

ISSN 2523-0352

Volumen I, Número I -- Julio -- Septiembre -- 2017

Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud

ECORFAN®

Indización



ECORFAN-Republic of Peru

-RESEARCH GATE

-GOOGLE SCHOLAR

-HISPANA

-MENDELEY

ECORFAN-Perú

Directorio Principal

RAMOS-ESCAMILLA, María. PhD.

Director Regional

SUYO-CRUZ, Gabriel. PhD.

Director de la Revista

PERALTA-CASTRO, Enrique. MsC.

Edición Tipográfica

TREJO-RAMOS, Iván. BsC.

Edición de Logística

VILCHIS-CONTRERAS, Efren. BsC.

Traductor

DÍAZ-OCAMPO, Javier. BsC.

Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud, Volumen 1, Número 1, de Julio a Septiembre 2017, es una revista editada trimestralmente por ECORFAN-Perú. La Raza Av. 1047 No.-Santa Ana, Cusco-Peru. Postcode:11500. WEB:

www.ecorfan.org/republicoferu. Editora en Jefe: RAMOS-ESCAMILLA, María. ISSN 2523-0352. Responsables de la última actualización de este número de la Unidad de Informática ECORFAN. ESCAMILLA-BOUCHÁN Imelda, LUNA-SOTO, Vladimir, actualizado al 30 de Septiembre 2017.

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente las opiniones del editor de la publicación.

Queda terminantemente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin permiso del Instituto Nacional de defensa de la competencia y protección de la propiedad intelectual.

Consejo Editorial

TAVERA-ORTÉS, María Elena. PhD.
(UPIICSA –IPN) México

MONTERO-PANTOJA, Carlos. PhD.
(Universidad de Valladolid) Spain

ARANCIBIA-VALVERDE, María Elena. PhD.
(Universidad Pedagógica Enrique José Varona de la Habana)Cuba

SÁNCHEZ-TRUJILLO. Magda Gabriela. PhD.
(Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo) México

AZOR-HERNÁNDEZ, Ileana. PhD.
(Universidad de las Américas Puebla) México

ALIAGA-LORDEMANN- Francisco Javier. PhD.
(Universidad de Zaragoza) Spain

GARCÍA Y BARRAGÁN, Luis Felipe. PhD.
(Universidad de Guanajuato) México

Consejo Arbitral

PSA. PhD.
(Universidad Autónoma Chapingo), México

VDO. PhD.
(Universidad Centroamericana), Nicaragua

TGJC. PhD.
(Escuela Superior de Economía-IPN) México

ABD. PhD.
(Escuela Superior de Economía-IPN) México

GIMR. PhD.
(Universidad Nacional Autónoma de México) México

MBOM. PhD.
(Instituto Nacional de Astrofísica, Óptica y Electrónica-UNAM)

SAOH. PhD.
(Centro de Investigación en Energía –UNAM) México

CBC. PhD.
(Universidad Autónoma Metropolitana) México

Presentación

ECORFAN, es una revista de investigación que publica artículos en el área de: Técnicas de la Enfermería y Salud.

En Pro de la Investigación, Enseñando, y Entrenando los recursos humanos comprometidos con la Ciencia. El contenido de los artículos y opiniones que aparecen en cada número son de los autores y no necesariamente la opinión de la Editora en Jefe.

Como primer artículo está Calidad de vida en el adulto mayor de un centro de día en la zona sur de Veracruz, México por SANTIAGO-MIJANGOS, Alma Delia, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CIGARROA-HERNÁNDEZ, Susana y SOLANO-SANTIAGO, Laura Isabel con adscripción *Universidad Veracruzana*, como siguiente artículo Calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados. Estudio comparativo por MARÍN-LAREDO, Ma. Martha, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina y DIMAS-PALACIOS, Cirila, como siguiente artículo Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel por GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, PÉREZ-FONSECA, Martha, JIMÉNEZ-ZÚÑIGA, Esther Alice y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, Luis Enrique con adscripción *Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería*, como siguiente artículo Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo nivel por PÉREZ-FONSECA, Martha, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CASTAÑÓN-EUGENIO, Iris Belem y MORALES-HERRERA, Karen Paola, como siguiente artículo Trastorno depresivo en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Michoacana por MARÍN-LAREDO, Ma. Martha, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal.

Contenido

Artículo	Página
Calidad de vida en el adulto mayor de un centro de día en la zona sur de Veracruz, México SANTIAGO-MIJANGOS, Alma Delia, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CIGARROA-HERNÁNDEZ, Susana y SOLANO-SANTIAGO, Laura Isabel	1-8
Calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados. Estudio comparativo MARIN-LAREDO, Ma. Martha, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina y DIMAS-PALACIOS, Cirila	9-16
Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, PÉREZ-FONSECA, Martha, JIMÉNEZ-ZÚÑIGA, Esther Alice y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, Luis Enrique	17-22
Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo nivel PÉREZ-FONSECA, Martha, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CASTAÑÓN-EUGENIO, Iris Belem y MORALES-HERRERA, Karen Paola	23-29
Trastorno depresivo en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Michoacana MARÍN-LAREDO, Ma. Martha, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal	30-40

Instrucciones para Autores

Formato de Originalidad

Formato de Autorización

Calidad de vida en el adulto mayor de un centro de día en la zona sur de Veracruz, México

SANTIAGO-MIJANGOS, Alma Delia†*, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CIGARROA-HERNÁNDEZ, Susana y SOLANO-SANTIAGO, Laura Isabel

Universidad Veracruzana

Recibido 2 de Julio, 2017; Aceptado 25 de Septiembre, 2017

Resumen

La calidad de vida (CV) del adulto mayor es el resultado de la interacción entre su contexto y las diferentes características de la existencia humana que le rodean. El objetivo de este estudio fue describir la calidad de vida del adulto mayor de un centro de día de la zona sur de Veracruz con una muestra de 40 adultos mayores de ambos sexos, obtenida por muestreo no probabilístico. El diseño fue descriptivo y transversal. Se aplicó el cuestionario SF-36 analizado a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Predominó el sexo femenino con el 62.5%, 7.5% vive solo (a), 60% dependen de su pensión y 40% presentó alguna enfermedad crónica degenerativa. Referente a las dimensiones con mejor calidad de vida fueron el rol físico (90.62 ± 26.96) y rol emocional (90.83 ± 28.23), siendo la más afectada la salud general (43.75 ± 10.60). El grupo que no presentó ninguna enfermedad contrastó con una baja puntuación en la salud general (42.82 ± 9.63). Los participantes presentaron un mejor estado de salud con una puntuación superior a 50 (74.69 ± 10.34). Este trabajo permitió identificar las necesidades que tienen los adultos mayores en estudio y establecer las estrategias de apoyo que mejoren su calidad de vida.

Calidad de vida, adulto mayor

Abstract

The quality of life (VC) of the older adult is the result of the interaction between their context and the different characteristics of human existence that surround them. The objective of this study was to describe the quality of life of the elderly adult of a day center in the south of Veracruz with a sample of 40 older adults of both sexes, obtained by non-probabilistic sampling. The design was descriptive and transversal. The analyzed SF-36 questionnaire was applied through measures of central tendency and dispersion. The female sex predominated with 62.5%, 7.5% live alone (a), 60% depend on their pension and 40% had a chronic degenerative disease. Regarding dimensions with better quality of life were the physical role (90.62 ± 26.96) and emotional role (90.83 ± 28.23), being the most affected general health (43.75 ± 10.60). The group that did not present any disease contrasted with a low overall health score (42.82 ± 9.63). Participants presented a better health status with a score higher than 50 (74.69 ± 10.34). This study allowed identifying the needs of older adults in the study and establishing support strategies that improve their quality of life.

Quality of life, older adult

Citación: SANTIAGO-MIJANGOS, Alma Delia, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CIGARROA-HERNÁNDEZ, Susana y SOLANO-SANTIAGO, Laura Isabel. Calidad de vida en el adulto mayor de un centro de día en la zona sur de Veracruz, México. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud. 2017. 1-1:1-8.

† Investigador contribuyendo como primer autor.

*Correspondencia al Autor Correo Electrónico: alsantiago@uv.mx

Introducción

La calidad de vida (CV) es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. (Santiesteban, Pérez, Velázquez y García, 2009).

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (Rubio, Rivera, Borges y González, 2015). Existen diversos factores que son considerados importantes para la CV del adulto mayor, las variables más significativas son: las relaciones familiares, apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. Se ha considerado que la CV puede variar de acuerdo a la edad, sexo, la condición de salud y la residencia. (Botero y Pico, 2007).

La dinámica demográfica de América Latina y el Caribe muestra con claridad que las personas cada vez viven más. Esto se explica por el avance en la transición demográfica que han realizado con mayor o menor intensidad todos los países de la región.

El descenso sostenido de la mortalidad temprana aumenta el número de años de vida de la población (Moya, 2013).

En América Latina la esperanza de vida radica en 74.8 años, 72.4 años para hombres y 77.2 para mujeres. Por lo que, esta población se ha convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, con enormes implicaciones sociales, económicas y políticas que van a influenciar enormemente en su calidad de vida (Navarro, Leiton, Ojeda y Villanueva, 2011).

El Consejo estatal de la población de Veracruz refleja los siguientes datos, basándose también en estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): hay un total de 373 119 personas mayores de 65 años y más, de los cuales 175 065 son hombres y 198 054 son mujeres. Dentro de las cuales 17 249 adultos mayores pertenecen al municipio de Coatzacoalcos (Espinoza, s/f).

