Eduardo-Garzon-Quintero-2009.pdf</a>
				Jaureguiberry. Ergonomía. [Internet] Buenos Aires: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Recursos. Disponible en: <a href="https://www.fio.unicen.edu.ar/usuario/segumar/Laura/material/ERGONOMIA.pdf">https://www.fio.unicen.edu.ar/usuario/segumar/Laura/material/ERGONOMIA.pdf</a> 17/10/03 09:04:28

#### IV. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Es un informe académico, de estudiantes de ingeniería en electricidad especialización electrónica y automatización industrial. De la ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL (ESPOL) Guayaquil, Ecuador	McGraw Hill, Escuela de formación. Unidad 11 de enseñanza en seguridad y Salud.
Artículo científico publicado en la Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA Volumen 3. Número 6. Año 3. Hecho el depósito de Ley: FA2016000010 ISSN: 2610-8038	Artículo científico publicado en la revista cubana de enfermería. versión impresa ISSN 0864-0319 versión On-line ISSN 1561-2961
Trabajo académico tipo tesis, optando a maestría en Salud ocupacional, en la Universidad Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.	

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Trabajo académico, Trabajo de fin de carrera titulado: “MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS ELÉCTRICOS PARA TRABAJOS EN ALTA TENSIÓN (69kV - 230 Kv)”, Universidad Internacional SEK Ser mejores. Ecuador.	
Estudio de Seguridad y Salud, Proyecto de infraestructura eléctrica para la urbanización del sector PR03 de la Prat IF de la ciudad de León. España.	
Página web electronic library of construction occupational safety & Health	
Trabajo de grado académico optando al título de salud Ocupacional	

### Consideraciones éticas

En este estudio, se consultaron documentos de uso académico, referenciándolos adecuadamente; no se manipularon sustancias; y, ni hubo de por medio el maltrato de animales o contaminación al medio ambiente.

### RESULTADOS

Uno de los autores consultados fue Bermúdez M. quien durante el desarrollo (Bermúdez, 2019) de su estudio consideró que no había muchas investigaciones referentes a los problemas osteomusculares de los linieros; y, determinó que no ha sido muy estudiada en el entorno de investigación y que los protocolos para ello eran escasos, expresa la necesidad de que se deben hacer estudios donde se enfatice en la mejora de la salud y condiciones de los linieros. La empresa del sector eléctrico sobre la cual realizaron el estudio no contaba con un historial médico anterior a la información que se levantó en los últimos 12 meses en que investigó Bermúdez. Razón por la cual, el autor no pudo verificar si las molestias patológicas (osteomuscular) son crónicas o agudas. En los resultados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, en este estudio (cuestionario nórdico), hubo evidencias de algunas sintomatologías músculo-esqueléticas presentadas en el cargo de liniero.

Cedeño y Gómez (2010) descubrieron que el tipo de riesgo: Lesiones Musculo-Tendinosa pueden ocasionarse por cuatro factores, a saber:

#### 1. Movimientos repetitivos.

Los movimientos repetitivos son aquellos que se realizan de forma continua en un

periodo determinado, este tiempo es considerable y la acción de los movimientos es el mismo. Estos se pueden dar más en los hombros, haciendo que las personas sientan rigidez; y, es más común en los instaladores de redes eléctricas-entubados en zonas de difícil acceso.

## **2. Posturas inadecuadas por más de dos horas.**

La postura es la forma que se maneja el cuerpo para realizar una actividad, una articulación mientras más tiempo este desviada de su posición neutral o natural, estará forzada, mayor será la lesión. Por lo que en la investigación de Cedeño y Gómez (2010) se sugiere que no se debe utilizar mucha fuerza para tender o tensar cables.

## **3.La utilización de herramientas que producen vibración.**

Cedeño y Gómez (2010), citando a la organización mundial del trabajo, definen como vibración todo movimiento transmitido al cuerpo, por estructuras sólidas. La columna vertebral y el sistema de brazos es afectado cuando el movimiento es transmitido al cuerpo entero.

## **4. Sobre esfuerzo muscular.**

Este se comprende como la manipulación manual de cargas: hacer levantamiento manual frecuente o con sobre esfuerzo; ejercer fuerzas para elevar objetos o moverlos. Estos movimientos pueden causar excesiva presión entre los discos.

López Pereira y León (2014) nos revelaron, en su estudio, la asociación entre la lumbalgia y algunos factores de riesgo en los trabajadores de las centrales hidroeléctricas de ENEL (Empresa Nicaragüense de Electricidad), Nicaragua. Ellos concluyeron que a pesar de que hay varios factores de riesgos ergonómicos de causa laboral que provocan la lumbalgia ocupacional, estos no se asociaron directamente a la ergonomía del trabajo. Por otro lado, en los trabajadores con obesidad y trabajadores mayores de 50 años, evidenciaron factores que se asociaron más a la patología, realizando una asociación directa con la lumbalgia y coincidiendo con la literatura como primera causa de lumbalgia no ocupacional.

Para medir la asociación de cada uno de los factores de riesgos con la lumbalgia ellos aplicaron la razón o proporción de probabilidad Chi Cuadrada (X<sup>2</sup>), Odds Ratio (OR) y el valor de P. Lumbalgia vs IMC (índice de masa corporal) De 18 a 24.9 (normal), OR de 0.49, X<sup>2</sup> de 2.61, P de 0.20. De 25 a 29 (sobrepeso), OR de 0.72, X<sup>2</sup> de 0.65, P de 0.33. De 30 a 40 (obesidad), OR de 4.46, X<sup>2</sup> de 7.86, P de 1.49.

**Figura1.**  
Frecuencia y porcentaje de afectaciones reportadas por edad

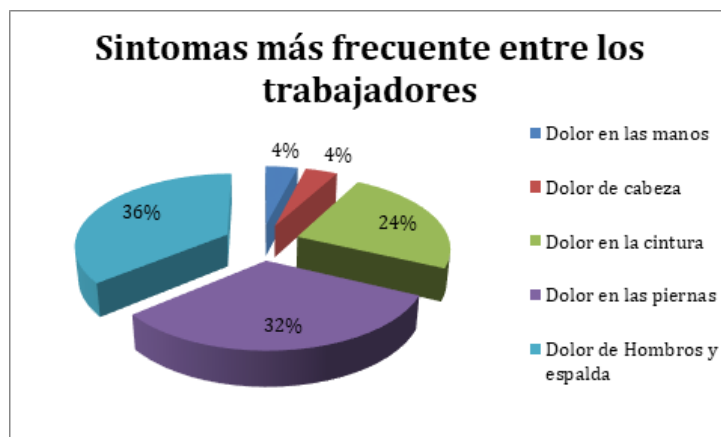


**Fuente:** Interpretación propia de resultados de López Pereira y León, (2014).

Lumbalgia vs Antecedentes Patológicos: Enfermedades Neurológicas OR de 1.04, P de 0.14. Enfermedades Sistémicas OR de 1.34, X 2 de 0.17. Malformación Congénita X 2 de 1.05. Ningún antecedente OR de 0.42, P de 0.17. Psicosocial OR de 0.00. Trauma Lumbar OR de 2.29, X 2 de 1.70.

Según Garzón (2009), otro de nuestros autores abordados, analizó los factores de riesgos ergonómicos presentes en los trabajadores de líneas y redes de la empresa electrificadora del Huila, zona norte con sede en la ciudad de Neiva. Determinando los síntomas más frecuentes en los trabajadores de líneas.

**Figura 2**  
Síntomas más frecuentes reportados por los trabajadores de líneas



**Fuente:** Tomado de los datos de Garzón Q, (2009).

Pudiendo observar que las afectaciones de los trabajadores en líneas son de hombros y espaldas.

Rojas (2015) determinó en un su estudio que había muchos factores psicosociales que desmejoraban la salud de las personas que trabajaban en las áreas operativas de la electricidad. Los problemas encontrados son: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad /contenido del trabajo, participación/supervisión, desempeño de rol, relaciones y apoyo social.

Una de las causas más comunes de incapacidad laboral en los trabajadores del primer mundo es el estrés, según Mingote, Pino, Sánchez, Gálvez Herrera, y Gutiérrez García (2011) es importante que se tome nota de esto en el futuro para determinar cuánto estrés pasan los trabajadores en líneas de alta tensión.

La Empresa de Transmisión Eléctrica S.A (ETESA), bajo la coordinación de seguridad industrial y salud ocupacional, expresa en la ficha ocupacional del 2018 del puesto liniero de transmisión que estos presentan riesgos. Riesgos en las siguientes categorías: Riesgo físico, riesgos eléctricos, riesgos químicos, riesgos ergonómicos, riesgos psicosociales, riesgos mecánicos y riesgos biológicos; además, se puede observar que los riesgos psicosociales se identifican como una carga mental del trabajador: un error podría hasta costarle la vida.

El aspecto psicosocial es un factor muy importante que se tomará en cuenta, también, al abordar el tema ergonómico. Los riesgos derivados de las condiciones de seguridad, ergonómicas y psicosociales, registra que “los riesgos psicosociales pueden generar daños como la insatisfacción, el estrés, el mobbing, y el burnout” (McGrawHill, s.f., p.178). A través de un cuadro, describe detalladamente el origen de estos, a saber: Características del puesto de trabajo, organización del trabajo, y características individuales del trabajador.

**Tabla 1**  
Factores de Riesgos psicosociales

Características del puesto de trabajo.	Iniciativa/ autonomía	Es la posibilidad de que el trabajador pueda organizar su trabajo, la falta de autonomía puede provocar insatisfacción.
	Monotonía	La monotonía puede producir un empobrecimiento del trabajo.
	Ritmo del trabajo	Un ritmo de trabajo repetitivo puede producir fatiga, depresión e insatisfacción.

Características del puesto de trabajo.	Nivel de cualificación	Es un elemento que contribuye a la satisfacción o insatisfacción laboral, según se corresponda o no con la cualificación del trabajador.	
	Nivel de responsabilidad	La responsabilidad es un factor de satisfacción cuando se corresponde con el nivel de formación del trabajador.	
Organización de trabajo.	Estructura de la organización.	Comunicación	Un clima de trabajo adecuado depende de que haya canales de comunicación apropiados.
		Estilo de mando	Un estilo de mando democrático aporta mayor satisfacción al trabajador.
	Organización del tiempo de trabajo.	Jornada	La distribución del tiempo de la jornada y de los descansos debe favorecer la recuperación del trabajador.
		Horario	El horario Nocturno y a turnos provoca trastornos tanto fisiológicos como psicológicos y sociales.
Características individuales del trabajador.	Personalidad, edad, motivación, formación, vida familiar, relaciones sociales, ocio y tiempo libre.		

**Fuente:** McGrawHill, s.f.

## DISCUSIÓN

Pudimos analizar que no se han realizado muchos estudios basados en el puesto de Linieros de Alta Tensión. La mayoría de las recomendaciones y manuales que se encontraron están enfocados al cuidado general de los trabajadores y en las prácticas correctas que ellos deben de realizar en su trabajo.

Cedeño y Gómez (2010) seleccionaron el tipo de riesgo: Lesiones Músculo-tendinosa, como la más común en el puesto de linieros de alta tensión. Lesión que puede darse por cuatro



factores: movimientos repetitivos, posturas inadecuadas por más de dos horas, la utilización de herramientas que producen vibración y sobreesfuerzo muscular.

En los casos mencionados por Cedeño y Gómez (2010) establece que la ergonomía es un agente directo en las lesiones identificadas por ellos.

López Pereira y León (2014) explica que la mayor lesión que se identifica en los trabajadores de alta tensión es dolor de hombros y espalda, y encontraron una relación entre el IMC y las lesiones de los trabajadores. La ergonomía no tenía tanta relevancia, pero podría conectarse a los factores físicos de los trabajadores, como la relación de no estar preparado físicamente para las condiciones ergonómicas de tal puesto.

### **CONCLUSIONES**

Después de haber analizado e identificado factores de riesgos ergonómicos para los linieros de alta tensión, concluimos que la ergonomía de los trabajadores de líneas de alta tensión conlleva riesgos. Riesgos en los que influyen el factor puesto y las condiciones físicas corporales de los trabajadores, también que la mayor lesión reportada es de carácter muscular – esquelética: hombros y brazos. Además, no existen muchos documentos especializados en el cuidado ergonómico de los trabajadores en líneas de alta tensión, más que los cuidados generales que se piden para este trabajo. Hay que indagar más sobre la ergonomía local por parte de los empleadores y que para el trabajo se impone hacer estudios más especializados de las capacidades físicas y cognitivas de los trabajadores para ayudar a reducir los riesgos sin comprometer su integridad.

Así mismo es importante considerar la presencia de factores psicosociales que puede complicar la ergonomía en el ambiente laboral; y, se deberían de tomar en cuenta los factores organización del trabajo y las características individuales del colaborador.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bermúdez M. (2019). Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA Volumen 3. Número 6. Año 3. Hecho el depósito de Ley: FA2016000010. ISSN: 2610-8038 FUNDACIÓN KOINONIA. Santa Ana de Coro, Venezuela. 384 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.358>. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7097527.pdf>
- Caruso. (2006). Seguridad e higiene: máquinas y herramientas en la industria de la

- construcción. -- 1a ed. -- 139 p. :-- Buenos Aires. Argentina. ISBN: 950-553-133-8
- Cedeño S. & Gómez H. (2010). Análisis ergonómico en el trabajo del mantenimiento eléctrico. ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL (ESPOL) Guayaquil, Ecuador. Disponible en: <https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/10764/1/Analisis%20ergonomico%20en%20el%20trabajo%20de%20mantenimiento%20electric.pdf>
  - Garzon Q. (2009). Factores de riesgos ergonómicos presentes en los trabajadores de líneas y redes de la empresa electrificadora del Huila s.a e.s.p zona norte con sede en la ciudad de Neiva. Universidad Sur colombiana convenio universidad del Tolima facultad de salud programa de salud ocupacional Neiva – Huila. Colombia.. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Salud-Ocupacional/113.T.G-Jorge-Eduardo-Garzon-Quintero-2009.pdf>
  - Jaureguiberry. (2003). Ergonomía. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Recursos. Buenos Aires. Argentina Disponible en: <https://www.fio.unicen.edu.ar/usuario/segumar/Laura/material/ERGONOMIA.pdf>
  - López Pereira & León Ezequiel. (2014). Factores de riesgos ergonómicos asociados a lumbalgias en trabajadores de las centrales hidroeléctricas de la Empresa Nicaragüense de Electricidad en Matagalpa y Jinotega. Nicaragua. Año 2012., CIES UNAN-Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7676>
  - Martínez Moreno, P., Aguirre Alemán, M., & González José, W. (2017). Estudio ergonómico como parte de la responsabilidad social en trabajadores del centro regional de informática de la Universidad Veracruzana. México. INQUIETUD EMPRESARIAL, 15(2), 87-114. Recuperado a partir de [https://revistas.uptc.edu.co/index.php/inquietud\\_empresarial/article/view/7611](https://revistas.uptc.edu.co/index.php/inquietud_empresarial/article/view/7611)
  - McGrawHill (s.f.). Los riesgos derivados de las condiciones de seguridad, ergonómicas y psicosociales. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448175530.pdf>
  - Mingote Adán José Carlos, Pino Cuadrado Pablo del, Sánchez Alaejos Raquel, Gálvez Herrer Macarena, Gutiérrez García Mª Dolores. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. Med. segur. trab 188-205. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>.
  - Prevalia, S.L.U. (2013). Riesgos Ergonómicos y Medidas Preventivas en las Empresas Lideradas por Jóvenes Empresarios. Disponible en: <http://www>.

[ajemadrid.es/wp-content/uploads/aje\\_ergonomicos.pdf](http://ajemadrid.es/wp-content/uploads/aje_ergonomicos.pdf)

- Rojas S. (2009). Evaluación de riesgos psicosociales en el Área Operativa de la Empresa [Pregrado]. Universidad del Uzuay. Disponible en : <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4596>

## CALIDAD DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA: UNA VISIÓN DE ALTO NIVEL EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA



**Doralis Ureña\***

Hospital Ezequiel Abadía, Panamá  
dorajeneth@gmail.com



**Maité Melitza Mejía Martínez\*\***

Hospital Ezequiel Abadía, Panamá  
maitemelitza03@gmail.com

DOI: 10.37594/saluta.v1i2.588

Fecha de recepción: 18/05/2020

Fecha de revisión: 19/06/2020

Fecha de aceptación: 24/07/2020

### RESUMEN

La insuficiencia cardíaca es un síndrome; clínico complejo, que resulta de cualquier deterioro estructural o funcional del llenado ventricular o la eyección de sangre, su manejo involucra una calidad de atención de enfermería referente a cuidados oportunos para mejorar los síntomas y estabilizar el estado hemodinámico; en el periodo agudo, prevenir futuros episodios de descompensación aguda, y mejorar el pronóstico evitando potenciales complicaciones. El objetivo de la investigación fue sistematizar la evidencia sobre los niveles de eficacia de la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca. La investigación fue de tipo documental; con enfoque descriptivo cuantitativa, se realizó una revisión sistemática con publicaciones desde el 2010, hasta la actualidad. Para el análisis de los datos seleccionados los documentos se organizaron en temáticas que permitieron mejorar la comprensión del fenómeno recopilando, organizando y presentando información de fuentes documentales indexadas integrándose un total de 30 estudios de los cuales se seleccionaron 20 por cumplimiento de criterios. Este manuscrito deja ver la importancia del papel del profesional de enfermería en el cuidado, recuperación, así como en el seguimiento, que se le brinda al paciente a su egreso, resaltando caracteres como: autocuidado y empoderamiento del paciente y su enfermedad, detección oportuna y el conocimiento de sus

\* enfermera especialista en Cuidado Crítico

\*\* enfermera especialista en Salud Pública

síntomas lo que evitará un reingreso hospitalario, adherencia terapéutica adecuada, práctica de estilos de vida saludable enfocándose en un descanso - sueño, dieta y actividad física.

**Palabras clave:** Calidad de atención de enfermería, cuidados, insuficiencia cardíaca.

## **QUALITY OF NURSING CARE: A HIGH-LEVEL VIEW IN THE CARE OF PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE**

### **ABSTRACT**

Heart failure is a complex clinical syndrome resulting from any structural or functional impairment of ventricular filling or blood ejection, its management involves quality nursing care referring to timely care to improve symptoms and stabilize hemodynamic status in the acute period, prevent future episodes of acute decompensation, and improve prognosis by avoiding potential complications. The main objective was to systematize the evidence on the levels of efficacy of quality nursing care in patients with heart failure. Documentary research with a quantitative descriptive approach, a systematic review was carried out with publications from 2010 to the present. For the analysis of the selected data, the documents were organized into themes that allowed to improve the understanding of the phenomenon by compiling, organizing and presenting information from indexed documentary sources integrating a total of 30 studies of which 20 were selected for compliance with criteria. This manuscript shows the importance of the role of the nursing professional in the care, recovery, as well as in the follow-up provided to the patient upon discharge, highlighting characters such as: self-care and empowerment of the patient and his disease, timely detection and knowledge of his symptoms which will prevent hospital readmission, adequate therapeutic adherence, practice of healthy lifestyles focusing on rest - sleep, diet and physical activity.

**Keywords:** Nursing care quality, care, heart failure.

### **INTRODUCCIÓN**

En el contexto de las enfermedades crónicas, las enfermedades cardiovasculares son responsables de tasas de morbilidad y mortalidad, aumento en los ingresos hospitalarios, más aumento en gastos de salud pública y, por consiguiente; disminución de la calidad de vida de las personas afectadas. Se han realizado estudios e investigaciones referentes al contexto. Según la Organización Mundial de la Salud (2009), 23 millones de personas mueren por episodios cerebrovasculares, y cardiovasculares un tercio de estas muertes ocurren en países desarrollados y el resto en países en vías de desarrollo. (Sanjur, 2010).

Entre las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) se destaca como una enfermedad grave y creciente problema de salud pública en todo el mundo; ya que es la manifestación final de la mayoría de las personas que padece enfermedades cardiovasculares. (Azevedo, 2018.) Sin duda es un fenómeno global, casi 6,5 millones de personas en Europa, 5 millones de personas en los EE. UU. Y 2,4 millones de personas en Japón sufren actualmente de insuficiencia cardíaca (IC) y un millón de casos nuevos se diagnostican cada año en todo el mundo. (Boisvert y Proulx, 2015). En la búsqueda de evidencia de la literatura científica, se encontró que en los países de América Latina para el desarrollo de la (IC) el riesgo evidente es padecer hipertensión arterial. Esta enfermedad es la causa de muerte en el 6,3% de los casos. (Bocchi y Arias, 2013). Según estadística y censo (2018) , en Panamá, las cinco primeras causas de muertes están los tumores malignos 16.9 %, enfermedades cerebrovasculares 9.1%, enfermedades isquémicas del corazón 9.1%, accidentes 7.7%, y otras enfermedades del corazón 6.1%, encontrándose la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC ) clasificadas dentro de este porcentaje. (INEC, 2018).

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico complejo, que resulta de cualquier deterioro estructural o funcional del llenado ventricular o la eyección de sangre. Las manifestaciones cardinales de la insuficiencia cardíaca son la disnea y la fatiga, que pueden limitar la tolerancia al ejercicio y la retención de líquidos, lo que puede provocar congestión pulmonar y/o esplácica y/o edema periférico. (Yancy, Jessup, y Bozkurt, 2013). La evidencia destacada en la literatura revela, que aproximadamente el 50% de los pacientes con la insuficiencia cardíaca se readmite a los servicios de salud dentro de los 90 días posteriores al alta, con empeoramiento de las condiciones clínicas, estas pueden conducir a la muerte. Entre los principales factores para el agravamiento de la enfermedad es la baja adherencia al régimen terapéutico complejo, falta de orientación, factores económicos y poca educación de la población.

En efecto; esta enfermedad según su etiología es crónica y progresiva que afecta a gran parte de la población que padecen enfermedades no transmisibles (hipertensión, obesidad entre otras) a raíz de esta necesidad requiere el desarrollo de prácticas de autocuidado por parte de los pacientes para prevenir el progreso de la historia natural de la enfermedad. Tanto es así, que su manejo involucra ofrecer una calidad de atención de enfermería referente a cuidados oportunos para mejorar los síntomas y estabilizar el estado hemodinámico en el periodo agudo, como para prevenir futuros episodios de descompensación aguda, y mejorar el pronóstico de los pacientes para evitar potenciales complicaciones.

La insuficiencia cardíaca congestiva es una patología causada por factores múltiples, la cual requiere una evaluación diagnóstica y un tratamiento inmediato, su manejo involucra el cuidado de enfermería referente a la atención directa tanto para mejorar los síntomas y estabilizar el estado hemodinámico en el periodo agudo, como para prevenir futuros episodios de descompensación aguda, mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar potenciales complicaciones. (Doenges, 2008).

Históricamente; la enfermera se ha preocupado por adquirir reconocimientos, que fundamenten las acciones de enfermería, para brindar a los pacientes una mejor calidad de atención.

La gestión de calidad de la atención; en los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes departamentos o grupos que trabajan en un hospital, sin embargo, el papel de la enfermera es de particular importancia, puesto que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo, con el paciente y ellos utilizan esta experiencia para juzgar la calidad de atención recibida.

De acuerdo a Virginia Henderson (1999) La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones, que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud, por lo tanto, nos es dado remitirle.

Lograr un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar criterios de fiabilidad basados en grados de efectividad, de eficiencia, eficacia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial, que satisfagan a quienes demandan cuidados.

Es importante destacar, que resulta imprescindible de la utilización de indicadores de calidad para evaluar la calidad de atención ofrecida, los cuales nos permiten definir, evaluar, medir y comparar una situación real con una situación ideal ; dichos indicadores deben establecerse en función de estructura(normas, protocolos) , procesos( pacientes que reciben atención), resultados( beneficios obtenidos).

El objetivo de este estudio es sistematizar; la evidencia sobre los niveles de eficacia de la calidad de los cuidados en pacientes con insuficiencia cardíaca y sugerir elementos, que puedan elevar la excelencia en la atención de enfermería a estos pacientes.



Lo anterior nos lleva a realizarnos la siguiente pregunta ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones educativas de enfermería para incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardíaca?

## **MÉTODOS**

La presente investigación documental es de enfoque descriptivo, naturaleza cuantitativa en contexto; la enfermería utiliza datos, información recopilada de manera concreta, con el fin de evidenciar y llegar a conclusiones generales a través de la comprobación de hipótesis. (1).

Se desarrolló a través de una revisión documental como la define (Sampieri, 2014) esta consiste en descubrir, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que parten de otro conocimiento o informaciones recogidas modernamente de cualquiera realidad de manera selectiva; de manera que puedan ser útiles para el propósito del estudio.

Las Revisiones Sistemáticas son un diseño de investigación observacional y retrospectivo, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias. Es parte esencial de enfermería basada en evidencia por su rigurosa metodología, identificando los estudios relevantes para responder preguntas específicas en la práctica clínica.

Los criterios de inclusión fueron documentos publicados desde 2010, hasta la actualidad, publicaciones orientadas a determinar la calidad de atención en enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca, artículos que incluyan las palabras claves y en el idioma en español.

Se excluyeron del estudio cartas al editor y documentos de fuentes no indexadas, siendo filtro las de producción científica fuera del periodo descrito.

Para el análisis de los datos seleccionados los documentos se organizaron, en temáticas, que permitieron mejorar la comprensión del fenómeno recopilando, organizando y presentando información de fuentes documentales indexadas integrándose un total de 30 estudios.

De los artículos encontrados se seleccionaron 20 por cumplimiento de criterios.

Para la elaboración del manuscrito científico de modalidad documental se realizó una revisión de estudios de investigación (artículos originales y revisiones sistemáticas)

fueron buscados en las bases de datos electrónica utilizando la relevancia de los documentos consultados, la calidad científica a través de la metodología, con el uso de la declaración de Strobe. Los criterios de inclusión del manuscrito fueron seleccionados utilizando los descriptores “*Insuficiencia cardiaca*”, “*ICC y enfermería*”, “*Rol del profesional de enfermería en la insuficiencia cardiaca*”, “*enfermeras*” “*pacientes con ICC*” “*cuidados*” y “*calidad*” en idioma español, en inglés “*care nurse*” “*patient*” la búsqueda se aplicó para título y resumen, además se utilizó los operadores booleanos and or and.

Al inicio de la búsqueda se utilizó el buscador general Google, y los especializados (Google Académico), bases de datos en búsqueda avanzada en Pubmed, Biblioteca virtual de salud (BVS), Medline, Lilacs, Scielo, Ebsco, Redalyc y Clinical Key en sus diferentes fuentes: electrónicas, impresas y audiovisuales.

### Técnica de análisis

Una vez seleccionados los artículos por cumplimientos de criterios establecidos, se sintetizaron en matrices de análisis con la siguiente información: Título, autores, ubicación del artículo en base de datos, año, objetivos, metodología y resultados.

### Resultados

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado(1)	Valderrama Charry, L. D., & Rojas Beltrán, J. P.	Cultura Del Cuidado	2019	Identificar los indicadores de calidad en la atención de enfermería durante la implementación de la política de seguridad del paciente.	Revisión documental con enfoque cualitativo. Criterios de inclusión: artículos publicados del año 2009 al 2017, se encontraron 100 artículos y se seleccionaron 60 por incluir los parámetros de búsqueda, la técnica de recolección se realizó por una matriz de datos y el análisis por indicadores de calidad del cuidado.	Los resultados obtenidos muestran que el indicador más prevalente según la revisión de artículos fue administración segura de medicamentos con un 46.6%, riesgo de caídas un 27%, úlceras por presión 15%, finalmente la flebitis un 11.3% del total de artículos consultados. Conclusión: Se evidencia que enfermería garantiza la seguridad del paciente con el desarrollo e implementación de los indicadores de calidad del cuidado

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca (2).	Jorge Olmos Salamanca, Paola Victoria Madrid Murcia, Gustavo Adolfo Mejía Linan y Mario Andrés Narváez Martínez	Repertorio de medicina y cirugía. Elsevier Colombia	2016	Sintetizar la literatura existente que hace referencia a los roles del profesional de enfermería y las características de cada uno en el paciente con falla cardíaca.	Se desarrolló una revisión documental de estudios de investigación, revisión y otras tipologías de textos publicados en diversas bases de datos, utilizando los descriptores «insuficiencia cardíaca», «rol de la enfermera», «atención de enfermería» y «Enfermería». Los textos seleccionados se organizaron en temáticas que permitieron mejorar la comprensión del fenómeno.	Enfermería una profesión dedicada al cuidado, juega un papel importante en la ejecución de roles concernientes en la búsqueda del bienestar integral del individuo enfermo.
Evaluación de atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que acuden a emergencia. Hospital Rodríguez Zambrano manta 2010 y propuesta de protocolo actualizado(3)	Lcda. Vilma Mercedes Aucapiña Tipán.	Repositorio nacional en ciencia y tecnología. Ecuador	2012	Evaluar la atención de enfermería a pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que acuden a la Emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano, Manta 2010: Propuesta de Protocolo de Atención de Enfermería Actualizado.	Estudio descriptivo, prospectivo, no experimental contó con un Universo de la población atendida en el área de emergencia del Hospital Rodríguez Zambrano del 01 de mayo del 2010 al 30 de Abril del 2011. La muestra de la investigación consistió en 111 Historias Clínicas.	Los resultados del trabajo se efectuaron en base a las estadísticas del área de emergencia, se utilizó el método clasificatorio analítico, encuestas y tabulación de datos, que evidencian la incidencia y la filiación de los pacientes. Se concluye que, la insuficiencia cardíaca congestiva padece la mujer y el hombre, destacándose el 50,45% masculino el 49,54% femenino, entre las edades de mayor riesgo están: 61 años y más con un 63,06% en el área urbana se presenta un 54,95% en las casadas un 38,73%, de Primaria 74,74%, nivel socioeconómico bajo 73,87%, la hipertensión arterial es el factor que predomina en lo personal con 73,87% y familiar con un 63,06%. La atención que recibieron del personal de enfermería fue buena. Acorde a resultados y con sustento del marco teórico, se elaboró un protocolo de atención de enfermería que se recomienda como plan piloto para el Hospital y otros Centros de Salud.
“Cuidado de enfermería en la persona con insuficiencia cardíaca congestiva, servicio de medicina, hospital Antonio Lorena – cusco. Perú (4)	Natividad Mamani Huille	Tesis para obtención de título de enfermería cardiológica	2017	Elaborar un proceso de atención de enfermería que permita realizar acciones para lograr una mejor atención integral de salud a los pacientes	Se aplica el proceso de atención de enfermería como método que ayuda al profesional a reconocer e interpretar de manera más detallada las respuestas humanas anormales estableciendo los diagnósticos de enfermería para brindar cuidados específicos necesarios.	La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permitió a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este proceso permitió la planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El propósito de la interrelación NANDA, NOC, NIC es hacer visible la relación entre las tres clasificaciones (diagnósticos, resultados, e intervenciones enfermeras) y facilitar la vinculación entre los tres sistemas.

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Efecto de un programa de paciente experto en insuficiencia cardíaca (5).	- Diana Marcela Achury- Saldaña - Laura Restrepo - María Kamila Munar - Indira Rodríguez - María Camila Cely - Natalia Abril Lina Toledo	Enfermería Global Revista electrónica trimestral de enfermería	2020	Determinar el efecto de un programa de paciente experto en falla cardíaca en los conocimientos relacionados con la adherencia al tratamiento y en la satisfacción.	Se realizó un estudio piloto descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnósticos de falla cardíaca en una institución de cuarto nivel. El tamaño de la muestra correspondió a toda la población con los criterios de restricción (N: 20 sujetos). Se implementó un programa de paciente experto durante 6 meses y se midieron los desenlaces de nivel de conocimientos y satisfacción. Para la recolección de la información se utilizó un test (Se diseñó un test de conocimiento de 10 preguntas con escala de respuesta de selección múltiple para evaluar los aspectos de adherencia al tratamiento no farmacológico contemplados en la Guía europea sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (14), tales como la dieta, el control de peso, la actividad física, los signos de alarma y la toma de medicamentos y líquidos) de conocimientos (escala Likert) sobre adherencia al tratamiento y una encuesta de satisfacción. La información se procesó a través del programa IBM SPSS Statistics 23.0, y se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias absolutas y relativas.	<p>Los resultados muestran que generó un cambio muy importante en el grado de conocimiento y nivel de satisfacción. Con relación al grado de conocimiento, se evidenció que la mayoría de los pacientes al finalizar las sesiones del programa mejoraron de forma significativa sus conocimientos relacionados con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, como los medicamentos y la dieta, seguidos del reconocimiento de signos de alarma, actividad física y control de líquidos.</p> <p>El profesional aporta conocimientos técnicos y específicos que son esenciales para lograr el empoderamiento de los pacientes siendo una herramienta complementaria para promover el autocuidado. En la medida en que estén más informados, expresen sus necesidades, sean capaces de tomar decisiones e incrementen su autoeficacia, los pacientes adoptarán un rol activo y corresponsable que favorece la reducción de complicaciones y reingresos hospitalarios.</p>

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
“Empoderamiento del paciente con insuficiencia cardíaca: intervención de enfermería ante un paciente con diagnóstico de déficit de conocimientos” (6).	Francisco Alba Saá	Trabajo de grado- Universidad de Salamanca.	2018	Empoderar al paciente con IC frente a su enfermedad, es decir darle los conocimientos necesarios sobre los síntomas y signos característicos de la enfermedad, así como los Cuidados de Enfermería que requiere, para que pueda gestionar su propia salud	<p>En primer lugar, realizamos una revisión bibliográfica de lo publicado al respecto. Esta búsqueda bibliográfica se desarrolló durante el mes de octubre de 2017 a través de los recursos existentes en la Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca. Las bases de datos utilizadas fueron Medes, Cuiden, Repositorio Gredos, Pubmed, Cochrane Plus, Scielo, Cinahl, Enfispo, Lilacs, utilizando como palabras clave o Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs): insuficiencia cardíaca, educación en salud, gastos en salud, atención de enfermería, autocuidado y calidad de vida, y como palabras clave en inglés o Medical Subject Headings (MeSH): heart failure, health education, healt expenditures, nursing care, self care y quality of life. Estos DeCS y MeSH se combinaron con operadores booleanos para efectuar la búsqueda.</p> <p>En segunda parte del trabajo se realizó una valoración de Enfermería según el modelo conceptual de Virginia Henderson<sup>10</sup>, modelo de valoración del estado de salud que establece en catorce las necesidades básicas de cualquier ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.</p>	<p>Hemos obtenido trece Diagnósticos de Enfermería al valorar al paciente con IC,</p> <p>Las intervenciones de Enfermería (NIC) con las que queremos aumentar el conocimiento del paciente en el manejo de la insuficiencia cardíaca son la enseñanza en el proceso de la enfermedad, la dieta y el ejercicio prescrito, así como en el tratamiento farmacológico y en el correcto manejo de los líquidos.</p>