Es importante el estudio de la CV del adulto mayor, ya que la globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad produjeron en los últimos 20 años, profundos cambios económicos y sociales que afectan a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se observa como uno de los principales problemas del siglo XXI, dado que compromete la CV de los adultos mayores, por lo cual es necesario indagar en aspectos como el estado de salud, el estado funcional, predicción de incapacidad y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información es posible planear estrategias preventivas que coadyuven a la solución del problema por lo que es necesario que el personal de enfermería demuestre interés y obtengan herramientas que le permita brindar una atención de calidad y calidez. (Navarro et al., 2011).

Objetivo general: Describir la calidad de vida del adulto mayor de un Centro de atención de día de la zona sur de Veracruz.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, porque se midieron las características de las variables de calidad de vida en el adulto mayor, y transversal, porque se realizó la medición en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2016). La población estuvo constituida por 107 adultos mayores tanto hombres como mujeres del Centro de Atención de Día del Adulto Mayor de la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y se aplicó el instrumento a los adultos mayores del Centro de Día que estuvieron presentes los días del muestreo y que aceptaron contestar.

La muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores. Los criterios de inclusión fueron adultos mayores de ambos sexos, sin distinción de raza y escolaridad, siendo voluntarios, con edades desde 60 años en adelante con y sin comorbilidad. Las variables de estudio fueron la edad, sexo, escolaridad, estado civil, personas con las que vive, dependencia económica, enfermedad crónica que padece y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 que tuvo una confiabilidad general de 0.79 de Alpha de Cronbach.

Material

El cuestionario SF-36 mide ocho dimensiones con preguntas tipo Likert y una pregunta sobre la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993; Ware, 2000; Durán, Gallegos, Salinas y Martínez, 2004).

En cada dimensión los ítems son transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Así puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente (tabla 1).

Procedimiento

Se solicitó la aprobación del tema al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería campus Minatitlán para la realización de esta investigación; una vez aprobado el tema se presentó un oficio a un centro de atención del adulto mayor, otorgado por la dirección de la Facultad de Enfermería señalando el objetivo de la investigación.

Después de la autorización se procedió a conocer a la población y los horarios en que los adultos mayores asistían al centro de atención. Posteriormente, al término de cada actividad que se realizaron, se les explicó el motivo de la investigación y se les hizo saber que su participación sería voluntaria y confidencial. Se obtuvo el consentimiento de todos los pacientes y se dio una breve información sobre el llenado del cuestionario. En algunos casos se tuvo que leer el instrumento, porque los participantes tenían algún problema visual.

Estrategia de análisis

Los resultados que se obtuvieron fueron procesados en el programa Statistic Package for the social Science (SPSS), de Windows versión 22. Se utilizó estadística descriptiva como: frecuencias, porcentajes, y las medidas de tendencia central y de dispersión.

Dimensión	Ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
Función física	10	Peor	Muy limitado para llevar a cabo actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.
		Mejor	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación.
Rol físico	4	Peor	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
		Mejor	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Peor	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.
		Mejor	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Peor	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.
		Mejor	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Peor	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.
		Mejor	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Peor	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.
		Mejor	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Peor	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
		Mejor	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.

Salud mental	5	Peor	Sentimientos de angustia y depresión durante todo el tiempo.
		Mejor	Sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Peor	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año.
		Mejor	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año.

Tabla 1 Contenido de las escalas del SF-36

Fuente: Vilagut et al., 2005

Resultados

Los datos sociodemográficos reportaron que el 62.5% fueron mujeres y 37.5% hombres; y la mayoría de la muestra tiene de 60-71 años de edad; el grado de escolaridad fue igual en un 12.5% tanto para nivel superior como para los que no estudiaron. Además se encontró que 40% no cuenta con pareja, el 7.5% vive solo (a) y el 60% es independiente económicamente (tabla 2).

		f	%
Escolaridad	Primaria	17	42.5
	Secundaria	10	25
	Preparatoria	3	7.5
	Universidad	5	12.5
	Sin estudio	5	12.5
Estado civil	Casado	24	60
	Soltero	4	10
	Divorciado	1	2.5
	Viudo (a)	11	27.5
Personas con las que vive	Ninguna	3	7.5
	1-2	20	50
	3-4	13	32.5
	5-6	3	7.5
	7 o más	1	2.5
Dependencia económica	Pensión	24	60
	Hijos	8	20
	Esposo	8	20
n= 40			

Tabla 2 Datos Sociodemográficos

Fuente: cédula de datos

Los resultados del cuestionario SF-36 en sus ocho diferentes dimensiones se resumen en la tabla 3. Se halló que la dimensión con mejor calidad de vida corresponde al rol físico y emocional. Mientras que la dimensión más afectada fue la de salud general. La calificación global que tuvieron los participantes fue superior a 50 (74.69 ± 10.34), indicando así un mejor estado de salud para los adultos mayores.

Dimensión	X	DE
Función física	84.25	23.08
Rol físico	90.62	26.96
Dolor corporal	83.61	15.50
Salud general	43.75	10.60
Vitalidad	63.33	11.58
Función social	52.50	11.39
Rol emocional	90.83	28.23
Salud mental	83.85	19.57
Global	74.69	10.34
n= 40		

Tabla 3 Calidad de vida por dimensiones
Fuente: cuestionario de salud SF-36

En la tabla 4 se muestra que las dimensiones afectadas fueron salud general y función social para el sexo masculino, mientras que para el sexo femenino la dimensión con peor estado de salud fue sólo la de salud general. La dimensión con mejor estado de salud en ambos sexos fue rol físico y rol emocional.

Dimensión	Masculino n=15	Femenino n=25
Función física	85.66 \pm 23.59	83.40 \pm 23.21
Rol físico	93.33 \pm 25.81	89 \pm 28.02
Dolor corporal	88.88 \pm 13.28	80.44 \pm 16.12
Salud general	40 \pm 11.95	46 \pm 9.24
Vitalidad	64.81 \pm 7.17	62.44 \pm 13.63
Función social	49.16 \pm 9.98	54.50 \pm 11.90
Rol emocional	93.33 \pm 25.81	89.33 \pm 30
Salud mental	90.83 \pm 14.45	79.66 \pm 21.25
Global	76.91 \pm 9.04	73.35 \pm 11
n= 40		

Tabla 4 Media y desviación estándar de las dimensiones de calidad de vida en el adulto mayor, según sexo
Fuente: cuestionario de salud SF-36

El grupo de edad comprendido entre los 66-71 años tuvo la calificación más alta en la dimensión de rol físico. Y el grupo de 60-65 y 78-83 años presentó las puntuaciones más bajas en la dimensión de salud general. En cuanto a la puntuación global, el grupo de edad de 60-65 años presentó mejor estado de salud (tabla 5).

Dimensión	60-65 n=13	66-71 n=13	72-77 n=5	78-83 n=9
Función física	94	80	78	79
Rol físico	94	100	75	81
Dolor corporal	85	77	96	85
Salud general	41	48	44	41
Vitalidad	64	56	70	69
Función social	53	52	50	54
Rol emocional	92	95	80	89
Salud mental	85	80	83	87
Global	77	72	75	75
n= 40				

Tabla 5 Media y desviación estándar de las dimensiones de calidad de vida en el adulto mayor, según grupo de edad
Fuente: cuestionario de salud SF-36

En la tabla 6, se observa que el 40% de los adultos mayores presentó alguna enfermedad crónica degenerativa. Sin embargo, el grupo que no mostró ninguna enfermedad tuvo afectada la dimensión salud general.

Dimensión	Con enfermedad crónica n=17	Sin enfermedad n=23
Función física	85.58 \pm 20.37	83.26 \pm 25.29
Rol físico	95.58 \pm 18.19	86.95 \pm 31.86
Dolor corporal	80.39 \pm 16.44	85.99 \pm 14.68
Salud general	45 \pm 11.98	42.82 \pm 9.63
Vitalidad	59.47 \pm 13.57	66.18 \pm 9.16
Función social	49.26 \pm 10.33	54.89 \pm 11.76
Rol emocional	94.11 \pm 24.25	88.40 \pm 31.15
Salud mental	82.35 \pm 18.89	84.96 \pm 20.40
Global	73.69 \pm 9.24	75.43 \pm 11.22
n= 40		

Tabla 6 Media y desviación estándar de las dimensiones de calidad de vida en el adulto mayor, según el padecimiento de una enfermedad crónica
Fuente: cuestionario de salud SF-36

Discusión

El estudio de la calidad de vida en el adulto mayor resulta de vital importancia para este trabajo debido a que el envejecimiento es una etapa obligatoria en el ciclo vital, en donde el adulto mayor se enfrenta no sólo al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional, este último debido a la disminución en las capacidades físicas, psíquicas y sociales.

Los adultos mayores que participaron en este estudio mostraron que su calidad de vida de una u otra forma se ve afectada en la dimensión salud general en ambos sexos, sin embargo, las dimensiones con mejor estado de salud fueron rol físico y rol emocional, situación parecida hallaron Meléndez, Montero, Jiménez y Blanco (2001), lo que evidencia que a pesar de la falta de salud física, no afecta sus actividades laborales.

El estado de salud de las personas adultas mayores ha sido una de las preocupaciones del personal de salud y existen investigaciones al respecto que reportan datos importantes sobre la capacidad funcional de estas personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria, sin embargo, no basta conocer si aún tienen la capacidad funcional.

Sino también es necesario conocer si dentro de esa capacidad funcional existe calidad que puede estar afectando al trabajo y otras actividades diarias.