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca (7)	Marcela González Víctor Pedrero	Revista Chilena de Cardiología	2013	Conocer las características de las estrategias de intervención multidisciplinarias implementadas por el equipo de salud que mejoran la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca	Se consultó las bases de datos Pubmed, Cochrane library, Proquest y CINAHAL entre mayo y junio del 2011, encontrándose 99 artículos de los cuales se seleccionaron 40 (estudios randomizados controlados, metaanálisis y revisiones sistemáticas) publicados en los últimos 10 años.	Recientemente ha cobrado importancia el estudio de intervenciones no farmacológicas que permitan mejorar el pronóstico de estos pacientes. Se ha demostrado que estas intervenciones tienen el potencial de reducir la mortalidad y rehospitalización, mejorar la calidad de vida y ser económicamente atractivos.  Estos programas se enfocan, principalmente en la educación en salud y el apoyo continuo del paciente después del alta hospitalaria. Se han descrito los tipos de intervención que tendrían mayor efecto sobre la calidad de vida de los pacientes con IC y entre ellas se encuentran: intervenciones educativas (reconocimiento de signos y síntomas, adherencia al tratamiento farmacológico, cambios del estilo de vida, peso diario, diario de seguimiento, charlas, otro.; consejería telefónica o video llamadas (ajuste de terapia diurética); y actividad física (prueba de caminata de 6 minutos, ejercicios aeróbicos).
Factores clave para modelos de atención a la insuficiencia cardíaca. Una visión integradora y multidisciplinaria (8)	Josep Comín-Cole, Laia Alcobere, Esther Calero-Molinad, Marta Coboe, f, Xavier Corbellag, h, Concepción Cruzadoi, Teresa Gijón-Condej, Álvaro González-Francok, Cristina Ibarrola Guillénl, Pau Llácern, Manuel Méndez-Bailónn, Javier Muniz ~ f,o, Julio Núñez ~ f,p, María Teresa San Saturninoq, Arantxa Matalir, José M. García-Pinilla.	Revista de Cardiología Climic	2020	Se conformó un panel Delphi multidisciplinario integrado por un comité asesor de 15 expertos y un panel adicional de 31 expertos. A través de una revisión bibliográfica sistemática y entrevistas individuales semiestructuradas se realizó un diagnóstico e identificación de retos y áreas de mejora a lo largo del proceso asistencial. El panel Delphi consensuó y priorizó los factores clave con la metodología Delphi Rand/UCLA, valorando su adecuación y necesidad.  Para las entrevistas se utilizó un cuestionario semiestructurado adaptado por perfiles profesionales que permitió revisar y caracterizar el recorrido del paciente en diferentes modelos asistenciales e identificar los principales retos, áreas de mejora y buenas prácticas, así como los factores clave para mejorar la asistencia a lo largo del mismo.	Se conformó un panel Delphi multidisciplinario integrado por un comité asesor de 15 expertos y un panel adicional de 31 expertos. A través de una revisión bibliográfica sistemática y entrevistas individuales semiestructuradas se realizó un diagnóstico e identificación de retos y áreas de mejora a lo largo del proceso asistencial. El panel Delphi consensuó y priorizó los factores clave con la metodología Delphi Rand/UCLA, valorando su adecuación y necesidad.  Para las entrevistas se utilizó un cuestionario semiestructurado adaptado por perfiles profesionales que permitió revisar y caracterizar el recorrido del paciente en diferentes modelos asistenciales e identificar los principales retos, áreas de mejora y buenas prácticas, así como los factores clave para mejorar la asistencia a lo largo del mismo.	Tras 2 rondas de valoración Delphi se consensuó una propuesta de 7 retos y 75 factores clave para el desarrollo de modelos integrados para la IC. Los 25 factores clave considerados altamente prioritarios se relacionan con la necesidad de una mayor coordinación y planificación a nivel de gestión sanitaria, el abordaje integral durante la hospitalización y la implantación de medidas de continuidad y coordinación asistencial, garantizando que se cubren las necesidades específicas de diferentes perfiles de pacientes.  Reto 6: Desarrollo del papel de la enfermería en la atención a la insuficiencia cardíaca Reconocer y promover la involucración de la enfermería como referente y líder de la educación en el autocuidado, autocontrol y adherencia del paciente/cuidador a los programas y en la mejora de la continuidad asistencial. Reto 7. Reforzar la formación específica en insuficiencia cardíaca Mantener una adecuada formación y actualización en IC de los profesionales priorizando el desarrollo y acceso a programas de formación acreditada en IC.



Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Intervenciones educativas de enfermería en pacientes ambulatorios con falla cardíaca(9)	Cañón Montañez, Wilson Oróstegui, Arenas Myriam	Enfermería global	2013	El objetivo del estudio fue determinar la eficacia de dos estrategias educativas de enfermería: (Educación Personalizada y Educación Telefónica) para aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad en pacientes ambulatorios con falla cardíaca.	Ensayo clínico aleatorizado. Análisis por intención de tratar.	Entre septiembre de 2010 y febrero de 2011, se evaluaron 242 pacientes ambulatorios con diagnóstico de FC en un hospital universitario en Bucaramanga -Colombia. Del total de los pacientes evaluados 157 (64.8%) cumplieron criterios de inclusión. Se Enfermería Global N° 31 Julio 2013 Página 57 excluyeron a 41 (26.1%) de los pacientes elegibles por presentar trastornos psiquiátricos conductuales, hipoacusia, déficit de memoria, no disponer de telefonía fija o móvil y por no aceptar participar para ingresar al estudio. En total fueron aleatorizados 116 pacientes (73.8%), 58 a recibir intervención educativa personalizada y 58 a recibir intervención educativa telefónica. Todos los pacientes asignados a intervención educativa telefónica recibieron las tres sesiones educativas planeadas. Por el contrario, del total de participantes que recibieron intervención educativa personalizada, 56 pacientes (96.5%) recibieron tres sesiones educativas, y 02 pacientes (3.5%) recibieron sólo una sesión.



Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Nivel de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. (10)	Diana Marcela Achury-S, Laura Picón, Diego Castaño-V, Mayra Alejandra Sánchez, Nicoll Martínez-F, Ana María Cárdenas, Luisa Alejandra Rodríguez	Comunidad y Salud	2019	Determinar el nivel de autocuidado de las personas con IC en una institución de cuarto nivel en el segundo periodo de 2017 y caracterizar socio demográficamente la población	Diseño descriptivo de corte transversal. Con un tamaño de muestra de 48 pacientes que asisten al programa de IC en una institución de salud de cuarto nivel, durante el segundo semestre del 2017. Para la recolección de la información se utilizó el Instrumento "Escala europea de autocuidado en falla cardíaca" que cuenta con pruebas de validez de constructo y consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,7. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias absolutas y relativas a través del programa SPSS 23 de 2014	<p>En relación al nivel global de autocuidado se observó que la mayoría de las personas se encuentran en un nivel alto y medio de autocuidado. A partir de la escala de respuesta tipo Likert, se pudo observar que los ítems donde predominaba la respuesta de siempre y casi siempre (Escala 1-2) correspondió al reconocimiento de signos de alarma, toma de la medicación, vacunación, dieta, ejercicio. Los ítems cuya puntuación reportó en algunas veces y casi nunca (Escala 3-4) estaban relacionados con el control del peso.</p> <p>El fomento del autocuidado puede mejorar de manera significativa los desenlaces y el curso de la enfermedad. Cañón<sup>10</sup> señala que la educación es una intervención efectiva e independientemente de la estrategia (personalizada o telefónica) es útil y por lo tanto los profesionales de enfermería deberían ser incluidos en los equipos multidisciplinarios de atención de manera que puedan desarrollar el rol de educadoras. Este resultado se contrapone con lo encontrado en los estudios de Arredondo et al,<sup>11</sup> y Conceição et al,<sup>12</sup> quienes encontraron bajos niveles de autocuidado y adherencia, los cuales estaban relacionados con la falta de programas educativos estructurados y un seguimiento continuo de los comportamientos que generan mayor dificultad en el control de su enfermedad. Esta divergencia está dada por que los participantes de este estudio hacía parte de un programa educativo contribuyendo a un adecuado autocuidado.</p> <p>La actividad física se convierte en una conducta muy importante en los desenlaces de la persona, sus beneficios son evidentes en la mejoría de la clase funcional, la calidad de vida y las tasas de hospitalización, razón por la cual los profesionales de enfermería deben incorporar herramientas motivacionales e identificar las barreras que limitan la actividad física para conseguir que un mayor número de pacientes adquieran hábitos de ejercicio estables y duraderos</p>
Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado(11)	Rodríguez M; Arredondo E; Herrera R.	Rev. Latino-Am. Enfermagem. scielo	2012	Determinar la efectividad de los programas educativos en el autocuidado del paciente	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	Los resultados de esta investigación sugieren que una intervención educativa de enfermería, como la presentada en este artículo tiene un efecto beneficioso en el mejoramiento de los comportamientos de autocuidado de las personas con IC. El programa educativo de enfermería tuvo una duración de nueve meses, en los que se hicieron encuentros educativos grupales, sesiones de tele enfermería y visitas domiciliarias. Para el apoyo de las actividades de la intervención se diseñó para uso de pacientes y cuidadores la cartilla educativa "Desarrollando comportamientos de autocuidado: una manera de afrontar la falla cardíaca.

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Programas de autocuidado y rol de la enfermería para mejorar los resultados clínicos en pacientes con insuficiencia cardíaca (12)	Wilson Cañón-Montañez, Mónica López de Ávila, Alba Luz Rodríguez-Acelas	Redalyc Revista de Enfermagem	2020	Evidenciar como los programas de autocuidado mejoran los resultados clínicos de los pacientes	Se desarrolló una revisión documental de estudios de investigación, revisión y otras tipologías de textos publicados en diversas bases de datos	<p>Los enfermeros tienen un gran potencial para ofrecer educación a pacientes con enfermedades crónicas, por lo que se convierten en los proveedores primarios del cuidado de la salud de las personas. La educación del paciente por el profesional de enfermería sigue dos orientaciones: una, de acción instrumental, que influye en la actitud y el comportamiento del paciente; la otra, de protección, que tiene la intención de minimizar la aprehensión del paciente con el tratamiento. El proceso de educación puede ser descrito en cinco pasos: 1) evaluación del conocimiento previo, la cognición, las actitudes, la motivación y los errores cometidos por los pacientes en su tratamiento. 2) identificar lo que se debe enseñar, considerando las potenciales barreras para el aprendizaje 3) planificación del contenido de la educación, con participación del paciente para definir objetivos individuales y escoger las mejores intervenciones para alcanzarlo. 4) planificación del modo como la educación será brindada 5) la evaluación crítica del proceso de educación establecida (Strömberg, 2005; Rabelo, Aliti, Domingues, Ruschel, &amp; Brun, 2007).</p> <p>La instrucción básica comprende informar al enfermo y a su cuidador sobre qué es la IC, qué ha causado que su corazón falle, cómo aliviar el trabajo cardíaco controlando el peso, la ingesta de sal y los líquidos, cuáles son los signos precoces de descompensación y qué hacer cuando aparecen (Rabelo et al., 2007; Strömberg, 2005). De manera que es muy importante que la educación que se brinde al paciente se base en su capacidad de entendimiento, además de que se repita de forma reiterativa para afianzar el logro de habilidades de autocuidado (Rabelo et al., 2007), y también es crucial tener en cuenta las barreras de aprendizaje que se puedan presentar en el paciente, como edad, comorbilidades, limitaciones funcionales o cognitivas (Strömberg, 2005). Desde luego, es ideal que se realice un plan de cuidado personalizado, donde se promuevan los hábitos de vida saludable de acuerdo con su cultura, género, condición, comorbilidades y condiciones socioeconómicas, y de esta manera favorecer la adaptación a los nuevos cambios y evitar que este plan sea abandonado en el transcurso del tiempo.</p> <p><b>ESTRATEGIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar intervenciones educativas antes, durante y después de la hospitalización por un equipo multidisciplinario.</li> <li>• Aumentar el conocimiento sobre todos los aspectos relacionados con la enfermedad (dieta, medicamentos, signos de alarma).</li> <li>• Telemonitorizar la adherencia a indicaciones y tratamientos.</li> <li>• Fomentar el aumento de actividad física diaria.</li> <li>• Crear redes de apoyo.</li> </ul>

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Evaluación de la implementación de una intervención educativa enfermera en pacientes atendidos en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Universitario Puerta de Hierro(13)	Hernández A; Gómez T; Martín M; Navarro M; Fernández C; García V; Briceño A; Cobo M; Segovia J.	Nure investigación. España	2012	Evaluar la eficacia de la implementación de una intervención educativa enfermera en pacientes con Insuficiencia Cardíaca en relación al nivel de conocimientos sobre su enfermedad, nivel de autocuidados, adhesión al tratamiento, satisfacción percibida, disminución del número de ingresos hospitalarios y mejora de la calidad de vida.	Estudio cuasiexperimental, con dos grupos: grupo control (formado por pacientes atendidos según la práctica habitual) y grupo experimental (formado por pacientes a los que se les aplicará la intervención educativa enfermera propuesta). Se incluirá a todos los pacientes (mayores de 18 años, buen nivel cognitivo, saber leer, firma consentimiento informado) con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) de reciente (3-6 meses) o nueva aparición, que se incluyan por primera vez en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Universitario Puerta de Hierro a partir de mayo de 2008. Muestra: 68 pacientes por grupo. La intervención educativa enfermera consistirá en impartir cuatro sesiones de 20 minutos antes del alta, se les entregará un DVD educativo de refuerzo, complementado con trípticos y guía explicativa; se reforzará la información al mes telefónicamente. Seguimiento: Visita basal (inclusión) y de seguimiento a los 15 días, a los 3 y 6 meses. Variables/Instrumentos: sociodemográficas y clínicas/entrevista e HC; calidad de vida, conocimientos, autocuidados y adherencia a los tratamientos/Cuestionarios validados. Análisis: medidas de tendencia central y dispersión. Análisis por tratamiento asignado.	Este estudio dio a conocer la implementación de una intervención educativa enfermera que mejora los resultados de salud de los pacientes atendidos. La intervención educativa enfermera propuesta consistió en la aplicación de un programa educativo protocolizado y estructurado, además de realizar seguimiento telefónico en consulta. Estos resultados positivos que generan, entre otros en la mejora del nivel de autocuidados de los pacientes, el aumento de la satisfacción de pacientes y profesionales con este tipo de intervenciones, la calidad de vida y la reducción de ingresos hospitalarios.

Estudio	Autores	Revista	Año	Objetivos	Metodología	Resultados
Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca(14)	Jorge Olmos Salamanca, Paola Victoria Madrid, Murcia, Gustavo, Adolfo, Mejía Linan, Mario Andrés Narváez Martínez.	Science Direct	2016	Sintetizar la literatura existente que hace referencia a los roles del profesional de enfermería y las características de cada uno en el paciente con falla cardíaca.	Se desarrolló una revisión documental de estudios de investigación, revisión y otras tipologías de textos publicados en diversas bases de datos, utilizando los descriptores «insuficiencia cardíaca», «rol de la enfermera», «atención de enfermería» y «Enfermería». Los textos seleccionados se organizaron en temáticas que permitieron mejorar la comprensión del fenómeno.	<p>El rol de cuidar o asistencial es el papel de las relaciones humanas, el cual incluye aquellas actividades que preservan la dignidad del individuo. Implica una relación enfermera-paciente-familia-entorno y la identificación de una situación en busca de satisfacer todas las necesidades del paciente, requiere compromiso de cada uno de los miembros del grupo de salud.</p> <p><b>Rol administrativo o gerencia del cuidado:</b> el profesional de la salud debe organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna y continua,</p> <p><b>Rol investigativo:</b> Desde el enfoque investigativo en el cuidado del paciente con falla cardíaca, enfermería ha logrado grandes avances en materia de fomento de autocuidado adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como en implementación de estrategias educativas basadas en visitas domiciliarias y llamadas telefónicas</p> <p><b>Rol educativo:</b> los programas educativos tienen como objetivo no solamente mejorar el conocimiento, sino también los comportamientos que influyen sobre la enfermedad, así como también son considerados instrumento útil para desarrollar, mantener y cambiar las conductas de autocuidado.</p> <p>La intervención educativa de enfermería realizada durante el período de hospitalización trae mejoras en el conocimiento sobre la falla cardíaca y autocuidado de los pacientes, de tal modo que es un reto para los profesionales elaborar guías y sesiones de educación sanitaria individuales y grupales en las unidades.</p>

## DISCUSIÓN

De la revisión sistemática y exhaustiva de cada uno de los 14 artículos seleccionados partiendo del hecho de que la insuficiencia cardíaca es una enfermedad de alto impacto económico, social y emocional, es evidente el actuar responsable y participativo del profesional de enfermería tanto en la prevención, promoción y rehabilitación de este tipo de paciente, considerando imprescindible el que hacer en la práctica basada en la concienciación de este paciente para lograr así una eficacia en los cuidados que se ofrecen.

De los 14 artículos científicos revisados se obtiene que el 100% de ellos; concluyen que es efectivo la intervención educativa de enfermería y el equipo multidisciplinario en pacientes con falla cardíaca; la intervención educativa de enfermería personalizada es más eficaz, ya que una intervención educativa de enfermería telefónica para aumentar el conocimiento acerca de la enfermedad en pacientes ambulatorios con falla cardíaca.

Partiendo de este hecho podemos constatar en cada una de las revisiones la gran importancia del rol educativo en la practicas del cuidado de enfermería en el paciente con insuficiencia cardíaca, evidenciándose resultados favorables en la comprensión de la enfermedad, mejora del autocuidado y disminución del impacto en la calidad de vida, así como una significativa disminución de ingresos/admisión y reingresos/readmisión por descompensación de la enfermedad, mediante la utilización de herramientas educativas durante la hospitalización, como también el seguimiento telefónico y las visitas domiciliarias.