Es así como en este trabajo se obtuvo que la dimensión con mejor calidad de vida corresponde al rol físico y emocional, algo similar hallaron en un estudio hecho por López-García, et. al. (2003) quienes reportaron que las personas tuvieron las puntuaciones más altas en el rol emocional.

El personal de salud debe prestar especial atención a los múltiples factores que afectan las esferas de la vida en el adulto mayor y que tienen el potencial de favorecer la aparición de eventos adversos conforme avanza en edad, por ejemplo: la comorbilidad, disminución de las funciones físicas, cognitivas y sociales, así como una mayor auto-negligencia en el cuidado de la salud; todo lo cual, a su vez, incrementa el riesgo de mortalidad y disminuye la calidad de vida de las personas adultas mayores. Investigaciones como las de Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa. (2009) mostraron claramente lo antes dicho al reportar que un 52.75% presentaron enfermedades agudas y/o crónicas y en este estudio un 40% tiene una enfermedad crónica degenerativa, aunada al proceso de envejecimiento.

En un trabajo que hizo Marín y Castro (2011) sobre la calidad de vida del adulto mayor se encontró una población con predominio del sexo femenino en un 62%, lo que es muy similar a lo encontrado en este estudio en donde los datos sociodemográficos reportaron que el 62.5% fueron mujeres. Lo anterior es un hecho importante debido a los grados de exclusión que las mujeres en esta etapa enfrentan y que pueden afectar su calidad de vida.

Además las estadísticas mencionan que para el 2050 las mujeres de 60 años y más en México representarán el 23.3% del total de la población femenina, por lo que habría que tomar en cuenta los factores sociales, económicos y familiares que la hacen vulnerable en esta etapa de su vida y con ello ofrecer alternativas que mejoren su calidad de vida (Instituto Nacional de las Mujeres [Inmujeres], 2015).

Conclusiones

En la presente investigación se identificó que los participantes presentaron una mejor calidad de vida sobre todo en las dimensiones rol físico y rol emocional; sin embargo, hubo dimensiones afectadas como la de salud general, en ambos sexos —lo que evidencia que a pesar de la falta de salud física, no afecta su rendimiento laboral ni su esmero en el trabajo— y la función social, en el sexo masculino. En cuanto a las variables sociodemográficas es importante destacar que parte de los encuestados no tiene pareja o vive solo, aunque con independencia económica. Otro dato importante es que el 40% de la muestra presentó una enfermedad crónica degenerativa, y que a pesar de que hay adultos mayores que no presentaron ninguna enfermedad contrastó con una baja puntuación en la salud general.

Recomendaciones

Llevar a cabo estrategias de apoyo social al adulto mayor que proporcionen beneficios a largo plazo, en la satisfacción de necesidades emocionales, promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

Realizar este estudio en una población distinta como en geriátricos, comunidad o en alguna institución donde se preste servicio a adultos mayores, utilizando una muestra mayor.

Realizar estudios de causalidad para identificar los factores asociados a la mala calidad de vida.

Referencias

- Botero, B, y Pico, M. (2007). Calidad de vida Relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Revista Hacia la promoción de la Salud*, 12, 11-24. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.com/downloads/Revista%2012_2.pdf
- Coronado, J.M., Díaz, C., Apolaya, M.A., Manrique, L.M. y Arequipa, J.P. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per*, 26 (4): 230-238.
- Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G. y Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública Méx.*, 46 (4): 306-315. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8335/10910>
- Espinoza, M. (s/f). Las personas adultas mayores y la legislación universitaria de Veracruz. *Letras Jurídicas*, 8, 1-9. Recuperado de <http://letrasjuridicas.com.mx/Volumenes/8/espinoza8.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2016). *Metodología de la investigación*. 6ª. edición. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Inmujeres. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

López, E., Banegas, J., Pérez, A., Gutiérrez, J., Alonso, J. y Rodríguez, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin*, 120 (15): 568-573.

Marín Monroy, C. y Castro Molineros, S. (2011). Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. *Revista Nacional de Investigación Memorias*, 9 (16): 120-129.

Meléndez, M., Montero, R., Jiménez, C. y Blanco, L.E. (2001). Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria*, 28 (2): 91-96.

Moya, O. M. (2013). Sobre envejecimiento, vejez y biopolítica: Algunos elementos para la discusión. *Revista Contenido: Arte, Cultura y Ciencias Sociales*, 3, 68-85. Recuperado de <https://www.academica.org/ocielmoya/7.pdf>

Navarro Elías, M. G., Leiton Espinoza, Z.E., Ojeda Vargas, M.G. y Villanueva Benítez, M. (2011). Calidad de vida de la persona adulta mayor en el área urbana. En M.G. Ojeda Vargas, N., Padilla Raygoza y M.G., Navarro Elías. (Coords.), *Diversidad cultura y salud* (pp. 144-153). México.

Organización Mundial de la Salud (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.

Rubio Olivares, D. Y., Rivera Martínez, L., Borges Oquendo, L. y González Crespo, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*, 61, 1-7. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

Santesteban, I., Pérez, M., Velázquez, N. y García, N. (2009). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. *Correo Científico Médico de Holguín*, 13(2). Recuperado de <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev1.htm>

Vilagut, G. et al. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.*, 19 (2): 135-150.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.

Ware, J.E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25: 3130-9.

Calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados. Estudio comparativo

MARIN-LAREDO, Ma. Martha†*, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina y DIMAS-PALACIOS, Cirila

Recibido 2 de Julio, 2017; Aceptado 28 de Septiembre, 2017

Resumen

Comparar la calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados en un Hospital Público (de la Mujer) y uno de Seguridad Social (Hospital Regional ISSSTE) de Morelia, Michoacán. Estudio no experimental, descriptivo correlacional y transeccional. Muestra de 115 usuarios hospitalizados en un Hospital Público (de la Mujer) y 70 en un Hospital de Seguridad Social (Regional del ISSSTE) de Morelia, Michoacán. Se aplicó el instrumento de Barragán y Manrique (2010) SERVQHOS- E. Confiabilidad con alfa de Cronbach de .908. El 81.0 % (90) de los usuarios del Hospital de la Mujer y el 59.0% (49) del ISSSTE especificó que mucho mejor y mejor de lo que esperaba que el las enfermeras (os) se interesaban para que su estancia hospitalaria fuera agradable. El 83.0% (90) usuarios del Hospital de la Mujer y el 53.0 % (37) del ISSSTE mencionó mucho y mejor de lo que esperaba que los profesionales de enfermería mostraban interes en solucionar la problemática que se les presenta. P=.000. Los usuarios perciben que la calidad de la atención de enfermería es mejor en el Hospital Público que en el Hospital de Seguridad Social. La población que se acude al Hospital Público tiene menor preparación académica y es de bajos recursos económicos.

Amabilidad, confianza, trato

Citación: MARIN-LAREDO, Ma. Martha, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina y DIMAS-PALACIOS, Cirila. Calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados. Estudio Comparativo. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud. 2017. 1-1:9-16.

Abstract

To compare the perceived quality of nursing care in hospitalized users in a Public (Women's) Hospital and a Social Security Hospital (ISSSTE Regional Hospital) in Morelia, Michoacán. Non-experimental, descriptive correlational and transectional study. Sample of 115 patients hospitalized in a Public Hospital (of the Woman) and 70 in a Social Security Hospital (Regional of the ISSSTE) of Morelia, Michoacán. The instrument of Barragán and Manrique (2010) SERVQHOS- E. Reliability with Cronbach alpha of .908. 81.0% (90) of the users of the Women's Hospital and 59.0% (49) of the ISSSTE specified that much better and better than they expected the nurses were interested to make their hospital stay pleasant. The 83.0% (90) users of the Women's Hospital and the 53.0% (37) of the ISSSTE mentioned much better than expected that the nursing professionals showed an interest in solving the problem presented to them. P = .000. Users perceive that the quality of nursing care is better in the Public Hospital than in the Social Security Hospital. The population that goes to the Public Hospital has less academic preparation and is of low economic resources.

Kindness, trust, deal

† Investigador contribuyendo como primer autor.

*Correspondencia al Autor Correo Electrónico: marthita_marin@yahoo.com.mx

Introducción

Los avances científico tecnológicos de finales del siglo XX impulsaron una serie de cambios en el ámbito del ejercicio profesional de la enfermería y en general en el cuidado de la salud, el advenimiento de los planes de cuidado estandarizados, que guían la práctica y garantizan un cuidado integral, holístico, especializado, individualizado y de alta calidad a la persona sana o enferma, familia y comunidad en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud. En enfermería se ha establecido y difundido un lenguaje propio de la disciplina, incorporándose los sistemas estandarizados de la taxonomía que propone la American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para los diagnósticos, las intervenciones y resultados que derivan de la NOC y la NIC.

El mundo contemporáneo impone nuevos y grandes desafíos para la disciplina de enfermería como consecuencia de los constantes ajustes y cambios en el campo político, económico, social y cultural, así como también de los vertiginosos avances de la ciencia y la tecnología, por ende, el ejercicio profesional de la enfermería ha ido evolucionando para ajustarse a los requerimientos actuales de la sociedad en materia del cuidado y autocuidado de la salud.

Desde la perspectiva disciplinar, el cuidado es el objeto del conocimiento de enfermería y lo que determina la aportación específica a la salud de las personas y los grupos.