Por otra parte, coincide otro estudio que las diferentes estrategias de intervención de enfermería muestran los beneficios de la implementación de un programa en la adherencia al tratamiento fundamentado en las llamadas telefónicas y evaluación de la historia clínica; concluyen que el programa de seguimiento de la insuficiencia cardíaca congestiva conlleva a una reducción en la tasa de mortalidad

Desde la perspectiva educativa; los programas de enseñanza tienen como objetivo no solamente mejorar el conocimiento, sino también cambiar los comportamientos que influyen sobre la enfermedad, así como también son considerados instrumento útil para desarrollar, mantener y cambiar las conductas de autocuidado en pacientes con falla cardíaca; se ha evidenciado que desde el rol educativo en el manejo del paciente con ,insuficiencia cardíaca, se obtienen avances importantes en la implementación de programas, que contribuyan a mejorar la adherencia en el tratamiento de la población en mención.

Entre los factores más comunes, que perjudican el autocuidado están relacionadas al déficit de conocimiento de la enfermedad y del tratamiento; falta de concientización( a la no aceptación de la enfermedad),a la falta de adhesión al tratamiento o a la compleja terapéutica medicamentosa, a los efectos colaterales de los medicamentos ;las manifestaciones clínicas de la enfermedad; a la ausencia o poco apoyo familiar que se involucren en los cuidados del paciente después del alta ; a la discreta mejoría de los síntomas; y al tratamiento prolongado sin posibilidad de cura. Adicionado a esto está la falta de seguimiento del equipo de salud.

Es un reto para los profesionales de salud, mejorar la calidad de vida de pacientes con falla cardíaca. Por esta razón; se hace imperativo el desarrollo de estrategias de intervención, que den impacto y evidencia en el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca, involucrando a todos los actores, que permitan una significativa disminución las tasas de mortalidad, morbilidad a nivel mundial.

Las recomendaciones de la guía colombiana, que los pacientes con falla cardíaca deben ser evaluados para reiniciar su actividad laboral, después de un periodo razonable de estabilización clínica. Esta evaluación debe ser objetiva en cuanto a la capacidad de ejercicio, lo cual es útil en el momento de tomar la determinación de reiniciar la actividad laboral.

Las intervenciones multidisciplinarias de tipo educativo y aquellas orientadas a mejorar la condición física tienen efecto positivo en mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca. Ello, se relaciona con una disminución del riesgo de hospitalización. Para la mejora de adherencia al tratamiento se plantearon la estrategia educativa realizada por un profesional de enfermería, obteniendo una mejoría en la dimensión física a los 12 meses respecto de los controles. Así mismo, las intervenciones educativas realizadas a domicilio por enfermeras mostraron una mejoría significativa de la calidad de vida de estos pacientes.

Cabe resaltar, la importancia de conocer las intervenciones de seguimiento, cuidado y educación que se están realizando en relación al cuidado de los pacientes con IC, que buscan alcanzar oportunidades de mejora y, de esta manera, aumentar la calidad de vida de esta población. Sin embargo, aún hay poca evidencia, que evalúe el efecto combinado de las intervenciones educativas centradas en programas de autocuidado. La realización de una síntesis actualizada de la evidencia podría contribuir a comprender mejor el impacto de estos estudios para mejorar los resultados clínicos de los pacientes.

Los resultados de esta investigación sugieren, que una intervención educativa de



enfermería, tiene un efecto beneficioso en el mejoramiento de los comportamientos de autocuidado de las personas con IC. El programa educativo de enfermería tuvo una duración de nueve meses, en los que se hicieron encuentros educativos grupales, sesiones de tele enfermería y visitas domiciliarias. Para el apoyo de las actividades de la intervención se diseñó para uso de pacientes y cuidadores la cartilla educativa “Desarrollando comportamientos de autocuidado: una manera de afrontar la falla cardíaca.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

La evaluación crítica y analítica de los artículos científicos revisados, está de acuerdo con las normas técnicas de la bioética en la investigación asegurando, que cada uno de ellos haya dado cumplimiento a los principios éticos conocidos para la realización de una investigación.

Cabe resaltar, que para salvaguardar la identidad no se hace referencia a personas ni instituciones donde se elaboraron los diferentes estudios.

### **CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaramos, que no se conoce ningún conflicto de interés asociado con esta publicación, ni entre autores ni con ninguna institución.

### **CONCLUSIONES**

La insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades no transmisibles, que es responsable de una alta tasa de morbilidad y mortalidad en la población mundial caracterizada por la incapacidad del corazón para bombear sangre en cantidades suficientes para llevar riego a todos los órganos del cuerpo.

Esta patología crónica responsables de múltiples reingresos hospitalarios es de gran preocupación para la Salud Pública; ya que genera costo al sistema de salud y deterioro para la calidad de vida del paciente y del cuidador. Es por esta razón; que los investigadores han centrado su atención en buscar soluciones y tratamientos que eleven los años de vida de estos pacientes que cada día van en aumento.

Este manuscrito deja ver la importancia del papel del profesional de enfermería en el cuidado, recuperación, así como en el seguimiento, que se le brinda al paciente a su egreso, resaltando caracteres como: autocuidado y empoderamiento del paciente y su enfermedad, detección oportuna y el conocimiento de sus síntomas lo que evitará un reingreso hospitalario,



adherencia terapéutica adecuada, práctica de estilos de vida saludable enfocándose en un descanso - sueño, dieta y actividad física.

Se destaca en esta investigación el papel preponderante de la enfermera y enfermero como agente de cambio en un rol educativo, que logre la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca utilizando las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, que brinda individualizados, seguros y de calidad para así obtener resultados eficientes y eficaces buscando alcanzar oportunidades de mejora y de esta manera mejorar la calidad de vida de esta población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury-Saldaña Diana Marcela, Restrepo Laura, Munar María Kamila, Rodríguez Indira, Cely María Camila, Abril Natalia et al . Efecto de un programa de paciente experto en insuficiencia cardíaca. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2021 Dic 13]; 19( 57 ): 479-506. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100015&lng=es). Epub 16-Mar-2020. <https://dx.doi.org/eglobal.19.1.361801>.
- Achury-S, Diana Marcela Picón, Laura Castaño-V, Diego Sánchez, Mayra Alejandra Martínez-F, Nicoll Cárdenas, Ana María Rodríguez, Luisa Alejandra. Nivel de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. 2017. 2019 Enero - Junio; 17(1). <http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/654321/2884>
- Alba S, Francisco. Empoderamiento del paciente con insuficiencia cardíaca: Intervención de enfermería ante un paciente con diagnóstico de déficit de conocimientos.. [Online].; 2018. Available from: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/136924/TFG\\_AlbaSaa\\_EmpoderamientoInsuficienciaCardiaca.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/136924/TFG_AlbaSaa_EmpoderamientoInsuficienciaCardiaca.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Aucapiña Tipán, Vilma Mercedes. Evaluación De Atención De Enfermería a Pacientes Con Insuficiencia Cardíaca Congestiva Que Acuden a Emergencia Hospital Rodríguez Zambrano Manta 2010 Y Propuesta De Protocolo Actualizado. 2012.
- Azevedo, P. Conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca: un estudio. *Revista electronica global de enfermería*. 2018, 10.
- Bocchi, E., & Arias, A. (2013). La realidad de la insuficiencia cardíaca en América Latina. *Revista del Colegio Americano de Cardiología*. Volumen 62, numero 11., 2.
- Boisvert, S., & Proulx, A. Una revisión integral de la literatura sobre intervenciones de enfermería destinadas a aumentar el autocuidado entre los pacientes con

- insuficiencia cardíaca. (2015)Revista Latino -Americana De Enfermagem., 2.
- Caballero, A Terapia Intensiva. La Habana: Editorial. Ciencias Médicas. (2006).
  - Cañon-Montañez W, López de Ávila M, Rodríguez-Acelas AL. Programas de autocuidado y rol de la enfermería para mejorar los resultados clínicos en pacientes con insuficiencia cardiaca. Revista de enfermería. 2020; 5(3).
  - Cañón Montañez, Wilson y Oróstegui Arenas Myriam. Intervenciones educativas de enfermería en pacientes ambulatorios con falla cardiaca. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Jul [citado 2021 Octubre ]; 12( 31 ): 52-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300004&lng=es).
  - Cardenas, R., Cobeñas, J., & García, Y. Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del cuarto de Urgencia. (2017)Perú: Tesis de la Universidad Peruana.
  - Comín-Colet J, Alcober L, Calero-Molina E, Cobo M, Corbella X, Cruzado C, et al. Factores clave para modelos de atención a la insuficiencia cardiaca. Una visión integradora y multidisciplinar. REC: Cardio clinics. 2021.
  - Davila, F. El autocuidado del paciente con insuficiencia a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. (2014).Revista Mexicana de enfermermería cardiológica., 71.
  - De la Fuente, M., & Rojas, M.. mplantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. (2018).Medicina científica, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569117302206?via%3Dihub>.
  - Febre, N., Gómez, K., Mendez, P., & Morales, V. Calidad de enfermeria:su gestion e implementacion. (2018)Med.cli, 4.
  - González Marcela, Pedrero Víctor. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2013 [citado 2021 Noviembre 2021 ]; 32( 2 ): 134-140. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602013000200008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602013000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602013000200008>.
  - Hernández Rivas A, Soria Gómez T, Martín Rodríguez M, Arnaiz Villanueva N, Segoia Cubero J. Evaluación de la implementación de una intervención educativa enfermera en pacientes atendidos en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital Universitario Puerta de Hierro. NURE Inv [Internet]. Nov-dic 2012 [citado día mes año]; 9(61):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE61\\_proyecto\\_evaluacion.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE61_proyecto_evaluacion.pdf)
  - Mir, Moya, Salmeron, Piñera y otros.. tratado de medicina de urgencias. Madrid: editorial. Ergon. (2011)
  - Natividad Mamani Huillc. “Cuidado de enfermería en la persona con insuficiencia cardiaco congestiva, servicio de medicina, hospital Antonio Lorena. Perú.2017.

Disponible en <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6936>

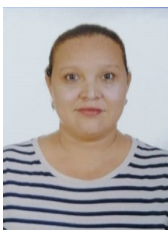
- O.M.S. Enfermedades cardiovasculares. (17 de 6 de 2017) Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Olmos Salamanca J, Madrid Murcia P, Mejía Liñan G, Narváez Martínez M. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2016.
- Palomino, A. Calidad de atención de enfermería y satisfacción del paciente en el área de emergencia. Perú (2018): tesis universidad Peruana.
- Ramírez, A. . Metodología de la investigación científica. Julio 2021, de Reposorio Universidad Javerian . (2015).Sitio web: <http://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/1.pdf>
- Rodríguez M; Arredondo E; Herrera R. Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado.2012.<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200012>
- Rovira, Elías Urgencias en Enfermería. Primera edición. Editorial Lexus. España. (2012).
- Sampiere HR. Metodología de la Investigación. In. Mexico: McGrawHill; 2014. p. 634.
- Sanjur, J.Las enfermedades cardiovasculares. (2010).Panamá: Tesis , ULAT.
- Urden, L y Colaboradores (2003). Cuidados Intensivos en Enfermería. España: Editorial Harcourt/ Océano.
- Valderrama Charry LD, Rojas Beltrán JP. Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. cultura [Internet]. 9 de diciembre de 2019 [citado 13 de diciembre de 2021];16(2):19-31. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5850>
- Veronique, R.. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. (2015).Publicaciones medicas científicas., 3.

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD



**Muriel De León Núñez**

Policlinica Horacio Díaz Gómez, Santiago de Veraguas, Panamá  
muriel2110@gmail.com



**Marisín Ábrego Batista**

Policlinica Horacio Díaz Gómez, Santiago de Veraguas, Panamá  
mayerly0101@hotmail.com

**DOI:** 10.37594/saluta.v1i2.589

Fecha de recepción: 18/06/2020

Fecha de revisión: 29/06/2020

Fecha de aceptación: 20/07/2020

### RESUMEN

La calidad de la atención en los servicios de salud y lograr la satisfacción de los usuarios ha constituido un problema de siempre y difícil de abordar debido a los diferentes elementos que la constituyen: calidad para el paciente, calidad administrativa (Institucional) y calidad profesional. El propósito de esta investigación es identificar los factores que influyen en satisfacción de los usuarios en los servicios de salud. Es un estudio de tipo descriptivo, narrativo, analítico de corte retrospectivo, que incluyó consulta bibliográfica en bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet, Redalyc, Elsevier y Google Académico. Se seleccionaron 10 artículos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. En lo que se refiere a satisfacción de los usuarios y en calidad de atención a los servicios de salud se encontraron 10 referencias en la investigación, de países latinoamericanos (México, Cuba y Paraguay) y europeos (España y Portugal). La satisfacción de las personas usuarias está compuesta por múltiples factores, entre estos se encuentran: los factores relacionados a la accesibilidad al personal (sanitario y no sanitario), accesibilidad física y económica a las instalaciones de salud, accesibilidad a la información y uno de los factores que más insatisfacción mostró fue el tiempo de espera a citas o turno o la capacidad de respuesta de los servicios de salud hacia los usuarios.

**Palabras Clave:** satisfacción, calidad de atención, servicios de salud, atención a los usuarios

## FACTORS THAT INFLUENCE THE SATISFACTION OF USERS OF HEALTH SERVICES

### ABSTRACT

The quality of care in health services and achieving user satisfaction has been a long-standing problem and difficult to address due to the different elements that constitute it: quality for the patient, administrative quality (Institutional) and quality professional. The aim of this project is identify the factors that influence user satisfaction in health services. This is a descriptive, narrative, analytical retrospective study, which included bibliographic consultation in databases: PubMed, Scielo, Dialnet, Redalyc, Elsevier and Google Scholar. Ten articles that meet the inclusion and exclusion criteria were selected. Regarding user satisfaction and the quality of health services, 10 references were found in the research, from Latin American countries (Mexico, Cuba and Paraguay) and from Europe (Spain and Portugal). User satisfaction is composed of multiple factors, among these are: factors related to accessibility to personnel (health and non-health), physical and economic accessibility to health facilities, accessibility to information and one of the factors that showed the most dissatisfaction was the waiting time for appointments or shift or the response capacity of health services towards users.

**Keywords:** Satisfaction, attention quality, health service, attention to users.

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados (clientes, proveedores, planificadores, sanitaristas), define la calidad así: *“La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”*.

La búsqueda de la calidad constituye una prioridad en la gestión de los servicios de la salud. Tal es así, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) estableció como novena función esencial de la salud pública, la garantía y mejora de la calidad de los servicios, tanto individual como colectiva. En ese sentido, se desarrollaron sistemas evaluativos de satisfacción de los usuarios como herramientas para mejorar la calidad de los servicios.

La calidad de la atención en los servicios de salud y lograr la satisfacción de los usuarios

ha constituido un problema de siempre y difícil de abordar debido a los diferentes elementos que la constituyen: a) calidad para el paciente, b) calidad administrativa (Institucional) y c) calidad profesional. (Lavadenz, 2011)

Es en este sentido, es que se plantea la necesidad de brindar un servicio de calidad técnica que responda a los derechos y expectativas de los usuarios y usuarios de manera eficiente, respetuosa y con equidad, usando racionalmente los recursos disponibles e incorporando la interculturalidad en las atenciones realizadas en el centro de salud.

En Panamá, se han desarrollado políticas de salud que incluye, dentro de su planificación nacional el tema de la calidad de los servicios de salud. (MINSA, 2016)

Esta revisión se fundamenta en aportar información relacionada con la calidad como un aspecto de interés para la salud pública. La mejora de los sistemas salud y, en este sentido, examinar tendencias en la satisfacción de los usuarios, puede permitir evaluar el impacto de las políticas de salud adoptadas, observando la influencia de estos cambios sobre las opiniones, experiencias y actitudes de los ciudadanos en materia de salud. Los estudios de tendencias en Panamá son limitados y no hay análisis de tendencias de indicadores relacionados con la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.

El objetivo de esta revisión es identificar los factores que influyen en satisfacción de los usuarios en los servicios de salud. Uno de los aportes más importantes que busca esta investigación es presentar los factores más relevantes que influyen en la satisfacción de atención de los usuarios que acuden a los diferentes servicios de salud, y establecer soluciones, de ser necesarias para corregir aquellas situaciones en la que se comprometa la calidad de atención a los pacientes.

## **MARCO CONTEXTUAL**

Los sistemas sanitarios pretenden mejorar la salud de los ciudadanos mediante la curación, prevención y rehabilitación. Sin embargo, se ven influidos por factores políticos, sociales, culturales y económicos de cada país. Los sistemas de gestión de la calidad permiten asegurar la calidad intrínseca y percibida de las prestaciones. La calidad intrínseca se centra en el diseño, ejecución y evaluación de procesos. La calidad percibida está dirigida a la evaluación y satisfacción de los usuarios.

## **CALIDAD DE ATENCIÓN**

ISO 9000:2015, define el término calidad como grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria. La definición que usa el organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402, establece que la calidad es la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas.

La calidad también ha sido definida como el conjunto de características de un servicio o productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse seguro de poseer un producto o de recibir un buen servicio al más bajo costo posible.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014; define a la calidad de atención como el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

## **CALIDAD EN EL SECTOR SALUD**

*“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”* (Barrios, 2014)

Es importante sensibilizar a los profesionales, no sólo de la importancia del concepto de calidad, sino del por qué y para qué se creó, qué persigue y cuál es su fin. Es imprescindible trabajar en un equipo que incluya a todos: profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares, residentes y facultativos, y realizar el trabajo con una organización que permita la interrelación entre servicios para mejorar la atención al paciente.

Es fundamental incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, fomentar y dar a conocer dentro de la organización la importancia de todos, que cada uno cuenta y es determinante en la atención del paciente. De esta manera, la atención se realizará con éxito y se conseguirán mejores resultados.



## CONCEPTO DE SATISFACCIÓN

La satisfacción, entendida como la capacidad de generar una experiencia positiva de los usuarios y la población en contacto con los servicios sanitarios, ha sido ampliamente estudiada desde los años 60, a pesar de su naturaleza subjetiva. Gobiernos y analistas de políticas han utilizado la satisfacción del paciente como un enfoque para evaluar el desempeño de los sistemas sanitarios. Las instituciones de salud de nuestro país regularmente monitorizan la satisfacción de sus pacientes y desarrollan estrategias para mejorar la calidad y lograr una mejor posición en el mercado. Conocer la satisfacción permite predecir, entre otros, el cumplimiento terapéutico y el posible retorno ante un nuevo episodio. Estos dos puntos son estratégicos y su resultado influye directamente sobre los costes, rentabilidad y sostenibilidad de las organizaciones. (Pérez-Cantó & als, 2019)

El concepto de satisfacción del usuario se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio.

El tema de la satisfacción del usuario es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción, pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: *“comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria”* es una de las más simples y aceptadas. (Seclén-Palacín & Darras, 2005)

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

La satisfacción del usuario es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. Según la literatura consultada importa destacar, desde una perspectiva multidimensional, los siguientes factores que influyen en la satisfacción:

- Factores individuales: demográficos (edad, sexo, raza, etc.), sociales (estado civil, grupo social, nivel de estudios, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social, etc.), económicos (nivel de ingresos y gastos), culturales (etnia, expectativas, concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad, etc.) y experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio).
- Factores familiares/sociales: experiencias de amigos con el servicio, familiares,

de la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.

- Factores del servicio de salud: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud (comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad).

En los últimos años, el estudio de satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios sanitarios, se ha convertido en un instrumento de valor creciente, tomando ejemplos como la encuesta de satisfacción de usuarios con los servicios de atención primaria realizada por el centro de investigaciones sociológicas aplicada durante varios años.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática desde el mes de marzo a junio del 2020, para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de la lectura científica consultada respecto al tema.

Esta investigación es de tipo descriptivo, narrativo, analítico de corte retrospectivo, que incluyó consulta bibliográfica, revisión de 50 artículos relacionados a la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud, con la intención de identificar los factores que influyen en el grado de satisfacción de los usuarios que acuden y utilizan los servicios de salud.

Se cumplieron los siguientes pasos: determinación de los criterios de inclusión y exclusión, categorización de los estudios, evaluación crítica de los estudios seleccionados, evaluación de los resultados y se elaboró una discusión e interpretación de los resultados y presentación de la revisión.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet, Redalyc, Elsevier y Google Académico. Para las búsquedas se utilizó lenguaje natural con las siguientes palabras: satisfacción del paciente/ atención del paciente/ calidad de atención/ servicios de salud/ satisfacción de usuarios/calidad de asistencia sanitaria/ calidad percibida/satisfacción de los servicios de salud; y la combinación de ellos mediante operadores booleanos como OR/AND.

**Tabla 1.** Estrategia de Búsqueda Según la base de Datos

Base de Datos	Descriptores	Estrategias de Búsqueda
PubMed	Satisfacción de Usuarios Servicios de salud	Satisfacción de Usuarios AND Servicios de salud
Scielo	Satisfacción de pacientes Atención Médica	Satisfacción de pacientes AND Atención Médica
Dialnet	Calidad de Atención Satisfacción de los servicios de salud	Calidad de Atención AND Satisfacción de los servicios de salud
Redalyc	Calidad de asistencia sanitaria Satisfacción del paciente	Calidad de asistencia sanitaria OR Satisfacción del paciente
Elsevier	Calidad percibida Satisfacción de los servicios en salud	Calidad percibida AND Satisfacción de los servicios en salud
Google Académico	Atención del paciente	Atención del paciente OR Satisfacción del usuario

La fecha de publicación de los artículos consultados va desde el 2014 hasta el 2020, que presentaran de manera clara la metodología y el referencial teórico seleccionado. Los criterios de inclusión de los artículos fue que estuvieran publicados en los últimos 7 años, en idiomas inglés o español; se aceptaron artículos más antiguos por su relevancia con el tema propuesto en el caso de la introducción para aclarar conceptos y para el contexto del marco contextual en donde se plantean datos importantes que sustentan esta revisión.

Dentro de los criterios de exclusión o se aceptaron artículos con una antigüedad superior a los 10 años como base del estudio de los resultados del trabajo; ni artículos que no estuvieran relacionados con el tema de estudio y que no cumplieran los criterios de inclusión.

Para la revisión y selección de los estudios, después de identificar y eliminar los que estaban duplicados se procedió a leer los títulos y resúmenes para comprobar los que tenían pertinencia con el tema abordado, fueron eliminados los que no cumplían con este criterio, de los artículos restantes se realizó una lectura de su contenido completo para realizar la extracción de los datos necesarios para el estudio.

**Tabla 2.** Matriz de Discusión de los Resultados

ARTICULO	AUTOR	PAÍS	REVISTA	RESULTADOS	FACTOTRES QUE INFLUYEN
1. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliar: modelo integrado vs. modelo dispensarizado.	Marta Gorina et als.	España	Atención Primaria	Los usuarios del modelo dispensarizado estaban más satisfechos que los del modelo integrado. Existía una mayor continuidad asistencial en el modelo dispensarizado y un menor porcentaje de ingresos hospitalarios en el último año.	La satisfacción de los usuarios de ambos modelos no estaba asociada al género ni a la percepción de salud y autonomía por parte del paciente
2. Satisfacción de los usuarios sobre las fuentes de información electrónica en un hospital de tercer nivel de atención médica	Rafael Culebro-Trujillo et als.	México	Educación Médica	Se obtuvieron 100 encuestas, con satisfacción del 92% en cuanto a la vigencia de las fuentes de información, del 93% respecto al tipo de fuentes disponibles para el uso, del 91% para disponibilidad de las mismas, del 89% para el acceso, del 84% para el tiempo asignado para el acceso, del 58% con respecto a la velocidad de la conexión, del 71% en las condiciones del equipo de cómputo, del 95% con respecto a la calidad de atención brindada por el personal bibliotecario y del 94% para a la asesoría recibida por el persona	Velocidad de conectividad, tiempo de las fuentes de información, equipos de cómputo y sus condiciones.
3. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica	Eduardo Vázquez-Cruz, Javier Sotomayor-Tapia, et als	México	Salud Pública	260 (66%) femeninos, 135 (34%) masculinos, edad promedio 42.80, mínima 19 máxima 91, + 16.64. La satisfacción de la consulta con el médico familiar fue del 65%, con la atención por enfermería del 74%, con el personal no sanitario 59%, con elementos tangibles 82%, con la accesibilidad y organización 65%, con el tiempo de espera para laboratorio, gabinete, citas médicas y referencia 49%	Factores como el tiempo de espera la laboratorio, citas médicas y referencias resultaron por debajo del 60 %

ARTICULO	AUTOR	PAÍS	REVISTA	RESULTADOS	FACTORES QUE INFLUYEN
4. Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español	M.C. Valls Martínez, E. Abad Segura	España	An. Sist. Sanit. Navar	La satisfacción del paciente con el SNS se explicó en un 57,32%, con el médico de familia en un 54,45% y con el especialista en un 55,11%. En los tres tipos de satisfacción influyó positiva y significativamente el número de médicos especialistas, el número de ingresos hospitalarios y la mortalidad intrahospitalaria, mientras que lo hizo negativamente el número de intervenciones quirúrgicas.	El mayor uso de equipos de tomografía axial computarizada y la tasa de infección hospitalaria influyeron negativamente en la satisfacción con el SNS y con el médico especialista, mientras que el mayor porcentaje de cirugía ambulatoria lo hizo de forma positiva. La estancia media hospitalaria muestra una relación negativa con la satisfacción con los médicos de familia y especialistas
5. Opinión de los facultativos y usuarios sobre avances de la e-salud en atención primaria	Andrés Cernadas Ramos, et als	España	atención primaria	Los servicios de salud en línea son positivamente valorados por usuarios y facultativos de atención primaria en términos de ahorro de costes. No obstante, la interacción presencial sigue considerándose clave en la calidad de servicio. Se comparte la preocupación por la seguridad de los datos y por las deficiencias formativas de usuarios y de facultativos en el acceso y la provisión de servicios de e-salud. El diseño adecuado de las aplicaciones constituye un condicionante para la aceptación y la difusión de las tecnologías que sostienen la salud en línea	Se prefiere la atención presencial y no la virtual; porque les preocupa la seguridad de sus datos y el acceso a los servicios de e-salud
6. Satisfacción de los usuarios de unidades de salud familiar del Paraguay en 2020: estudio multicéntrico	Raúl Emilio Real Delor, et als	Paraguay	Rev. Del Nacional	257 mujeres con edad media de 44 años y 86 varones con edad media de 46 años. Predominó el estado civil casado o concubinado (62 %), con educación superior (62 %), con ingresos propios (54 %) y mala calidad de vida (57 %). La satisfacción con la atención de la salud fue del 49 %. Las mujeres con ingreso propio fueron las que presentaron mayores frecuencias de insatisfacción siendo estas diferencias estadísticamente significativas con otros grupos	el grado de insatisfacción con los servicios de las unidades de salud fue elevado por lo que se recomienda identificar factores causales y realizar intervenciones para mejorar el servicio prestado

ARTICULO	AUTOR	PAÍS	REVISTA	RESULTADOS	FACTOTRES QUE INFLUYEN
7. Satisfacción del Usuario y Calidad de Atención del Servicio de Medicina Interna del Hospital DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCA- YO - PERÚ	Richard J. Febres-Ramos <sup>1,a</sup> , Miguel R. Mercado-Rey	perú	Rev. Facultad de Medicina Humana	El 57% de la muestra fue de sexo femenino, el rango de edades de los participantes osciló entre 36 a 45 años. Asimismo, el 36% de los usuarios contaba con educación secundaria completa y el 63% fueron pacientes continuadores. Se obtuvo una satisfacción global de 60,3%. Los valores porcentuales dependieron básicamente de las dimensiones seguridad y empatía con 86,8 % y 80,3 % de satisfacción respectivamente. El mayor nivel de insatisfacción la obtuvo la dimensión de aspectos tangibles con el 57,1 % de usuarios insatisfechos, seguida de la dimensión de capacidad de respuesta de los servicios de salud con el 55,5% de insatisfacción	El sistema de salud debe implementar estrategias de mejora de los servicios de atención con el fin de proporcionar una atención oportuna y de calidad a los usuarios
8. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	Susana Montalvo, et als	Perú	Ciencia y Desarrollo	indican que el 65,1% de usuarios indican que la calidad del servicio que reciben es regular, el 45,4% de usuarios se encuentran parcialmente satisfechos y se halló estadísticamente que existe una correlación moderada, directa y significativa entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario. El coeficiente de correlación rho de Spearman es de 0,590 con un p-valor inferior al nivel de significancia ( $p=0,000<0,05$ ).	Mientras exista una mejor calidad de servicio, los usuarios se sentirán más satisfechos

ARTICULO	AUTOR	PAÍS	REVISTA	RESULTADOS	FACTOTRES QUE INFLUYEN
9. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en la Unidad de Salud Cuba Libre 24 horas	MERO, Lisseth C. 1 ZAMBRA-NO, María I.2 BRAVO, María A.3	Cuba	Rev. ESPA-CIOS	En el primer trimestre del año 2019, los valores negativos reflejados en esta tabla son los que causan insatisfacción al paciente siendo la “Satisfacción del tiempo de espera para cita o turno” con valor negativo -20, lo cual señala que hay debilidades en el área de admisión y atención al usuario, al momento de brindar atención existen demoras en las citas médicas, situación que no solo depende del agendamiento de la unidad, ya que el 90%, lo cubre un centro de llamadas, quedándose sin citas médicas grupos vulnerables, valor negativo que se toma como referencia, en razón de que en este factor se concentra la mayoría de las inconformidades. “Instalaciones del establecimiento” con -21, indica que el usuario no está conforme con la infraestructura del mismo, situación que se ha dado a conocer a las autoridades del Centro de Salud,	Se evaluó en términos generales a la organización, cuyos resultados indican que los servicios que se relacionan directamente con el usuario de salud son negativos
10. Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19	S. Gomes-de Almeida, et als	Portugal	Medicina de Familia	Las consultas de seguimiento de diabetes representaron el 34,4% del total. Mayoritariamente hubo un alto nivel de satisfacción e interés en el seguimiento futuro con telemedicina. Sin embargo, los individuos diabéticos y mayores estaban menos interesados en este tipo de seguimiento. El 70,6% de los pacientes sanos prefirió el contacto por correo electrónico al teléfono. Ha sido analizado el número de consultas entre enero-febrero y abril-mayo de 2020 donde se destaca: una reducción significativa del número de consultas presenciales por diabetes (-50,1%) y por hipertensión (-94,1%). Las consultas presenciales por cualquier razón disminuyeron un 72,6% y las no presenciales aumentaron un 61,9%. Existe un sesgo de selección porque la muestra no fue aleatoria.	Este estudio permitió confirmar la importancia de la telemedicina en atención primaria, sobre todo durante la pandemia. En general, los participantes se quedaron satisfechos con la telemedicina y reconocieron su utilidad en el acceso a los cuidados de salud.



Se realizó una lectura crítica de los 10 artículos, se elaboraron los resultados y las conclusiones alcanzadas en base a los datos que se obtuvieron de la bibliografía.

En el análisis, se buscó identificar las ideas centrales de los artículos, pasando por la interpretación de los sentidos de estas ideas en categorías empíricas o núcleos de sentido, llegando a la descripción de temas, como clasificaciones más amplias. En resumen, fueron recorridos los siguientes pasos de análisis:

1. la lectura exhaustiva de cada artículo con el propósito de alcanzar una comprensión global y descubrir el abordaje utilizado por sus autores;
2. la identificación de las ideas centrales de cada artículo; (tipo o diseño del estudio, objetivos, metodología, resultados y conclusiones)
3. la clasificación de las ideas en torno de núcleos de sentido;
4. la comparación entre los diferentes núcleos de sentido presentes en los artículos estudiados;
5. la clasificación de los núcleos de sentido en ejes más amplios (temas) en torno de los cuales giraban las discusiones de los autores y
6. la redacción de las síntesis interpretativas de cada tema.

## RESULTADOS

En lo que se refiere a satisfacción de los usuarios y en calidad de atención a los servicios de salud se encontraron 10 referencias en la investigación, de países latinoamericanos (México, Cuba y Paraguay) y europeos (España y Portugal)

Los estudios que compararon el grado de satisfacción de los usuarios y su opinión en diferentes modelos de atención en salud resultaron interesantes, ya que hoy día existen diferentes modelos innovadores que buscan mejorar y agilizar la atención de diferentes servicios de salud.

El artículo 1 cuyo objetivo era comparar la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado versus el modelo dispensarizado; se demostró a través de una encuesta a 158 pacientes que los usuarios del modelo dispensarizado estaban más satisfechos que los del modelo integrado. Existía una mayor continuidad asistencial en el modelo dispensarizado y un menor porcentaje de ingresos hospitalarios en el último año. De igual manera el artículo 5 intentaba conocer la opinión de los facultativos y usuarios sobre avances de la e-salud en atención primaria; y se observó que, para una muestra de 29 usuarios y 33 facultativos vinculados a atención primaria, los servicios de salud en línea son positivamente

valorados por usuarios y facultativos de atención primaria en términos de ahorro de costes. No obstante, la interacción presencial sigue considerándose clave en la calidad de servicio. Se comparte la preocupación por la seguridad de los datos y por las deficiencias formativas de usuarios y de facultativos en el acceso y la provisión de servicios de e-salud. El diseño adecuado de las aplicaciones constituye un condicionante para la aceptación y la difusión de las tecnologías que sostienen la salud en línea.

Conocer el grado de satisfacción y los elementos mejor y peor valorados en relación a una institución o servicio resultó de interés según los documentos encontrados para evaluar los factores que afectan la satisfacción de los usuarios en las prestaciones de los servicios de salud; ya que la satisfacción de las personas usuarias era el elemento más importante a la hora de medir la calidad y reflejaba la opinión de los usuarios acerca de aspectos estructurales, funcionales y organizativos del centro sanitario.

En el artículo 2, un estudio descriptivo que buscaba conocer la satisfacción de los usuarios sobre las fuentes de información electrónica en un hospital de tercer nivel de atención médica se observó que para 100 encuestas realizadas, con satisfacción del 92% en cuanto a la vigencia de las fuentes de información, del 93% respecto al tipo de fuentes disponibles para el uso, del 91% para disponibilidad de las mismas, del 89% para el acceso, del 84% para el tiempo asignado para el acceso, del 58% con respecto a la velocidad de la conexión, del 71% en las condiciones del equipo de cómputo, del 95% con respecto a la calidad de atención brindada por el personal bibliotecario y del 94% para a la asesoría recibida por el personal. De igual forma, el artículo 3, demostró que, para una población de 395 pacientes atendidos en una Unidad Médica de Puebla, México, donde se deseaba conocer la satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica; 260 (66%) femeninos, 135 (34%) masculinos, edad promedio 42.80, mínima 19 máxima 91, + 16.64. La satisfacción de la consulta con el médico familiar fue del 65%, con la atención por enfermería del 74%, con el personal no sanitario 59%, con elementos tangibles 82%, con la accesibilidad y organización 65%, con el tiempo de espera para laboratorio, gabinete, citas médicas y referencia 49%.