Actualmente enfermería se define como la ciencia del cuidado basado en el diagnóstico de las respuestas humanas a la salud, la enfermedad y la aplicación de intervenciones, considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

En los últimos años las instituciones de salud han mostrado interés por mejorar la calidad de sus servicios, una forma de hacerlo ha sido mediante la evaluación objetiva y subjetiva con el fin de lograr la satisfacción de expectativas del usuario, dando importancia a la opinión del mismo, convirtiéndose la satisfacción del paciente en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad.

Brindar calidad en el cuidado es uno de los retos a los que se enfrenta enfermería, ya que sus características de ciencia humana le permiten preocuparse por el bienestar de las personas. No obstante, se debe fortalecer el cómo se está haciendo, porque la atención de enfermería aún presenta deficiencias que se deben mejorar.

La problemática de la calidad en el cuidado de enfermería

En el 2007, en la 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Washington, DC, EUA, se mencionó que aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en desarrollo, se señala que las causas de la falta de calidad son múltiples e involucran fallos tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de servicios de salud individual. Entre las causas de la deficiente calidad individual se mencionó: desmotivación de los trabajadores de la salud; la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas, la ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas, las condiciones de trabajo inadecuadas y la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional (Artaza, O 2012).

La razón de ser y del quehacer de enfermería en las instituciones de salud hospitalarias es el cuidado directo, continuo y permanente de personas en situación de enfermedad.

Por tanto, brindar calidad para enfermería es un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado y la satisfacción de los usuarios. No obstante, para obtener este logro, es necesario tener en cuenta que la presencia, permanencia y continuidad, son condiciones específicas y distintivas de ese cuidado. Además, se constituyen en insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad de las personas bajo cuidado (Lenis, V, Manrique, A y Fred, G, 2015).

La realidad evidencia que en los profesionales de enfermería aún se presentan inconsistencias tales como: inadecuada entrega y recibo de turno, discontinuidad del cuidado, escasa atención a las necesidades de salud de los pacientes, aumento en las tasas de eventos adversos atribuidos a enfermería, falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario, escasez de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, falta de atención al llamado, y más aún, cuando el paciente no llega a conocer el servicio en el que se encuentra hospitalizado y reconocer al personal de enfermería que lo cuida, porque ni siquiera se presentan. Todo lo anterior produce insatisfacción en el paciente. (Borré, M y Vega Y. 2014).

Objetivos

General

Comparar la calidad de la atención de enfermería que perciben los usuarios hospitalizados del personal de enfermería adscrito al Hospital de la Mujer (Secretaría de Salud) y al Hospital Regional del Instituto de Servicios de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) del Estado de Michoacán de Ocampo.

Específicos

Detectar los factores tangibles (institucionales) e intangibles que perciben los usuarios hospitalizados del personal de enfermería adscrito al Hospital Público (de la Mujer) y de Seguridad Social (Regional del ISSSTE)

Correlacionar los factores sociodemográficos de los usuarios e institucionales con la calidad percibida del personal de enfermería adscrito al Hospital Público (de la Mujer) y de Seguridad Social (Regional del ISSSTE).

Referentes teóricos

Avedis Donabedian define la calidad asistencial como “la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”. Bajo esta misma óptica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (Saturno, P, 2012).

Antecedentes de la calidad en México

A mediados de los años ochenta, se implantaron en México los denominados círculos de calidad, desarrollados a partir de 1985 en el Instituto Nacional de Perinatología.

En 1987 en México se editaron las “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud”.

En 1992 se crea en México la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASTA).

Para 1996 nace la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

De 1995 a 2000, surgieron varias iniciativas de mejora de calidad, grupos de trabajo (task forces) y se comenzaron a elaborar los reportes de eventos centinela y su publicación.

En 1999 en México, el Consejo de Salubridad General retomó una iniciativa fallida del principio de esa década, dando origen a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, con lo cual comenzó la certificación de hospitales y más adelante, de otro tipo de servicios de salud.

En el periodo de 2001-2006 y en el marco del Programa Nacional de Salud, se inició en México una reforma en materia de calidad de la atención médica. Con ello nació la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, primera estrategia de alcance nacional en México. Adquirió el rango de política pública.

En el año 2002 nace la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo Primer Reto Mundial fue: “Clean Care is Safer Care” (Una atención limpia es una atención más segura), y al cual México se adhirió junto con otros siete países de Centroamérica y el Caribe.

En 2003 como parte de la reforma a la Ley General de Salud se creó el Sistema de Protección Social en Salud, y se convirtió en obligatoria la acreditación, para que las unidades de atención otorgaran servicios cubiertos por el Seguro Popular.

De 2007 a 2012 se instala en México el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) cuya estrategia consistió en “situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud” (Ruelas, E. 2012).

Políticas públicas en materia de salud en la República Mexicana

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) se elabora sexenalmente y de él se desprende el Programa Sectorial de Salud, el cual define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el PND, el cual contiene cinco metas nacionales:

1. Un México en Paz;
2. Un México Incluyente;
3. Un México con Educación de Calidad;
4. Un México Próspero y
5. Un México con Responsabilidad.

Derivado de la meta México Incluyente, se articula el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual en su Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, destaca la línea de acción “Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.” En el mismo objetivo se contiene la estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, destacando la línea de acción “Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud”. (Poder Ejecutivo Federal, 2013).

A partir del Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 ((PROSESA) establece seis objetivos asociados a las metas nacionales y a las tres estrategias transversales. En relación al objetivo 2. “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”, precisa que la protección financiera que hoy otorga el Sistema Nacional de Salud debe traducirse en mejores resultados de salud, por lo que el Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de lugar de residencia o condición laboral.

Si bien estos componentes del PND establecen elementos de calidad relacionados con la salud, el mayor peso de la misma se desarrolló de manera específica en la estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, que incluye entre otras, las líneas de acción siguientes: instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud; mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población; garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.

La calidad de la atención de enfermería en México

Enfermería es la ciencia y arte dedicada a la promoción y el mantenimiento del bienestar humano (North American Nursing Diagnosis Association, 2013.)

En México la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), concibe la calidad como: “La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficaz que brinda el personal de enfermería, a la persona de cuidado.

Esto de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del individuo familia y/o comunidad, así mismo del prestador de servicios de salud” (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2003, p. 7).

La (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad la aplicación de los indicadores básicos, para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería. Cabe señalar que actualmente este organismo cambió su denominación social a Comisión Permanente de Enfermería.

En 2003 en el Estado de Michoacán, se inició el proceso de evaluación con los indicadores de la calidad emitidos por la (CIE), direccionada por el Departamento Estatal de Enfermería, en el cual se incluyeron los 3 primeros indicadores básicos: trato digno, la vigilancia y control de venoclisis instalada y la ministración de medicamentos vía oral. En el 2006, se integraron en las Unidades de Salud de Michoacán tres nuevos indicadores: prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y prevención de caídas en pacientes hospitalizados lo que ha permitido al profesional de enfermería, tomar decisiones, partiendo de la identificación de oportunidades y así mismo establecer estrategias que han impactado en la calidad de los servicios de enfermería.

Metodología

Estudio no experimental, descriptivo correlacional y transeccional.

Muestra de 115 usuarios hospitalizados en un Hospital Público de la Secretaria de Salud (de la Mujer) y 70 en un Hospital de Seguridad Social (Regional del ISSSTE) de Morelia, Michoacán. Se aplicó el instrumento de Barragán y Manrique (2010) SERVQHOS- E. Se piloteo el cuestionario y aportó una confiabilidad con alfa de Cronbach de .908 Al instrumento aplicado se le agregaron datos sociodemograficos y laborales: institución, edad, sexo, estado civil, preparación académica, lugar de procedencia, situación laboral, turno y días de estancia hospitalaria. El cuestionario está estructurado con dos dimensiones: una que evalúa la calidad objetiva y otro la subjetiva del personal del enfermería y 16 ítems con escalamiento tipo Likert.

Resultados

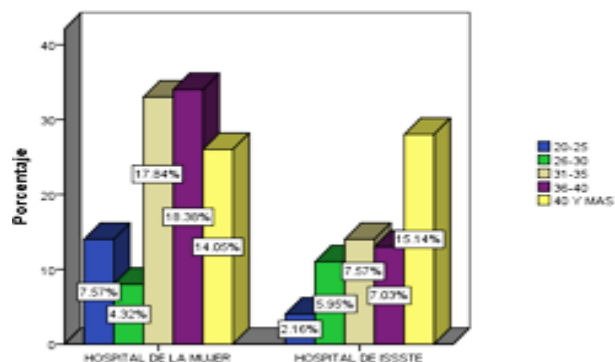


Gráfico 1 Edad de los pacientes
Fuente: 185 Cuestionarios aplicados

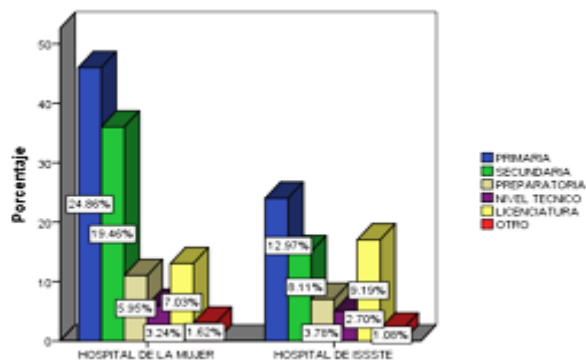


Gráfico 2 Escolaridad de los pacientes
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