Por otro lado, el artículo 4 cuyo objetivo era conocer la satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español; resultó que La satisfacción del paciente con el SNS se explicó en un 57,32%, con el médico de familia en un 54,45% y con el especialista en un 55,11%. En los tres tipos de satisfacción influyó positiva y significativamente el número de médicos especialistas, el número de ingresos hospitalarios y la mortalidad intrahospitalaria, mientras que lo hizo negativamente el número de intervenciones quirúrgicas. Así mismo, el

artículo 6, que buscaba conocer la Satisfacción de los usuarios de unidades de salud familiar del Paraguay en 2020: estudio multicéntrico; demostró que para una población de 343 sujetos; 257 mujeres con edad media de 44 años y 86 varones con edad media de 46 años. Predominó el estado civil casado, (62%), con educación superior (62%), con ingresos propios (54%) y mala calidad de vida (57%). La satisfacción con la atención de la salud fue del 49%. Las mujeres con ingreso propio fueron las que presentaron mayores frecuencias de insatisfacción siendo estas diferencias estadísticamente significativas con otros grupos.

En el artículo 7 se alcanzó identificar el nivel de Satisfacción del usuario y calidad de Atención del Servicio de Medicina Interna del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo en Perú; ya que de una muestra de 292 pacientes el 57% de la muestra fue de sexo femenino, el rango de edades de los participantes osciló entre 36 a 45 años. Así mismo, el 36% de los usuarios contaba con educación secundaria completa y el 63% fueron pacientes continuadores. Se obtuvo una satisfacción global de 60,3%. Los valores porcentuales dependieron básicamente de las dimensiones seguridad y empatía con 86,8 % y 80,3 % de satisfacción respectivamente. El mayor nivel de insatisfacción la obtuvo la dimensión de aspectos tangibles con el 57,1 % de usuarios insatisfechos, seguida de la dimensión de capacidad de respuesta de los servicios de salud con el 55,5% de insatisfacción.

Se determinó la calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, en el artículo 8; ya que de una muestra de 152 usuarios indicó que el 65,1% de usuarios indican que la calidad del servicio que reciben es regular, el 45,4% de usuarios se encuentran parcialmente satisfechos y se halló estadísticamente que existe una correlación moderada, directa y significativa entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario.

En el artículo 9, los resultados reflejaron que en el primer trimestre del año 2019, los valores negativos reflejados, son los que causan insatisfacción al paciente siendo la *“Satisfacción del tiempo de espera para cita o turno” con valor negativo -20, lo cual señala que hay debilidades en el área de admisión y atención al usuario, al momento de brindar atención existen demoras en las citas médicas, situación que no solo depende del agendamiento de la unidad, ya que el 90%, lo cubre un centro de llamadas, quedándose sin citas médicas grupos vulnerables, valor negativo que se toma como referencia, en razón de que en este factor se concentra la mayoría de las inconformidades. “Instalaciones del establecimiento” con -21, indica que el usuario no está conforme con la infraestructura del mismo, situación que se ha dado a conocer a las autoridades del Centro de Salud.*

Finalmente, en el artículo 10 donde se buscaba conocer el grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la tele consulta durante la pandemia del COVID-19; resultó que, para una muestra de 253 individuos, las consultas de seguimiento de diabetes representaron el 34,4% del total. Mayoritariamente hubo un alto nivel de satisfacción e interés en el seguimiento futuro con telemedicina. Sin embargo, los individuos diabéticos y mayores estaban menos interesados en este tipo de seguimiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción para la edad, sexo y presencia/ausencia de diabetes. El 70,6% de los pacientes sanos prefirió el contacto por correo electrónico al teléfono. Se analizó el número de consultas entre enero-febrero y abril-mayo de 2020 donde se destaca: una reducción significativa del número de consultas presenciales por diabetes (-50,1%) y por hipertensión (-94,1%). Las consultas presenciales por cualquier razón disminuyeron un 72,6% y las no presenciales aumentaron un 61,9%. Existe un sesgo de selección porque la muestra no fue aleatoria. La mayor prevalencia de consultas de diabetes y la falta de ajuste por factores de confusión también pueden afectar los resultados.

Se han expuesto los elementos relacionados con el grado de satisfacción de las personas usuarias ordenando los resultados obtenidos en función de los objetivos propuestos, población y muestra. Así mismo se han explicado algunas generalidades encontradas en la bibliografía consultada y que nos han permitido obtener una visión global de los factores más relevantes que afectan a los usuarios en los diferentes servicios de salud.

## DISCUSIÓN

La satisfacción de las personas usuarias esta compuesta por múltiples factores, entre estos se encuentran; aquellos que parecen ser una constante en todos los estudios: los factores relacionados a la accesibilidad al personal (sanitario y no sanitario), accesibilidad física y económica a las instalaciones de salud, accesibilidad a la información y uno de los factores que más insatisfacción mostró fue el tiempo de espera a citas o turno o la capacidad de respuesta de los servicios de salud hacia los usuarios. Las variables como el sexo y la edad de los usuarios evaluados en esta revisión no mostraron ser un factor relevante que afecte la calidad de atención en los servicios de salud.

En referencia a la accesibilidad del personal el grado de satisfacción disminuye cuando no se cuenta con el médico especialista u otros profesionales de la salud que responda a las necesidades de los usuarios. Por otro lado, existe personal no sanitario que no está calificado o capacitado para atender pacientes en las instalaciones de salud; y que reflejan una mala atención a los pacientes al no disponer de las competencias o conocimientos necesarios para

brindar una atención de calidad u óptima a cualquier usuario que lo requiera.

La accesibilidad física y económica es otro factor que afecta a la satisfacción de los usuarios ya que los mismos utilizan sus propios medios para lograr adquirir una atención en salud, que cada día es más costosa y esto afecta la calidad de atención y empatía de los usuarios hacia los servicios de salud que ofrecen las instalaciones. Es importante señalar que dentro de los estudios revisados se comparó el acceso físico con respecto a la telemedicina para recibir atención en los servicios médicos, y se demostró que en tiempos de pandemia la telemedicina tuvo un alto porcentaje de aceptación, ya que debido a las medidas que se adoptaron a raíz de la pandemia COVID-19; la telemedicina fue una de las vías para recibir atención en salud en los diferentes servicios.

La accesibilidad de información es uno de los factores que influye en la calidad de atención a los usuarios ya que los equipos de cómputo que se utilizan no son los mas adecuados, la velocidad de conectividad puede ocasionar retrasos en los trámites de citas o atención oportuna en servicios como el laboratorio, farmacia, entre otros; e incluso la pérdida de información valiosa (expedientes) puede ocasionar graves problemas en la atención al paciente. Además, de los problemas de conectividad están las fallas en el sistema informático que provoca un alto grado de insatisfacción para el usuario, ya que pierde tiempo y dinero innecesariamente.

Finalmente, uno de los factores más importantes y que se mantuvo tres de los artículos seleccionados es el factor Tiempo de atención /respuesta o Capacidad de respuesta oportuna a los servicios de salud. El tiempo de espera en recibir atención se identificó con una correlación negativa entre el tiempo de espera y la satisfacción; de manera que cuanto más tiempo debe esperar la persona o usuarios de los servicios de salud para recibir atención sanitaria menor es su satisfacción con el servicio.

## CONCLUSIONES

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con factores como el estilo de vida, las experiencias previas y las expectativas de futuro. Este componente de subjetividad y su relación con el contexto social dificulta el análisis de la satisfacción del usuario. Sin embargo, el análisis de esta investigación es importante para proporcionar insumos de información pertinente y generar desde la gestión respuestas oportunas y optimización de los recursos sanitarios.

En conclusión, se observó una tendencia clara en que los factores que influyen en

la satisfacción de los servicios de salud son: los factores relacionados a la accesibilidad al personal (sanitario y no sanitario), accesibilidad física y económica a las instalaciones de salud, accesibilidad a la información y uno de los factores que más insatisfacción mostró fue el tiempo de espera a citas o turno o la capacidad de respuesta de los servicios de salud hacia los usuarios.

Definitivamente el factor de tiempo de respuesta o tiempo de espera se identificó con una correlación negativa entre el tiempo de espera y la satisfacción; de manera que cuanto más tiempo debe esperar la persona o usuarios de los servicios de salud para recibir atención sanitaria menor es su satisfacción con el servicio.

Los factores de accesibilidad al personal, accesibilidad física- económica y el acceso información a los servicios de salud promueven la insatisfacción de los usuarios provocando que estos porcentajes elevados se mantengan; por lo que las instalaciones de salud deben buscar estrategias de gestión para mejorar y lograr disminuir este porcentaje de satisfacción negativa de los usuarios hacia los servicios de salud.

Nuestro país no se excluye de los resultados obtenidos en esta revisión, ya que aunque hay información limitada, la misma refleja un grado de satisfacción negativa en servicios de salud como laboratorio, farmacia, tiempo de espera para obtener citas médicas y referencias.

El desafío es lograr una mejor comprensión de factores subyacentes que causan diferencias en la satisfacción, para enfocar estrategias de mejora en áreas de insatisfacción en las que las necesidades y expectativas de los pacientes no estén cubiertas.

## **RECOMENDACIONES**

Es recomendable que las autoridades sanitarias de las instalaciones de salud realicen las gestiones respectivas para implementar acciones que contribuyan a mejorar la satisfacción de los usuarios en cuanto al tiempo de respuesta, puesto que se calificó en un nivel de incipiente en los estudios revisados.

La educación continua de los profesionales sanitarios y no sanitarios debe realizarse periódicamente para prepararlos en una atención de calidad ante los usuarios que utilizan los diferentes servicios de salud y mejorar la valoración en cuanto a satisfacción y empatía de los pacientes hacia estos servicios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. G.-d., & T. M.-G. (2020). Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. *Smergen*, 248-255.
- Barrios, M. F. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia.*, 179-183.
- Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, H. (2013). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y educación en enfermería*, 80-91.
- Culebro-Trujillo, R., N. E.-C., & et als, .. (2016). Satisfacción de los usuarios sobre las fuentes de información electrónica en un hospital de tercer nivel de atención médica. *Educación Médica*, 188-194.
- Febres-Ramos, R. J., & et als, .. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo- Perú. *Rev. Facultad de Medicina Humana*.
- Fernández Jiménez, A., Tardío Benito, G., & Nieves Pino, I. (2019). Satisfacción de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud y de la enfermería. *Acretiti Editorial*, 89.
- Galicia, A. G., Díaz, J. F., & et als, .. (2020). Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción del paciente de consulta externa. *Gaceta Médica de México*, 47-52.
- Gorina, M., Limonero, J. T., & et als, .. (2014). Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Elsevier*, 276-282.
- ISO, S. G. (2015). NORMA ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de Calidad. Ginebra, Suiza: 4ta edición.
- Lavadenz, G. A. (2011). Factores que influyen para obtener una satisfacción en el usuario. Bolivia: Universidad Mayor San Andrés.
- Martínez, M. V., & Segura, E. A. (2018). Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 309-320.
- Merino-Plaza, M. J., Carrera-Hueso, F. J., & et als, .. (2018). Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanitaria*, 352-361.
- Mero, L., Zambrano, M. I., & et als, .. (2021). Satisfacción de los Usuarios y la calidad de Atención que se brinda en la unidad de salud Cuba Libre 24 horas. *Rev. Espacios*.
- MINSA. (2016). Política Nacional de Salud Lineamientos Estratégicos. Panamá.



- Mira, J., Martínez, A., & et als, .. (2019). Satisfacción versus experiencia del paciente, calidad de diseño versus calidad de conformidad. *An. Sist. Sanit. Navar*, 361-363.
- Montalvo, S., Estrada, E., & et als, .. (2020). Calidad de Servicio y Satisfacción del usuario en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. *Rev. Ciencia y Desarrollo*.
- Pedraza-Melo, N. A., & Lavín-Verástegui, J. (2014). Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Rev. Entramado*, 76-89.
- Pérez-Cantó, V., & et als, .. (2019). Satisfacción de los usuarios en el sistema de salud español: análisis de tendencias. *Revista de Salud Pública*, 53-87.
- Pérez-Romero, S., Gascón-Cánovas, u. J., & et als, .. (2017). Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. *Gac Sanitaria*, 416-422.
- Ramos, A. C., R. B.-L., & et als, .. (2019). Opinión de los facultativos y usuarios sobre avances de la e-salud en atención primaria. *Elsevier*, 389-399.
- Real Delor, R. E., & et als, .. (2020). Satisfacción de los usuarios de unidades de salud familiar del Paraguay en 2020: estudio multicéntrico. *Rev. Nacional de Itauguá*.
- Sans-Corrales, M., & et als, .. (2016). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*, 308-316.
- Seclén-Palacín, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de los usuarios de los servicio de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *An. Fac. Med.*, 127-141.
- Torres, L. M., Lozano, N. R., & et als, .. (2016). Influencia de la calidad de atencion en lasatisfaccion del usuario en los servicios dehospitalizacion de gineco-obstetricia del hospital ii2 tarapoto. Enero - junio 2016. Perú: Universidad Nacional de San Martín.
- Vázquez-Cruz, E., Sotomayor-Tapia, J., & et als, .. (2018). Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. *Revista de Salud Pública*, 254-257.

# **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

## **REVISTA SALUTA**

---

### **ENFOQUE Y ALCANCE**

La **REVISTA SALUTA** es una publicación en formato impreso y digital, de periodicidad semestral. Es de libre acceso y no tiene cargo alguno para los autores. Su Comité Editorial exige la originalidad de cada manuscrito sometido a consideración para su publicación, los cuales están disponibles de forma inmediata y permanente para facilitar su lectura y su descarga.

El objetivo de la revista es la difusión de las investigaciones, estudios teóricos y empíricos, así como discusiones y controversias que se están llevando a cabo en el campo de las ciencias de la salud.

### **POLÍTICA EDITORIAL**

La **REVISTA SALUTA**, abarca una temática científica amplia y publica artículos de investigación (clínica, experimental o de las ciencias sociales vinculadas al área de salud), artículos de revisión, artículos de innovación para la práctica y cartas al editor. Se otorga relevancia a los estudios cuantitativos, cuantitativos y mixtos así como a los relacionados con estudios diagnósticos y epidemiológicos.

Los trabajos deben ser enviados a través de la plataforma Open Journal System (OJS) de la revista (<https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta>)

Los artículos serán sometidos a revisión por pares (peer review process) especialistas en la materia, independientes tanto del equipo editorial como de los autores. Este proceso se realiza de forma anónima y confidencial. Por esta razón, las partes no conocerán las identidades del autor ni del revisor, respectivamente, y es el equipo editorial quien se encargará de la correspondencia entre ellos.

La revista acepta artículos en dos idiomas: inglés y español. Los títulos, resúmenes y palabras clave se traducen al segundo idioma.

### **POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO**

La **REVISTA SALUTA** provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el siguiente principio: hacer que la información publicada esté disponible gratuitamente al público y

apoyar a un mayor intercambio del conocimiento global.

La publicación de los artículos no tiene ningún costo para los autores y el acceso a los mismos es gratuito para los lectores (modelo diamante de acceso abierto).

Los artículos se publican y distribuyen bajo los términos de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas (CC BY-NC-ND), con fines no comerciales, la cual permite a otros distribuir y copiar el artículo e incluirlo en una obra colectiva (como una antología), siempre que se indique la autoría y que no se altere ni modifique el artículo.

### **POLÍTICA DE PRESERVACIÓN DIGITAL Y AUTOARCHIVO**

La **REVISTA SALUTA** garantiza la preservación digital de su contenido a través del sistema OJS y del repositorio digital de la Universidad UMECIT (REDIUMECIT). Adicionalmente, está permitido el autoarchivo en los repositorios de las instituciones a las cuales pertenecen los autores, con la obligatoriedad de incluir en su registro, la URL correspondiente al documento dentro de la revista y la acreditación respectiva de los derechos de autor y editorial.

### **POLÍTICAS ÉTICAS**

Todos los artículos que contemplen investigaciones en seres humanos, deben ceñirse a las normas éticas emanadas de la Declaración de Helsinki y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Cuando se trate de investigaciones en animales, se debe tener en cuenta la Ley 84 de 1989 y hacer referencia explícita al uso de medidas apropiadas para minimizar el dolor. Se debe guardar la confidencialidad y anonimato de los participantes, por lo que no se deben emplear datos que permitan su identificación.

Los editores o miembros de consejos de las publicaciones periódicas de la Universidad podrán solicitar, según su propio criterio o de conformidad con el contenido de la publicación, el concepto del Comité de Ética de la Universidad en contenidos que así lo justifiquen.

La **REVISTA SALUTA** establecerá mecanismos para identificar y prevenir la publicación de trabajos donde se identifiquen malas prácticas como el plagio, la falsificación de datos, entre otros. En este aspecto se tomarán en cuenta los diagramas de flujo implementados por COPE.

### **FUENTES DE FINANCIACIÓN**

La **REVISTA SALUTA** es financiada por la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología de la República de Panamá.