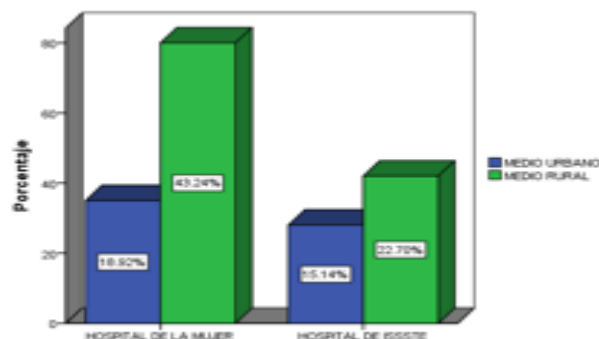


Gráfico 3 Lugar de procedencia de los pacientes
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

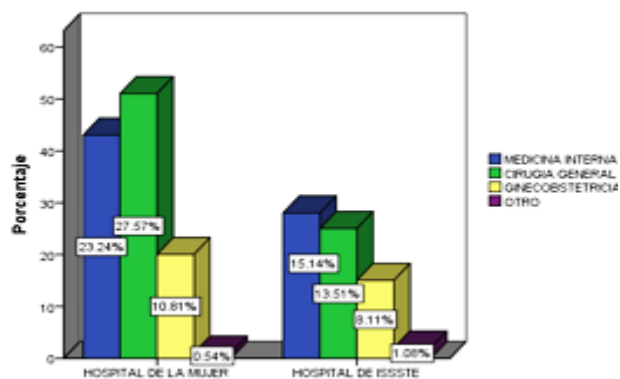


Gráfico 4 Ubicación de los pacientes según servicio
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

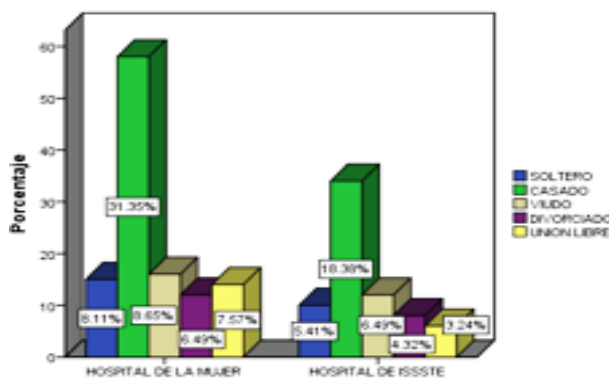


Gráfico 5 Estado civil de los pacientes
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

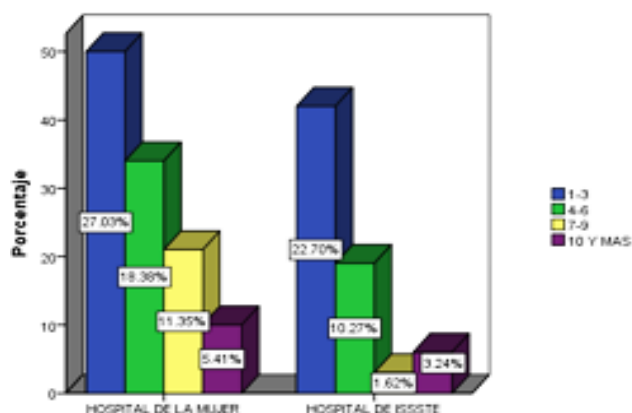


Gráfico 6 Días de estancia hospitalaria de los pacientes
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

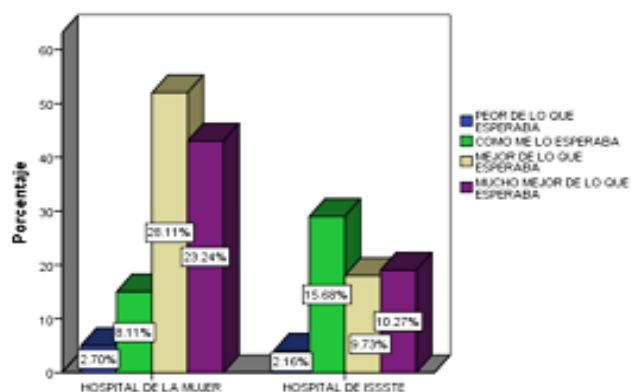


Gráfico 7 Institución Hospitalaria y el personal de Enfermería se preocupa por solucionar alguna problemática
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

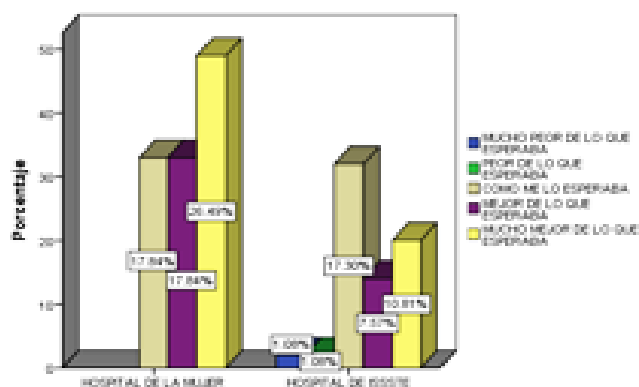


Gráfico 8 Institución hospitalaria y el personal de enfermería le informa sobre los cuidados o actividades que va a realizar
Fuente: 185 cuestionarios aplicados

Conclusiones

En el hospital de la Mujer cuatro de cada diez pacientes tiene escolaridad básica y pertenecen al medio rural. En el Hospital Regional de ISSSTE dos de cada diez pacientes tienen esta misma escolaridad y habitan en el medio rural. En el hospital de la Mujer la estancia hospitalaria es mayor que en el ISSSTE. En el hospital Público (de la Mujer) la mitad de las usuarias hospitalizadas refieren que el personal de enfermería se preocupa por solucionar las problemáticas que se presentan durante su estancia hospitalaria. En el hospital de Seguridad Social (ISSSTE) una mínima parte menciona lo mismo. Casi la mitad de las pacientes del hospital de la Mujer precisan que los profesionales de enfermería les informan sobre los cuidados o actividades que les van a realizar. En el ISSSTE una mínima parte de las usuarias objeto de estudio refieren lo mismo. Al comparar la percepción de la atención de enfermería en ambos hospitales se precisa que en el hospital de la Mujer el cuidado de enfermería es mejor que en el hospital Regional del ISSSTE. Sin embargo en este último se encontraron algunos factores de calidad del cuidado de enfermería.

Referencias

American Nursing Diagnosis Association, (2013.) NANDA. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2012 - 2014. 2ª Ed. Elsevier: España.

Artaza, O. (2012). Calidad en el Sistema de Salud para el Acceso y la Cobertura Universal. Secretaria de Salud. La Calidad de la Atención a la Salud en México través de sus Instituciones. 12 años de experiencia. 2ª. Edición. Recuperado el 20 de junio de 2017 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf

Barragán, J y Manrique, Fred. (2010). Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia, 28 (2). Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21376/22431>

Borré, Y. M. y Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*, XX (3), 81-94. Recuperado el 21 de junio de 2017 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008

Comisión Interinstitucional de Enfermería.(2003). Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Recuperado el 04 de agosto de 2003 desde http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe

Lenis, V, Manrique, A y Fred, G.(2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). 2015;15 (3): 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9 Recuperado el 09 de febrero de 2017 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972015000300009

Poder Ejecutivo Federal (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado el 19 de mayo de 2017 de <https://www.gob.mx/fnd/documentos/plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018>

Ruelas, E. (2012). La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala. Secretaría de Salud. La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones. 12 años de experiencia. 2ª. Edición. Recuperado el 21 de junio de 2017de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf

Saturno, P. (2012). Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad. Secretaría de Salud. La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones. 12 años de experiencia. 2ª. Edición. Recuperado el 21 de junio de 2017de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf

Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel

GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia†*, PÉREZ-FONSECA, Martha, JIMÉNEZ-ZÚÑIGA, Esther Alice y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, Luis Enrique

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería

Recibido 12 de Julio, 2017; Aceptado 18 de Septiembre, 2017

Resumen

El estudio tuvo el objetivo de identificar la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel del Sur de Veracruz México. Material y Método: Estudio cuantitativo descriptivo y transversal, muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de enfermería. Resultados: Participaron 148 pacientes, de género femenino en su mayoría (72.3%), el promedio de edad fue de 51 años, 42.6% eran casados, el 74.3% tenía de 1 a 3 días de hospitalización. En la percepción global del cuidado humanizado, el 60.8% siempre lo percibió, el 19.6% casi siempre lo percibió, 14.2% algunas veces lo percibió y 5.4% nunca lo percibió. Las categorías mejores percibidas, fueron apertura a la comunicación y cualidades del hacer de la enfermera, ambas con 62.2%. Por género el 63.4% de los hombres siempre percibieron el cuidado humanizado. Conclusión: El cuidado humanizado fue percibido por más de la mitad de los participantes, sin embargo hay un porcentaje de usuarios que no lo percibieron, por lo que es necesario implementar estrategias de sensibilización en el personal para mejorar esos cuidados humanizados y que se hagan visible en el momento de tener contacto directo con el paciente.