## DIRECTRICES PARA AUTORES

1. El manuscrito debe contener el nombre y apellido del autor o autores, indicando su rango institucional, centro de trabajo, país de origen, y dirección de correo electrónico (indispensable) y ORCID. Adicional, debe anexar fotografía tamaño carnet en formato digital del autor o los autores
2. Los autores envían sus manuscritos en el entendido de que el trabajo no ha sido publicado previamente en forma impresa o electrónica y que no se encuentra bajo consideración para publicación en cualquier medio. Se utilizará un sistema electrónico para detección de plagio, por lo tanto, al enviar el manuscrito los autores aceptan que su trabajo pudiera ser sujeto de escrutinio para detectar plagio de obras previamente publicadas. Los manuscritos que no estén en el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvío antes de ser considerados para el proceso de arbitraje
3. Los trabajos se presentarán en español o en inglés, dado el carácter internacional de la revista. El resumen debe estar adicionalmente traducido al inglés si está redactado en español. La extensión oscilará entre doscientas (200) y trescientas (300) palabras; asimismo debe contener entre tres (3) y diez (10) palabras claves según MeSH, DeCS o Thesaurus de la Unesco, que también deben estar traducidas al inglés en la página del abstract. La extensión aceptada será entre 10 y 20 páginas (este criterio es flexible dentro de ciertos límites), con una tipografía Times New Roman, tamaño 12 puntos.
4. En la redacción se debe emplear un lenguaje formal, simple y directo, evitando en lo posible el uso de expresiones poco usuales, retóricas o ambiguas, así como también el exceso y abuso de citas textuales. El trabajo debe enviarse con una redacción, puntuación, ortografía y mecanografía razonablemente aceptables. Si el trabajo tiene problemas de cualquier tipo, se le harán las observaciones pertinentes y se regresará a su autor para su corrección.
5. El documento se debe redactar en tercera persona o en infinitivo, excepto los trabajos bajo el enfoque cualitativo o la producción escrita que corresponde a trabajos de divulgación o de otros saberes, en los cuales se permitirá la redacción total o parcial en primera persona, según el estilo del autor.
6. En el texto principal, se debe evitar el uso excesivo o inadecuado de letras en estilo negritas, itálicas o cursivas, excepto los términos en latín y las palabras extranjeras que deberán figurar en letra itálica o cursiva.
7. La primera vez que se use una abreviatura, esta deberá ir entre paréntesis, en lo sucesivo, se recurrirá únicamente a la abreviatura.
8. En caso de que el trabajo posea tablas, figuras o gráficos, los mismos deben enumerarse según el orden en el que aparecen en el texto, con número arábigos, seguido de un título

breve. Al final se debe indicar la fuente.

9. Las citas deben aparecer en el texto en el siguiente formato: apellido/s, seguido del año entre paréntesis; o apellido/s seguidos de una coma y año, todo entre paréntesis. Ejemplo: Barrientos (2015); (Barrientos, 2015). Asimismo, deben aparecer en la lista de referencias bibliográficas al final del trabajo (y viceversa). Observe cuidadosamente que todas las referencias estén señaladas, que la ortografía de los nombres de los autores corresponda y que las fechas dadas en el texto son las mismas que las que están en las referencias.
10. Este conjunto de normas podrá presentar variaciones con el tiempo, por lo tanto, los cambios que se realicen en la misma, serán publicados en fecha acorde a su implantación.
11. Las referencias bibliográficas deben ser escritas en orden alfabético por el apellido del (primer) autor y en sangría francesa. Las referencias múltiples del mismo autor (o idéntico grupo de autores) se ordenan por año de publicación. Si el año de publicación también es el mismo, diferéncielos escribiendo una letra a, b, c, etcétera, después del año, formato que se usará de igual forma en las citas. Para estos aspectos deben utilizarse las normas Vancouver.
12. El comité editorial siempre respetará la orientación teórica del autor. Lo que se evaluará es la coherencia, originalidad, aportación a la disciplina, claridad y lógica del trabajo.

## **TIPOS DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LA REVISTA**

La **REVISTA SALUTA** publica artículos de investigación (clínica, experimental o de las ciencias sociales vinculadas al área de salud), artículos de revisión, presentaciones de caso y cartas al editor.

Así mismo, la revista incluirá análisis y opiniones de expertos de reconocido prestigio nacional e internacional sobre educación médica. Abarcará todos los niveles de la educación médica: el pregrado, el posgrado, y el desarrollo profesional continuo, con el fin de analizar experiencias y estimular nuevas corrientes de pensamiento en el campo de la educación médica.

**Artículos de investigación:** son las producciones con categoría primaria como: reportes de investigaciones empíricas o epidemiológicas, originales e inéditas, en las que se abordan problemas de salud, rehabilitación, psicología o investigación en ciencias básicas en el área de la salud. Asimismo, las investigaciones que abordan problemas de salud desde las teorías y métodos de las ciencias sociales de forma interdisciplinaria (historia, sociología, antropología, filosofía, estudios culturales, de ciencia y de género).

Se aceptan investigaciones desarrolladas desde enfoques cuantitativos, cualitativos o mixtos. Todos los manuscritos deben dejar claro cómo los hallazgos avanzan la comprensión del tema estudiado.

Los artículos de investigación deben tener la siguiente estructura:

1. Título principal del manuscrito en español e inglés de hasta 15 palabras.
2. Nombre completo de cada autor (es) con foto tamaño carnet fondo blanco.
3. Filiación institucional(es) de cada autor, así como sus grados académicos y puesto desempeñado en la institución de procedencia.
4. Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa, teléfono y ORCID del autor (es)).
5. Resumen en español e inglés, escrito en tiempo pasado, tercera persona, y sin exceder 300 palabras.
6. Introducción, Objetivo, Método, Resultados (expresados de manera cuantitativa, cualitativa o mixta, según aplique).
7. Conclusiones.
8. Referencias bibliográficas. En cuanto a las Referencias, los autores son responsables de la exactitud e integridad de las mismas. El estilo será acorde a las normas de Vancouver. Se sugiere consultar [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/). La lista de referencias debe ser a 1.5 líneas y colocarse al final del manuscrito. La numeración de las referencias bibliográficas debe ser acorde con el orden al que se hace referencia en el manuscrito (no por orden alfabético) con el número en superíndice y sin paréntesis. Cualquier fuente inédita y comunicaciones personales no deben incluirse como referencias sino que deben anotarse en el texto del manuscrito entre paréntesis, al final de la oración que apoyan.
9. Es imprescindible que al final de la sección de Método, se incluya un pequeño apartado titulado “Consideraciones Éticas”, en él deberán explicitar lo concerniente al Consentimiento Informado e indicar si se siguió algún protocolo ético en la institución donde se llevó a cabo el estudio, además si todos los participantes tuvieron conocimiento de la finalidad de la investigación y si su participación fue voluntaria. Todos los trabajos que involucren investigación en seres humanos deben seguir los principios anotados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html> y los autores deben confirmar, cuando sea necesario, que se obtuvo consentimiento informado. Los autores deben buscar la aprobación del organismo apropiado de su institución, como pueden ser Comités de Investigación o de Ética, para trabajos de investigación en educación. Debe procurarse que no haya daño potencial a los educandos o docentes que participen en el trabajo y

garantizarse el anonimato de los participantes.

10. En cuanto a las Referencias, los autores son responsables de la exactitud e integridad de las mismas. El estilo será acorde a las normas de Vancouver. Se sugiere consultar <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. La lista de referencias debe ser a 1.5 líneas y colocarse al final del manuscrito. La numeración de las referencias bibliográficas debe ser acorde con el orden al que se hace referencia en el manuscrito (no por orden alfabético) con el número en superíndice y sin paréntesis. Cualquier fuente inédita y comunicaciones personales no deben incluirse como referencias sino que deben anotarse en el texto del manuscrito entre paréntesis, al final de la oración que apoyan.

**Artículos de revisión:** Es un manuscrito que tiene por propósito avanzar en la comprensión de un tema en particular, más allá de un mero resumen de la literatura relevante. Son estudios y análisis críticos de la literatura reciente y pertinente a un tópico del área de la salud, junto a los puntos de vista del autor sobre dicho tema. Debe tener una revisión bibliográfica extensa de por lo menos cincuenta (50) referencias.

Los artículos de revisión deben tener la siguiente estructura:

1. Título del manuscrito en inglés y español de hasta 15 palabras.
2. Nombre completo de cada autor.
3. Filiación institucional(es) de cada autor.
4. Información de contacto del autor responsable del manuscrito (correo electrónico, dirección completa, teléfono y ORCID del autor (es).
5. Resumen en español e inglés, escrito en tiempo pasado, tercera persona y sin exceder 300 palabras. Deberá reflejar completamente el contenido del manuscrito.
6. Contenido del manuscrito.
7. En cuanto a las referencias debe tener al menos cincuenta (50). Los autores son responsables de la exactitud e integridad de las mismas. El estilo será acorde a las normas de Vancouver. Se sugiere consultar <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. La lista de referencias debe ser a 1.5 líneas y colocarse al final de manuscrito. La numeración de las referencias bibliográficas debe ser acorde con el orden al que se hace referencia en el manuscrito (no por orden alfabético) con el número de superíndice. Cualquier fuente inédita y comunicaciones personales no deben incluirse como referencia, sino que deben anotarse en el texto del manuscrito entre paréntesis, al final de la oración que apoyan.
8. Con relación a las consideraciones éticas, debe seguirse lo indicado en el punto 9 de la sección de artículos originales.



**Artículos de Innovación para la práctica.** Dentro de esta sección pueden ser incluidos manuscritos que den a conocer reflexiones (ensayos), experiencias (estudio de caso) o propuestas originales, innovadoras y/o relevantes dentro del campo de la salud que hayan marcado o contribuido de manera clara y/o determinante en cambios en esta disciplina.

**Cartas al editor:** Relacionadas a los artículos publicados en la revista o relatos de interés general en el área de la salud. Son comentarios breves. Los autores de artículos objeto del comentario, tendrán derecho de réplica. Hasta 400 palabras, no más de cinco referencias y de acuerdo con el formato Vancouver (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

## **LISTA DE COMPROBACIÓN DE PREPARACIÓN DE ENVÍOS**

Como parte del proceso de envío, se requiere que los autores indiquen si su artículo cumple con los siguientes elementos: (De no ser así, el artículo será devuelto)

1. El trabajo a enviar es original e inédito.
2. El artículo a enviar no ha sido publicado anteriormente, ni se ha remitido previamente a otra revista.
3. El texto tiene interlineado doble, tipo de letra Times New Roman, tamaño 11 puntos; título en español e inglés; resumen con extensión máxima de 300 palabras y estructurado de acuerdo con el tipo de manuscrito; palabras clave (de 3 a 10) según MeSH, DeCS o Thesaurus de la Unesco.
4. El texto está estructurado de acuerdo con el tipo de manuscrito.
5. La bibliografía está en norma Vancouver y se ha añadido el número DOI del artículo cuando esté disponible.

## **CONDICIONES**

- Los trabajos que resulten seleccionados para su publicación, no recibirán retribución económica o de cualquier otro tipo. Solo se les entregará una constancia de publicación firmada por el editor, de ser solicitada.
- Para reproducir el material publicado por la revista, el autor requiere autorización expresa del Comité Editorial de la publicación.
- Se utilizará un sistema electrónico para detección de plagio, al enviar el manuscrito los autores aceptan que su trabajo pudiera ser sujeto de escrutinio para detectar plagio de obras previamente publicadas. Los manuscritos que no estén en el formato adecuado serán regresados a los autores para corrección y reenvío antes de ser considerados para el proceso de arbitraje.

## **NOTA DE DERECHOS DE AUTOR**

Los manuscritos enviados a la **REVISTA SALUTA** deben ser originales e inéditos y no deben estar simultáneamente en proceso de publicación en otras revistas, compilaciones o cualquier otro medio de publicación. El contenido de las publicaciones y los enlaces sugeridos en las mismas son responsabilidad absoluta de los autores y no de la **UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA (UMECIT)** ni de la revista SALUTA. Están protegidos por leyes internacionales de derecho de autor al igual que los logos de **UMECIT Y LA REVISTA SALUTA**, de allí que esté totalmente prohibida su reproducción. Los derechos de autor serán de la **UMECIT**.

Bajo una Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas (CC BY-NC-ND) los autores pueden compartir el trabajo con un reconocimiento de la autoría del trabajo y la publicación inicial en esta revista.

## **DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

Los nombres y direcciones de correo electrónico introducidos en la revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por la misma, y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona. El proceso de revisión es de tipo doble ciego, se realiza de forma anónima y la única persona que conoce las identidades tanto del autor como del revisor es el editor de la revista, quien se encarga de enviar la correspondencia.

## **ARBITRAJE Y EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS**

El proceso de arbitraje y evaluación que se aplica a los artículos presentados es el siguiente:

- Los evaluadores de la **REVISTA SALUTA** pueden ser internos o externos a la institución, nacionales o internacionales. No deben tener conflictos de intereses con los autores de los manuscritos. Si existe alguna duda al respecto, se buscará otro evaluador. Los nombres de los autores y de los evaluadores serán anónimos durante este proceso.
- Los manuscritos recibidos son leídos inicialmente por el editor de la revista. Pueden involucrarse otros editores de ser necesario. (fase de pre arbitraje)
- Los manuscritos cuya escritura no sea clara, cuya información no sea de relevancia o de interés para la audiencia de la revista serán rechazados en la fase de pre arbitraje.
- De ser aprobadas en la primera etapa, serán enviados a los evaluadores en el área para arbitraje por pares. El proceso de revisión es “doble ciego” para que las identidades de los autores y de los árbitros no sean reveladas entre ellos. El objetivo es dar una decisión editorial inicial en un plazo no mayor de 12 semanas.
- Los evaluadores podrán sugerir cambios frente a elementos de carácter teórico, metodológico

y temático de los manuscritos y utilizarán el formato de evaluación de la Revista.

- Los manuscritos aceptados serán editados de acuerdo al formato de estilo de la revista y regresados al autor para aprobación de la versión final.
- Los autores son únicos responsables del contenido de su investigación y las implicaciones que pudiera traer desde el punto de vista jurídico.
- El tiempo total del proceso editorial oscila en al menos ocho y hasta 16 semanas. El proceso detallado es el siguiente:
  1. La versión anónima del manuscrito es enviada a dos árbitros internos o externos, seleccionados por el Editor de acuerdo a la temática.
  2. Los árbitros emiten su dictamen en el Formato de Arbitraje de la revista que contiene tres apartados: el primero evalúa a través de una lista de cotejo los diversos elementos del manuscrito de acuerdo a la selección correspondiente; el segundo son los comentarios y sugerencias para los autores para cada rubro del manuscrito (título, resumen, introducción, etc.); el tercero es la recomendación al Editor para su probable publicación: “Publicable sin modificaciones”; “Publicable con modificaciones”, “No publicable”.
  3. Una vez que los autores reciben el resultado del proceso de arbitraje, así como las recomendaciones de los árbitros evaluadores, cuentan con 15 días para dar respuesta. En caso de no enviarlo dentro de este periodo, el texto se evaluará como un nuevo artículo, a menos que se haya solicitado una prórroga.
  4. Los manuscritos modificados se envían a los árbitros para segunda revisión y emisión del dictamen final.
  5. El Editor toma la decisión final para su publicación o rechazo. En caso de controversia de publicación, el editor solicita un nuevo arbitraje o toma la decisión.
  6. Los autores reciben el dictamen final y se les envía carta de aceptación del artículo por parte del comité editorial.

## **PAUTAS DE ENVÍO DE LOS TRABAJOS**

1. Los trabajos, deben ser entregados por el autor por vía electrónica ingresando a <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/about/submissions> previo registro como lector y autor. El sistema le dará la opción para subir su artículo para posible publicación.
2. Una vez recibidos los trabajos, se envía acuso de recibo del manuscrito vía correo electrónico al autor.
3. Seguidamente, el Comité Editorial inicia el proceso de revisión, siguiendo los pasos indicados en el punto sobre “Arbitraje y evaluación de los trabajos”.
4. Los trabajos que se reciban en la revista serán arbitrados por especialistas nacionales

y/o internacionales de reconocida trayectoria profesional en sus respectivos campos de investigación. Según las normas de evaluación, los árbitros deberán considerar los siguientes criterios: originalidad, novedad, relevancia, organización interna y de contenido del trabajo, claridad y coherencia del discurso, competencias gramaticales, fundamentación teórica y metodológica, análisis e interpretación de los resultados, actualidad y relevancia de las fuentes consultadas y aportes al conocimiento.

5. El Comité Editorial se reserva el derecho de constatar el cumplimiento de las normas editoriales antes de iniciar el proceso de arbitraje.

## **TÉRMINOS LEGALES**

1. Todos los textos incluidos en la **REVISTA SALUTA** están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio, mecánico o electrónico, sin permiso escrito del autor y los editores.
2. Los autores renuncian al control y a los derechos de publicación de sus manuscritos, cediéndole a la **REVISTA SALUTA** sus derechos patrimoniales, incluyendo la publicación en internet y en medios magnéticos.
3. La responsabilidad de los conceptos que se publiquen son íntegramente del autor y la **REVISTA SALUTA** no asume ninguna por ellos.
4. COPYRIGHT: Los derechos de autor en todas las colaboraciones que sean aceptadas para su publicación permanece con sus autores y la revista sólo adquiere los derechos de su publicación. Los autores quedan en plena libertad de volver a usar su propio material pero si la totalidad o cualquier parte del material publicado son reproducidos en otro sitio, el autor deberá reconocer a la **REVISTA SALUTA** como el sitio original de la publicación.
5. Igualmente, la revista no asume responsabilidad alguna por las posibles violaciones a derechos de terceras personas por el material suministrado por los colaboradores.
6. Lo no previsto en estas normas será resuelto por el Comité Editorial, atendiendo a los intereses de la Revista.

# **PUBLICATION RULES**

## **SALUTA JOURNAL**

---

### **FOCUS AND SCOPE**

**SALUTA** journal is a publication in printed and digital format, published twice a year. It is freely accessible and there is no charge for the authors. Its Editorial Committee requires the originality of each manuscript submitted for publication, which are immediately and permanently available to facilitate reading and downloading.