Enfermería, paciente, atención de enfermería

Abstract

The objective of this study was to identify the hospitalized patient's perception of humanized nursing care in a second level institution in the south of Veracruz México. Material and method: Quantitative, descriptive and transversal study, probability simple random sampling. A perception of humanized nursing care behavior instrument was used. Results: 148 patients, most of them female, (72.3%) participated in this study, the patients' average age was 51 years old, 42.6% of them were married, the 74.3% of them were in the hospital from one to three days. Within the global perception of the humanized care the 60.8% of the patients always perceived the nursing care, the 19.6% of them almost always perceived it, 14.2% of them sometimes perceived it, and the 5.4% of them never perceived it. The open-mindedness to communication and the qualities of the nurse's work were the two best categories perceived, both of them with 62.2%. By gender 63.4% of men always perceived the humanized care. Conclusion: the humanized care was perceived by more than a half of the participants, however, there was a percentage of patients who did not perceive it. For this reason it is necessary to implement raising-awareness strategies for the nursing staff to improve the humanized care in order that care could be visible when they are in contact with patients.

Nursing, patient, nursing care

Citación: GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, PÉREZ-FONSECA, Martha, JIMÉNEZ-ZÚÑIGA, Esther Alice y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, Luis Enrique. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud. 2017. 1-1:17-22.

† Investigador contribuyendo como primer autor.

*Correspondencia al Autor Correo Electrónico: patgonzalez@uv.mx

Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida. La humanización busca generar un enlace entre el personal de enfermería, el paciente y su familia. Con el fin de crear, mancomunadamente soluciones oportunas, rápidas y de calidad (Bautista et al., 2015).

El cuidado humano aplicado en el ámbito de enfermería, como un ideal moral, trasciende en el acto y va más allá de la acción de la enfermera. Produce actos colectivos de su profesión que tienen consecuencias importantes para la vida humana. Por lo cual, cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por aquel que exige atención de enfermería que es una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico (Juárez & García, 2009). El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, supone recibir al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida que implica el cuidado humanizado (Espinoza et al., 2010).

Los profesionales de enfermería constituyen en gran porcentaje el recurso humano disponible para brindar la atención en los servicios de salud, desde el ingreso del usuario hasta su egreso, razón por la cual el contacto permanente y progresivo es un punto importante y crítico de la evaluación asistencial (Barragán & Moreno, 2013).

Watson menciona que “La práctica del cuidado es central en la enfermería”.

Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar las mejores soluciones a sus problemas de salud. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica (Urra, Jana & García, 2011).

El profesional de enfermería tiene la función de otorgar cuidados humanizados a través de un trabajo vivo, y se espera que sean un centro de cuidado humano para los usuarios; sin embargo, el acto de cuidar humanizadamente es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud, no realizan acciones de cuidados centrados en el paciente, sino centrados en los procedimientos y/o en la técnica, lo que ha contribuido a la deshumanización del cuidado (González, 2015).

La gran cantidad de tareas que se encomiendan a diario al profesional de enfermería, lo convierten en una especie de máquina programada para producir trabajo en masa olvidando el sentido humanístico del cuidado. Es muy común por tales causas, que al paciente se le nombre por el número de la cama en que se encuentra, o por el nombre de su patología. Incluso, en las prisas de realizar los procedimientos indicados, y bajo la cotidianidad de las acciones realizadas a diario, muchos de los enfermeros han olvidado la importancia del contacto piel a piel; la importancia de adquirir un momento para sentarse al lado del usuario y aclarar sus dudas, inquietudes o simplemente el hecho de saludarles con una sonrisa (Rodríguez, 2011).

Algunos autores como los siguientes, han realizado investigaciones abordando la percepción del paciente con los cuidados humanizados de enfermería por ejemplo. Romero et al., (2013) en Colombia aplica un estudio de tipo descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería en 132 pacientes hospitalizados. Obtuvieron como resultados que el promedio de edad fue de 51.4 años, el 54.5% pertenecía al sexo femenino. El tiempo de hospitalización promedio fue de 11.5 días. La percepción global de cuidado humanizado fue de 55.4% siempre lo percibió, 35% casi siempre, 7.9% algunas veces y 1.7 % nunca lo percibió. Por categorías, las mejores percibidas fueron: Priorizar al ser de cuidado con el 58.8%, dar apoyo emocional con 57.5% y disponibilidad para la atención con 56.2%.

En Perú se realizó un estudio tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; con el objetivo de determinar la percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre las características de los cuidados humanizados del personal de enfermería, en una institución de salud. Se encuestaron a 34 pacientes, obteniendo como resultado: Predomino el sexo masculino con 64.7%, el 50% se encontraba en un rango de edad de 30-59 años. La percepción global de cuidado humanizado fue de 55.9% medianamente favorable, 38.2% favorable y 5.9% medianamente desfavorable. Las dimensiones mejores percibidas son: actitud empática percibida medianamente favorable con el 50% y 47% favorable. La dimensión de cordialidad en el trato 50 % favorable y 41.2% medianamente favorable (Rodríguez, 2015).

Otro estudio cuantitativo de corte trasversal realizado en Colombia por Bautista et al. (2015).

Con el objetivo de describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Aplicó un cuestionario a 269 pacientes descubriéndolos siguientes resultado: 57% de los participantes fueron del sexo masculino, el rango de edad con mayor predominio fue de 50 a 70 años. La percepción global de cuidado humanizado residió de 72% como excelentes, 25% buenos y 3% como regular. Los pacientes siempre percibieron los cuidados brindados por el personal de enfermería en las categorías: sentimiento del paciente 63%, priorización al ser cuidado 61%, apoyo físico 60% y cualidades del hacer de la enfermera en un 60%.

Ante esta problemática planteada, surge la necesidad de explorar acerca de la percepción que tienen los usuarios hospitalizados del cuidado humanizado de enfermería, en esta zona del país, por considerarse parte de una evaluación global en las diferentes instituciones de salud en las que se atiende el usuario. Incluso impactar en una pronta recuperación y satisfacción total del paciente y/o familiares.

Por lo anteriormente expuesto; Se plantea los siguientes objetivos.

Objetivos

General

Identificar la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel del Sur de Veracruz.

Específico

Determinar la percepción del paciente hospitalizado con relación al cuidado humanizado de enfermería de acuerdo al género.

Metodología

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Descriptivo porque se especificaron las propiedades, características y rasgos de la percepción del cuidado de enfermería en este grupo de pacientes; y transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento. La población la conformaron 248 pacientes hospitalizados en una institución de segundo nivel de la ciudad de Minatitlán, Ver, en los servicios de hospitalización de Ginecología, Medicina Interna y Traumatología.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple por medio de una tómbola, en donde todos los pacientes de la población tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados para participar. El tamaño de la muestra se calculó en el paquete estadístico STATA, con un límite de error del 5 % y un nivel de confianza de 95%. Resultando una muestra de 148 participantes. (Hernández, Fernández, & Batista, 2016). Se tomó como criterio de inclusión paciente con al menos 24 horas de internamiento.

Previa firma de consentimiento informado, se aplicó una cedula de datos personales y el Cuestionario "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) Clinicountry 3ª versión, con un alfa de Cronbach de 0.92, integrado por 3 categorías: Cualidades del hacer, apertura a la comunicación y disposición para la atención. Con un total de 32 preguntas. Los datos obtenidos fueron procesados, a través del paquete Estadístico Para las ciencias sociales (SPSS), versión 21 en español.

Resultados

Respecto a las variables sociodemográficas, el rango de edad que más sobresalió fue el de 18 a 29 años con el 48%, el promedio de edad se encontró en 51 años. El 72.3 % correspondieron al género femenino. 29.1% de los participantes contaban con secundaria y 29.8 %. Con bachillerato. Respecto al estado civil el 42.6% se encontraba casado y la mayoría llevaba de 1 a 3 días de hospitalización.

En cuanto a la percepción global del cuidado humanizado más de la mitad de los pacientes siempre lo percibieron, 14.2% algunas veces y el 5.4% nunca lo percibió, porcentaje importante de tomar en cuenta como debilidad en la atención.

Percepción de comportamientos del cuidado humanizado	n	%
Nunca	8	5.4
Algunas veces	21	14.2
Casi siempre	29	19.6
Siempre	90	60.8
Total	148	100

Tabla 1 Percepción global de comportamientos de cuidado humanizado

Con relación a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado por categorías, la mejor percibida fue apertura a la comunicación y cualidades del hacer de enfermería con 62.2% cada una. La categoría disposición para la atención fue percibida con casi siempre en el 69.6% de los pacientes; sin embargo 10.1% nunca lo percibió. Cabe señalar que esta dimensión hace referencia a la atención de enfermería hacia respetar sus decisiones, proporcionar atención con calidez, escuchar sus opiniones y responder oportunamente a sus cuidados.

Categorías	Clasificación							
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Disposición para la atención	15	10.1	30	20.3	103	69.6	0	0
Apertura a la comunicación	2	1.3	25	16.9	29	19.6	92	62.2
Cualidades del hacer de Enfermería	4	2.7	24	16.2	28	18.9	92	62.2

Tabla 2 Percepción de comportamientos de cuidado humanizado por categorías

En lo que respecta al género de los pacientes, se encontró que la percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería fue semejante en los rubros de siempre y casi siempre, lo que manifiesta un comportamiento de cuidado profesional similar para hombres y mujeres. Se destaca que el 3.7% de las mujeres y el 9.8% de los varones nunca percibieron el cuidado humanizado de enfermería.

Percepción de comportamientos del cuidado humanizado	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Nunca	4	3.7	4	9.8
Algunas veces	17	15.9	4	9.8
Casi siempre	22	20.6	7	17
Siempre	64	59.8	26	63.4
Total	107	100	41	100

Tabla 3 Percepción de comportamientos de cuidado humanizado por género

Conclusiones

En definitiva, la percepción de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería siempre fue percibida por más de la mitad de los pacientes. Las categorías que predominaron con “siempre” fueron percibidos: Apertura a la comunicación y cualidades de hacer de la enfermera y la categoría con mayor porcentaje en “nunca” fue disposición para la atención. Por género la percepción de los cuidados humanizados fueron semejantes en varones y mujeres.