The objective of the journal is the dissemination of research, theoretical and empirical studies, as well as discussions and controversies that are taking place in the field of health sciences.

### **EDITORIAL POLICY**

**SALUTA** journal covers a broad scientific theme and publishes research articles (clinical, experimental or social sciences related to the health area), review articles, innovation articles for practice and letters to the editor. Relevance is given to quantitative, quantitative and mixed studies as well as those related to diagnostic and epidemiological studies.

Papers must be submitted through the journal's Open Journal System (OJS) platform (<https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta>)

The articles will be submitted to peer review (peer review process) specialists in the field, independent of both the editorial team and the authors. This process is done anonymously and confidentially. For this reason, the parties will not know the identities of the author and the reviewer, respectively, and it is the editorial team that will handle the correspondence between them.

The journal accepts articles in two languages: english and spanish. titles, abstracts and keywords are translated into the second language.

### **OPEN ACCESS POLICY**

**SALUTA** journal provides immediate free access to its content under the following principle: to make published information freely available to the public and to support a greater exchange of global knowledge.

The publication of the articles has no cost for the authors and access to them is free for the

readers (diamond model of open access).

Articles are published and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivative Works (CC BY-NC-ND), non-commercial license, which allows others to distribute and copy the article and include it in a collective work (such as an anthology), provided that the authorship is indicated and that the article is not altered or modified.

### **DIGITAL PRESERVATION AND SELF-ARCHIVING POLICY**

**SALUTA** journal guarantees the digital preservation of its content through the OJS system and the digital repository of the UMECIT University (REDIUMECIT). Additionally, self-archiving is allowed in the repositories of the institutions to which the authors belong, with the obligation to include in their registry, the URL corresponding to the document within the journal and the respective accreditation of copyright and publisher.

### **DIGITAL PRESERVATION AND SELF-ARCHIVING POLICY**

**SALUTA** journal guarantees the digital availability of its content through the OJS system and the digital repository of the UMECIT University (REDIUMECIT). In addition, self-archiving is allowed in the repositories of the institutions to which the authors belong, with the obligation to include in their registry, the URL corresponding to the document within the journal and the respective accreditation of copyright and publisher.

### **ETHICAL POLICIES**

All articles that contemplate research on human beings must adhere to the ethical standards emanating from the Declaration of Helsinki and Resolution 8430 of 1993 of the Ministry of Health of Colombia. When it comes to research on animals, Law 84 of 1989 must be taken into account and care should be referred to the use of appropriate measures to minimize pain. The confidentiality and anonymity of the participants must be kept, so data that allows their identification should not be used. The editors or members of the councils of the periodical publications of the University may request, according to their own criteria or in accordance with the content of the publication, the concept of the Ethics Committee of the University in content that justifies it.

**SALUTA** journal will establish mechanisms to identify and prevent the publication of works where bad practices such as plagiarism, falsification of data, among others, are identified. In this aspect, the flow diagrams implemented by COPE will be taken into account.

## **SOURCES OF FUNDING**

**SALUTA** journal is financed by the Metropolitan University of Education, Science and Technology of the Republic of Panama.

## **GUIDELINES FOR AUTHORS**

1. The manuscript must contain the name and surname of the author or authors, indicating their institutional rank, work center, country of origin, and email address (essential) and ORCID. Additionally, you must attach a passport size photograph in digital format of the author or authors
2. Authors submit their manuscripts with the understanding that the work has not been previously published in print or electronic form and is not under consideration for publication in any medium. An electronic system will be used for plagiarism detection, therefore, when submitting the manuscript, the authors accept that their work could be subject to scrutiny to detect plagiarism of previously published works. Manuscripts that are not in the proper format will be returned to the authors for correction and resubmission before being considered for the arbitration process.
3. The works will be presented in Spanish or English, given the international nature of the journal. The summary must also be translated into English if it is written in Spanish. The extension will oscillate between two hundred (200) and three hundred (300) words; It must also contain between three (3) and ten (10) keywords according to MeSH, DeCS or the Unesco Thesaurus, which must also be translated into English on the abstract page. The accepted extension will be between 10 and 20 pages (this criterion is flexible within certain limits), with Times New Roman font, size 12 points.
4. In the writing, a formal, simple and direct language must be used, avoiding as far as possible the use of unusual, rhetorical or ambiguous expressions, as well as the excess and abuse of quotes. The work must be submitted with reasonably acceptable writing, punctuation, spelling, and typing. If the work has problems of any kind, the pertinent observations will be made and it will be returned to its author for correction.
5. The document must be written in the third person or in the infinitive, except for the works under the qualitative approach or the written production that corresponds to works of dissemination or other knowledge, in which the total or partial writing in the first person will be allowed, according to the author's style.
6. In the main text, the excessive or inappropriate use of bold, italic or italic fonts should be avoided, except for Latin terms and foreign words that should appear in italics or italics.
7. The first time an abbreviation is used, it must be in parentheses, from then on, only the abbreviation will be used.



8. In case the work has tables, figures or graphs, they must be numbered according to the order in which they appear in the text, with Arabic numerals, followed by a brief title. At the end the source must be indicated.
9. Citations must appear in the text in the following format: last name/s, followed by the year in parentheses; or surname(s) followed by a comma and year, all in parentheses. Example: Barrientos (2015); (Barrientos, 2015). Likewise, they must appear in the list of bibliographical references at the end of the work (and vice versa). Note carefully that all references are marked, that the spelling of authors' names is correct, and that the dates given in the text are the same as those in the references.
10. This set of regulations may present variations over time, therefore, the changes made to it will be published on a date according to their implementation.
11. Bibliographical references must be written in alphabetical order by the last name of the (first) author and in hanging indentation. Multiple references by the same author (or identical group of authors) are ordered by year of publication. If the year of publication is also the same, differentiate them by writing a letter a, b, c, etc., after the year, a format that will be used in the same way in the citations. For these aspects, the Vancouver standards should be used.
12. The editorial committee will always respect the author's theoretical orientation. What will be evaluated is the coherence, originality, contribution to the discipline, clarity and logic of the work.

## **TYPES OF SCIENTIFIC PRODUCTION IN THE JOURNAL**

**SALUTA** journal publishes research articles (clinical, experimental, or social sciences related to the area of health), review articles, case presentations, and letters to the editor.

Likewise, the magazine will include analyzes and opinions of experts of recognized national and international prestige on medical education. It will cover all levels of medical education: undergraduate, postgraduate, and continuing professional development, in order to analyze experiences and stimulate new currents of thought in the field of medical education.

Research articles: are productions with a primary category such as: empirical or epidemiological research reports, original and unpublished, in which health problems, rehabilitation, psychology or research in basic sciences in the area of health are addressed. Likewise, research that addresses health problems from the theories and methods of the social sciences in an interdisciplinary way (history, sociology, anthropology, philosophy, cultural, science and gender studies).

Research developed from quantitative, qualitative or mixed approaches is accepted. All manuscripts must make it clear how the findings advance understanding of the topic studied.

Research articles must have the following structure:

1. Main title of the manuscript in Spanish and English of up to 15 words.
2. Full name of each author(s) with passport-size photo, white background.
3. Institutional affiliation(s) of each author, as well as their academic degrees and position held in the institution of origin.
4. Contact information of the author responsible for the manuscript (email, full address, telephone number and ORCID of the author(s)).
5. Abstract in Spanish and English, written in the past tense, third person, and not exceeding 300 words.
6. Introduction, Objective, Method, Results (expressed quantitatively, qualitatively or mixed, as applicable).
7. Conclusions.
8. Bibliographic references. As for the References, the authors are responsible for their accuracy and completeness. The style will be according to Vancouver standards. It is suggested to consult <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. The reference list should be 1.5 lines long and placed at the end of the manuscript. The numbering of the bibliographic references must be in accordance with the order referred to in the manuscript (not in alphabetical order) with the number in superscript and without parentheses. Any unpublished sources and personal communications should not be included as references but should be noted in the text of the manuscript in parentheses, at the end of the sentence they support.
9. It is essential that at the end of the Method section, a small section entitled “Ethical Considerations” be included, in which they must explain what concerns the Informed Consent and indicate if any ethical protocol was followed in the institution where the study was carried out, also if all the participants were aware of the purpose of the research and if their participation was voluntary. All papers involving research in human beings must follow the principles outlined in the Declaration of Helsinki of the World Medical Association <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html> and the authors must confirm, where necessary, that informed consent was obtained. Authors should seek approval from the appropriate body at their institution, such as Research or Ethics Committees, for research in education. Care must be taken that there is no potential harm to the students or teachers who participate in the work and the anonymity of the participants must be guaranteed.

10. As for the References, the authors are responsible for their accuracy and completeness. The style will be according to Vancouver standards. It is suggested to consult <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. The reference list should be 1.5 lines long and placed at the end of the manuscript. The numbering of the bibliographic references must be in accordance with the order referred to in the manuscript (not in alphabetical order) with the number in superscript and without parentheses. Any unpublished sources and personal communications should not be included as references but should be noted in the text of the manuscript in parentheses, at the end of the sentence they support.

**Review articles:** It is a manuscript whose purpose is to advance the understanding of a particular topic, beyond a mere summary of the relevant literature. They are studies and critical analyzes of recent literature relevant to a topic in the area of health, together with the author's points of view on said topic. You must have an extensive bibliographic review of at least fifty (50) references.

Review articles should have the following structure:

1. Title of the manuscript in English and Spanish of up to 15 words.
2. Full name of each author.
3. Institutional affiliation(s) of each author.
4. Contact information of the author responsible for the manuscript (email, full address, telephone number and ORCID of the author(s)).
5. Summary in Spanish and English, written in the past tense, third person and not exceeding 300 words. It should fully reflect the content of the manuscript.
6. Content of the manuscript.
7. As for references, you must have at least fifty (50). The authors are responsible for their accuracy and completeness. The style will be according to Vancouver standards. It is suggested to consult <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. The list of references should be 1.5 lines long and placed at the end of the manuscript. The numbering of the bibliographical references must be in accordance with the order referred to in the manuscript (not in alphabetical order) with the superscript number. Any unpublished sources and personal communications should not be included for reference, but should be noted in the text of the manuscript in parentheses, at the end of the sentence they support.
8. In relation to ethical considerations, what is indicated in point 9 of the original articles section must be followed.

**Innovation articles for practice.** Within this section may be included manuscripts that disclose reflections (essays), experiences (case study) or original, innovative and/or relevant proposals within the field of health that have marked or contributed in a clear and/or decisive way. in changes in this discipline.

**Letters to the editor:** Related to articles published in the journal or stories of general interest in the area of health. They are short comments. The authors of articles subject to comment will have the right of reply. Up to 400 words, no more than five references, and in accordance with the Vancouver format (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

## **SHIPMENT PREPARATION CHECKLIST**

As part of the submission process, authors are required to indicate whether their article meets the following elements: (If not, the article will be returned)

1. The work to be sent is original and unpublished.
2. The article to be sent has not been previously published, nor has it been previously submitted to another journal.
3. The text has double spacing, Times New Roman font, size 11 points; title in Spanish and English; abstract with a maximum length of 300 words and structured according to the type of manuscript; keywords (from 3 to 10) according to MeSH, DeCS or Unesco Thesaurus.
4. The text is structured according to the type of manuscript.
5. The bibliography is in Vancouver standard and the DOI number of the article has been added when available.

## **TERMS**

- The works that are selected for publication will not receive financial compensation or any other type. They will only be given a proof of publication signed by the editor, if requested.
- To reproduce the material published by the journal, the author requires express authorization from the Editorial Committee of the publication.
- An electronic system will be used for plagiarism detection. By submitting the manuscript, the authors accept that their work could be subject to scrutiny to detect plagiarism of previously published works. Manuscripts that are not in the proper format will be returned to the authors for correction and resubmission before being considered for the arbitration process.

## **COPYRIGHT NOTE**

Manuscripts sent to **SALUTA** journal must be original and unpublished and must not be simultaneously in the process of being published in other journals, compilations or any other means of publication. The content of the publications and the links suggested therein are the sole responsibility of the authors and not of the **METROPOLITAN UNIVERSITY OF EDUCATION, SCIENCE AND TECHNOLOGY (UMECIT)** or **SALUTA** journal. They are protected by international copyright laws in the same way as the **UMECIT AND SALUTA** journal logos, hence their reproduction is totally prohibited. Copyright will belong to **UMECIT**.

Under a Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivative Works (CC BY-NC-ND) authors may share the work with an acknowledgment of the work's authorship and initial publication in this journal.

## **PRIVACY STATEMENT**

The names and email addresses entered in the journal will be used exclusively for the stated purposes of the journal, and will not be made available for any other purpose or person. The review process is double-blind, it is done anonymously and the only person who knows the identities of both the author and the reviewer is the editor of the journal, who is in charge of sending the correspondence.

## **ARBITRATION AND EVALUATION OF THE WORKS**

The arbitration and evaluation process that applies to the articles presented is as follows:

- The evaluators of **SALUTA** journal can be internal or external to the institution, national or international. They must not have conflicts of interest with the authors of the manuscripts. If there is any doubt about this, another evaluator will be sought. The names of the authors and evaluators will be anonymous during this process.
- Received manuscripts are initially read by the journal editor. Other editors can be involved if necessary. (pre-arbitration phase)
- Manuscripts whose writing is not clear, whose information is not relevant or of interest to the journal's audience will be rejected in the pre-arbitration phase.
- If approved in the first stage, they will be sent to the evaluators in the area for peer review. The review process is "double blind" so that the identities of the authors and referees are not revealed to each other. The goal is to give an initial editorial decision within a period of no more than 12 weeks.
- The evaluators may suggest changes to elements of a theoretical, methodological and

thematic nature of the manuscripts and will use the evaluation format of the Journal.

- Accepted manuscripts will be edited according to the style format of the journal and returned to the author for approval of the final version.
- The authors are solely responsible for the content of their research and the implications that it could bring from the legal point of view.
- The total time of the editorial process ranges from at least eight to 16 weeks. The detailed process is as follows:
  1. The anonymous version of the manuscript is sent to two internal or external referees, selected by the Editor according to the theme.
  2. The referees issue their opinion in the journal's Arbitration Form, which contains three sections: the first evaluates the various elements of the manuscript through a checklist according to the corresponding selection; the second is the comments and suggestions for the authors for each item of the manuscript (title, abstract, introduction, etc.); the third is the recommendation to the Editor for its probable publication: "Publishable without modifications"; "Publishable with modifications", "Not publishable".
  3. Once the authors receive the result of the arbitration process, as well as the recommendations of the evaluating referees, they have 15 days to respond. In case of not sending it within this period, the text will be evaluated as a new article, unless an extension has been requested.
  4. The modified manuscripts are sent to the referees for second review and issuance of the final opinion.
  5. The Editor makes the final decision for publication or rejection. In case of publication controversy, the publisher requests a new arbitration or makes the decision.
  6. The authors receive the final opinion and are sent a letter of acceptance of the article by the editorial committee.

## **WORK SUBMISSION GUIDELINES**

1. The works must be submitted by the author electronically by entering <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/saluta/about/submissions> after registering as reader and author. The system will give you the option to upload your article for possible publication.
2. Once the works are received, an acknowledgment of receipt of the manuscript is sent via email to the author.
3. Next, the Editorial Committee begins the review process, following the steps indicated in the point on "Refereeing and evaluation of the works".
4. The papers received in the journal will be arbitrated by national and/or international

specialists with recognized professional experience in their respective fields of research. According to the evaluation standards, the referees must consider the following criteria: originality, novelty, relevance, internal and content organization of the work, clarity and coherence of the discourse, grammatical skills, theoretical and methodological foundation, analysis and interpretation of the results, topicality and relevance of the sources consulted and contributions to knowledge.

5. The Editorial Committee reserves the right to verify compliance with the editorial rules before starting the arbitration process.

## **LEGAL TERMS**

1. All the texts included in **SALUTA** journal are protected by copyright. Reproduction by any means, mechanical or electronic, without written permission from the author and publishers is prohibited by law.
2. The authors relinquish control and the publication rights of their manuscripts, transferring their proprietary rights to **SALUTA** journal, including publication on the internet and in magnetic media.
3. Responsibility for the concepts published are entirely the author's and **SALUTA** journal does not assume any responsibility for them.
4. **COPYRIGHT:** The copyright in all collaborations that are accepted for publication remains with their authors and the journal only acquires the rights of their publication. Authors are free to reuse their own material but if all or any part of the published material is reproduced elsewhere, the author must acknowledge **SALUTA** journal as the original site of publication.
5. Likewise, the magazine does not assume any responsibility for possible violations of the rights of third parties due to the material provided by the collaborators.
6. What is not foreseen in these norms will be resolved by the Editorial Committee, attending to the interests of the Journal.



# saluta



**SEDE PRINCIPAL:** EDIFICIO FUNDADORES, VÍA SIMÓN BOLÍVAR, A UN COSTADO DEL PUENTE ELVADO, A LADO DE CAFÉ DURÁN.  
TEL. 264-9908 / 263-6356

**SEDE A VÍA VENETTO**  
395-7383

**SEDE B POSTGRADOS Y MAESTRÍAS**  
253-2519

**SEDE LA CHORRERA**  
254-1141

**VILLA ZAÍTA**  
302-0655

**SEDE CHITRÉ**  
996-4260

**SEDE SANTIAGO**  
998-0363



[www.umecit.edu.pa](http://www.umecit.edu.pa)

[revistas.umecit.edu.pa](http://revistas.umecit.edu.pa)

correo: [saluta@umecit.edu.pa](mailto:saluta@umecit.edu.pa)