Los resultados obtenidos permiten recomendar estrategias de sensibilización en el personal para mejorar la atención de enfermería en los cuidados humanizados y que se hagan visible en el momento de tener contacto directo con el paciente.

Referencias

Barragán, B. J., y Moreno, C. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*, 1(29), 217-230. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/153391/144021>

Bautista, R. L., Parra, C. E., Arias, T.K., Parada, O. K., Ascanio, M. K., Villamarín, C.M., y Herrera, P. Y. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3 y 4 nivel de atención. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(1), 105-118. Recuperado de: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>

Espinoza, M. L., Huerta, B. K., Pantoja, Q. J., Velásquez, C. W., Cubas, C. D. y Ramos, V. A. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el hospital Es Salud Huacho. *Ciencia y Desarrollo* (13) 53-61. Doi:<http://dx.doi.org/10.21503/CienciyDesarrollo.2011.v13.05>

González, H. O. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ra. Versión”. *Aquichan*, 15 (3), 381-392. Doi:10.5294/aqui.2015.15.3.6

Hernández, S.R. Fernández, C. C., y Batista, L. P. (2016). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill.

Juárez, R. P. y García, C. ML. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(2),113-15. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriai/mss/eim-2009/eim092j.pdf>

Rodríguez, A. A. (2011) Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería de Costa Rica*, 32 (1), 37-42. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>

Rodríguez F. AM. (2015). Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Mayor San Marcos. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4161>

Romero, M.E., Contreras, M. I., Pérez, P.Y., Moncada, A., y Jiménez, Z V. (2013). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(1), 60-68. Recuperado de: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>

Urta, M.E., Jana, A. A. y García, V.M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-23. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo nivel

PÉREZ-FONSECA, Martha†*, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CASTAÑÓN-EUGENIO, Iris Belem y MORALES-HERRERA, Karen Paola

Recibido 30 de Junio 2017; Aceptado 17 de Septiembre, 2017

Resumen

Identificar la satisfacción laboral del personal de enfermería que trabaja en una institución de salud de segundo nivel de atención en la Ciudad de Minatitlán, Veracruz. Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, con una población de 109 enfermeros. Muestreo: Probabilístico Aleatorio Simple. El cálculo de muestra fue a través del programa STATS 2.0, la muestra estuvo conformada por 71 profesionales de enfermería. Se utilizó el Cuestionario Font-Roja. El análisis estadístico fue a través del paquete SPSS Versión 21. Resultados: Predominó el género femenino (76.1%); la media de edad fue de 35 años de edad. La satisfacción laboral tuvo una media de 84.52; el personal de enfermería reportó insatisfacción laboral (83.1%); los enfermeros presentaron mayor insatisfacción en relación con los enfermeras. Los turnos donde se reportaron insatisfacción laboral fueron vespertino (93.8%), nocturno (93.3%) y matutino (81.3%). Conclusión: el personal de enfermería se encuentra insatisfecho en el ámbito laboral, lo que puede afectar su productividad laboral y en la calidad del cuidado del paciente.

Satisfacción en el trabajo, enfermería, instituciones de salud

Citación: PÉREZ-FONSECA, Martha, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CASTAÑÓN-EUGENIO, Iris Belem y MORALES-HERRERA, Karen Paola. Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo nivel. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud. 2017. 1-1: 23-29.

Abstract

To identify the job satisfaction of nursing staff working in a second level health care institution in the City of Minatitlán, Veracruz. Methodology: Descriptive, cross-sectional study with a population of 109 nurses. Sampling: Probabilistic Random Simple. The sample was calculated through the STATS 2.0 program, the sample consisted of 71 nursing professionals. The Font-Red Questionnaire was used. Statistical analysis was performed through the SPSS Version 21 package. Results: Female gender predominated (76.1%); the mean age was 35 years of age. Job satisfaction averaged 84.52; nursing staff reported job dissatisfaction (83.1%); the nurses showed greater dissatisfaction with nurses. The shifts where work dissatisfaction were reported were evening (93.8%), night (93.3%) and morning (81.3%). Conclusion: nurses are dissatisfied in the workplace, which can affect their labor productivity and the quality of patient care.

Satisfaction at work, Nursing, health institutions

† Investigador contribuyendo como primer autor.

*Correspondencia al Autor Correo Electrónico: marperez@uv.mx

Introducción

La satisfacción laboral es un elemento que influye en toda actividad de todo ser humano y un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal. Ésta se define como el estado emocional positivo o placentero con base en la percepción subjetiva de las experiencias laborales del propio trabajador de acuerdo a su actitud frente a su labor, basada en las creencias y valores de la persona (Nava, et al., 2013).

La satisfacción laboral ha sido conceptualizada de múltiples maneras por diferentes autores, algunos la consideran como una dinámica, como una evaluación o bien un estado mental (García, 2010). Frank Taylor en 1911, asumía que la satisfacción en el trabajo estaba totalmente relacionada con el salario recibido, es decir, con las recompensas. El estudio de la satisfacción laboral se remonta a los años 30's del pasado siglo, siendo Hoppock (1935) quien publicó el primer estudio sobre el tema, en el que identificó como factores que pueden influir en la satisfacción laboral a la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión, además de asociarla con el desempeño (Plascencia, Pozos, Preciado y Vazquez, 2016).

En 1945, Elton Mayo aseguró que la interacción del individuo con el grupo era el determinante más importante de la satisfacción en el trabajo y la situó por encima de otros factores (Rodríguez, Gómez y De Dios, 2017). En 1959 Herzberg, sugiere que la satisfacción del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer su puesto para que de esta manera pudiera desarrollar una mayor responsabilidad y experimentará a su vez un crecimiento mental y psicológico, si la persona estaba satisfecha con su trabajo, este podría ser motivador en si mismo, desarrollar sus capacidades y mejorar su rendimiento (Nava, et al., 2013).

En la teoría de la motivación, la satisfacción en el trabajo está relacionada con dos factores motivacionales: Intrínsecos: relacionados con su contenido, tales como el trabajo mismo, los logros, los reconocimientos, la responsabilidad y los ascensos; y los extrínsecos: relacionados con el contexto del trabajo y que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, como salario, las relaciones humanas, las políticas de la institución, la supervisión y la seguridad; por lo cual la satisfacción se logra por la integración de ambos factores (Pavón, Gogeochea, Blázquez y Blázquez, 2011).

La medición de la satisfacción laboral, es un proceso indispensable, ya que diferentes investigaciones han determinado que es fundamental para el efectivo desempeño del personal, puesto que por que las organizaciones se integran por personas que pasan gran parte de su tiempo un puesto de trabajo, como es el caso del personal de enfermería, el cual realiza una actividad sustantiva dentro de un hospital, al cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y brindar una atención de calidad (García, Martínez, Rivera y Gutiérrez, 2016).

La enfermería es una disciplina que contribuye a preservar, a través del cuidado, la vida y la salud de las personas desde diversas perspectivas; para realizar su labor, la enfermera desempeña sus actividades en diferentes contextos laborales dentro de una organización o estructura institucional donde algunas veces se dan condiciones de trabajo intensas, carga física y mental que necesariamente tienen influencia sobre ella (estrés emocional y fatiga). También condiciones materiales como: las de higiene, seguridad y comodidad, que están relacionadas con políticas institucionales, horarios, salarios y estabilidad laboral.

Otras son de orden psicosocial y corresponden a las características del trabajo en relaciones horizontales y verticales de comunicación y autoridad (Nava, et., 2013).

En el personal de enfermería la satisfacción laboral se ha relacionado con las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales, el trabajo en sí, el reconocimiento, la remuneración, el crecimiento personal, la responsabilidad y la seguridad en el empleo (Cifuentes y Manrique, 2014). Las enfermeras profesionales, que trabajan en el ámbito de recuperación de la salud, lo hacen diariamente en hospitales y clínicas enfrentando múltiples problemas que derivan tanto de la atención directa del paciente, como de la administración y coordinación del equipo de salud. (Broncano, 2010).

En la actualidad existe un consenso entre los factores que influyen en la satisfacción laboral de enfermería, los cuales han sido agrupados en tres variables: (1) variables sociodemográficas: educación, experiencia profesional, género, edad, entre otras; (2) características del trabajo: autonomía, salario, carga laboral, etc.; y (3) factores que guardan relación con el clima organizacional y el entorno laboral, dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Cifuentes y Manrique, 2014).

Se ha demostrado que enfermeras más satisfechas tienden a estar más comprometidas con las organizaciones en donde se desempeñan, incrementa la productividad y otorgan atención de calidad. Por el contrario, los salarios bajos, la falta o inadecuada capacitación, estilos de liderazgo, pesadas e inequitativas cargas laborales, la falta de personal, la alta presión de atención y la falta de reconocimiento profesional son sólo algunos de los múltiples factores que causan insatisfacción laboral en el personal de enfermería (Cifuentes, 2014 y Portero, 2015).

Los estudios demuestran que la satisfacción laboral constituye un buen predictor de longevidad, adhesión a la institución, mejora la calidad de vida de los trabajadores, dentro y fuera del centro laboral e influye favorablemente en el entorno social y familiar (Broncano, 2010). También ha sido identificada como un indicador clave del desempeño, ahorrador de costos, de calidad del cuidado del paciente; de la duración de la estancia en un trabajo, la motivación y la productividad del trabajo (Cifuentes y Manrique, 2014. Portero & Vaquero, 2015).

La problemática principal se enfoca en que las enfermeras al representar la mayor población de empleados dentro de un hospital, por el número de tareas que realizan, llegan a sentirse insatisfechas por diferentes aspectos, entre ellos, la sobre carga de trabajo, debida a la escasez de personal o exceso en la demanda del servicio, principalmente en los hospitales públicos y como consecuencia, muestran agotamiento físico y mental. En algunos otros casos, se traduce como falta de interés por ofrecer un servicio de calidad. Por otra parte, se presentan cambios de humor, o bien, realizan las actividades de manera rutinaria. Otro factor que puede afectar son los turnos, debido a que se generan cambios en el organismo que se ponen de manifiesto como cansancio o fatiga excesiva, y estos cambios dificultan la compatibilidad con la vida familiar (García, et al., 2016).

Existe evidencia que sostiene que un trabajador insatisfecho tiende a sufrir una serie de problemas de salud, tales como: cefaleas, estrés físico y mental, depresión mayor, accidentes cerebro vasculares, entre otros (Broncano, 2010). Teniendo en cuenta la importancia de este grupo, del trabajo que realiza y su gran proporción con respecto a otros profesionales de la salud, es vital que se sientan satisfechos con su trabajo realizado (Cifuentes, 2014).

En un estudio realizado en la ciudad de México, en el 2013 en la Unidad de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encontró que el 70% de la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como 80% en las condiciones laborales, lo que se refleja en la satisfacción del usuario, misma que está ligada con el trato del personal; a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y como resultado mayor satisfacción del paciente (Nava, et al., 2013).

En una investigación realizada en Colombia, la cual evaluó el grado de satisfacción del personal de enfermería con una muestra de 84 enfermeros. La satisfacción laboral global mínima fue de 56 puntos y máxima de 82 puntos, para una media de 69.98 (DE: 5.67) de las puntuaciones totales. Obteniendo en consecuencia una satisfacción laboral media de 2.91 (DE: 0.23). Se identificó que el género femenino dentro del grupo de profesionales de enfermería presentaron puntuaciones menores en relación a los factores de satisfacción por el trabajo, con una media de 2.88 (DE: 0.41), tensión relacionada con el trabajo media de 3.12 (DE: 0.61), presión del trabajo media de 2.80 (DE: 0.49) y promoción profesional media de 3.31 (DE: 0.57), en relación al género masculino (Cifuentes y Manrique, 2014).

En el estado de Veracruz en el año 2014, en el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE), en un estudio obtuvo que los elementos fundamentales que determinaban la satisfacción laboral del personal de enfermería eran: la cordialidad con los compañeros de trabajo, que la institución contara con los insumos para ejecutar actividades en un día normal de trabajo, los incentivos, un vínculo favorable entre directivos y trabajadores.

El 82% de la población expresó tener un excelente clima que propicia un lugar emocionalmente alentador para el trabajo, el 12% refirió tener un clima laboral regular, aunque sólo un caso lo percibió como malo. (Pucheta, Dominguez, Salazar, Bandala y Salazar, 2015).

Rodríguez, Gómez y De Dios (2017) valoraron el nivel de satisfacción laboral de los profesionales que trabajan en Atención Primaria en un Área de Asturias. El 83.9% se autodeclaran como satisfechos (IC95%:83.5-91.2). Sólo el 62.6% (IC 95%: 57.4- 68.2) están satisfechos calculando la Satisfacción Media Global (SMG) derivada de Font-Roja. Las Dimensiones del Font-Roja con mayor satisfacción “relación con los compañeros” y “competencia profesional”. Menor satisfacción: “promoción profesional” y “tensión relacionada con trabajo”. Todas las categorías otorgan baja puntuación al sueldo. La mayoría de los profesionales se encuentran satisfechos laboralmente. La satisfacción laboral es relevante en especial de las enfermeras, porque son quienes se encargan del cuidado de la salud y otorgar una atención de calidad.

Objetivo

Identificar la satisfacción laboral del personal de enfermería que trabaja en una institución de salud de segundo nivel.

Metodología

Tipo de estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. Población: estuvo conformada por enfermeros (as) que laboran en una institución de segundo nivel de la ciudad de Minatitlán Veracruz.

La obtención de la muestra fue a través de método probabilístico, el muestreo fue aleatorio simple. El cálculo de la muestra fue a través del programa STATS 2.0, con un nivel de confianza de 95%, un margen de error del 5% y un porcentaje estimado de la muestra de 20 a 80%.

La muestra estuvo compuesta por 71 enfermeros que fueron seleccionados aleatoriamente mediante tómbola (Hernández, Fernández, y Batista, 2016).

Instrumentos

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos que incluyó: género, nivel de estudios, turno, antigüedad en la institución, edad, servicio y categoría y el cuestionario Font-Roja de Aranz y Mira (1988), que mide satisfacción laboral en el medio hospitalario, consta de 24 preguntas, cada uno de las cuales es valorada mediante una escala tipo Likert con una puntuación que va de 1 a 5, interpretándose como 1 (satisfecho) a 5 (insatisfecho) El rango de puntuaciones de la totalidad del cuestionario va desde 24 (satisfecho) hasta 120 (insatisfecho). Explora nueve factores que son: Satisfacción por el trabajo, Tensión relacionada con el trabajo, Competencia Profesional, Presión del Trabajo, Promoción Profesional, Relaciones Interpersonales con sus jefes/as, Relación Interpersonal con los compañeros, Características extrínsecas de estatus y Monotonía Laboral.

La satisfacción media global se obtiene por recuento de las puntuaciones de los 24 ítems y el cálculo de su media. Estrategias de análisis: La información se procesó en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 donde se obtuvo estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central (media y desviación estándar).

El instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .80.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería y la autorización de la institución de salud de segundo nivel, mediante oficio. Para obtener la población total que labora en esa institución se acudió a la Jefatura de Enseñanza.

Se realizó el cálculo de la muestra en el programa STATS y a través de una tómbola se sorteó por servicio a los participantes; a los cuales se les explicó el objetivo de la investigación y a los que aceptaron participar se les otorgó el consentimiento informado y finalmente se aplicaron los instrumentos. El estudio se apegó a las disposiciones establecidas por la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salud, 1984).

Resultados

En cuanto al género predominó el género femenino (76.1%). Respecto al rango de edad que predominó fue de 21-30 años con un 38%, sólo el 4.2 fue mayor de 60 años. La media de edad de los participantes se ubicó en los 35 años de edad (DE 10.36).

La media de satisfacción laboral fue 84.52, lo que evidencia que el personal se encuentra insatisfecho en la institución de salud donde labora (Tabla 1).

Media	DE	Mínimo	Máximo
84.52	7.40	67.00	100.00

Tabla 1 Satisfacción laboral

La mayoría del personal de enfermería presentó insatisfacción laboral en un 83.1% (Tabla 2).

Grado	f	%
Satisfecho	12	16.9
Insatisfecho	59	83.1

Tabla 2 Satisfacción Laboral General



Grafico 1 Satisfacción Laboral General

De acuerdo al género, los hombres en su totalidad, reportaron insatisfacción laboral, mientras que las mujeres fue el 77.8% (Tabla 3).

Género	Grados	f	%
Femenino	Satisfecho		22.2
	Insatisfecho		77.8
Masculino	Insatisfecho	17	100

Tabla 3 Grado de satisfacción laboral por Género

Conclusión

En este estudio se encontró que el personal de enfermería en su mayoría reportó insatisfacción laboral en el trabajo; el género con mayor insatisfacción fueron los hombres. El grado de insatisfacción laboral del personal que labora según el turno destacó el turno vespertino (93.8%), matutino (93.3%) y nocturno (83.3%) respectivamente. Estos resultados pueden repercutir en su desempeño laboral generando poca productividad.

La satisfacción laboral es un concepto que debe ser estudiado continuamente que permita identificar necesidades en el personal de enfermería, para desarrollar una práctica profesional de calidad y eficiencia; así como también disponer de condiciones y entornos propicios que aseguren un buen desempeño laboral. Por otro lado es importante considerar que existen muchos factores como la sobrecarga de trabajo, el poco reconocimiento, el desgaste físico y emocional, jornadas de doble turno; que pueden incidir en la satisfacción laboral en el personal de enfermería, por lo que es necesario diseñar estrategias donde se valore la satisfacción del profesional de enfermería a nivel individual, gerencial y organizacional e implementar acciones de mejora en las instituciones de salud donde se brinde los cuidados de enfermería de calidad.

Referencias

Broncano, V. (2014). Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital San Bartolomé. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(2), 53-63.

Cifuentes, R. y Manrique, A. (2014). Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. *Avances en enfermería*, 32(2), 217-227.

García, H., Martínez, G. M., Rivera, L. y Gutiérrez, F. (2016). Satisfacción laboral del personal de enfermería en dos instituciones de salud públicas: caso Hidalgo, México. *Ciencia Administrativa*, (1), 26-42 disponible en: <https://www.uv.mx/iiesca/files/2016/11/04CA201601.pdf>

García, V. D. (2010). Satisfacción Laboral. Una aproximación teórica, en Contribuciones a la Ciencias Sociales, Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm>.

Hernández, S. R., Fernández C.C., y Batista L.P., (2016). Metodología de la investigación. México, D. F. Mc Graw Hill.

Nava, G., Hernández, Z., Hernández, C., Pérez, L., Hernández, R., Matus, M. y Balseiro, A. CL. (2013). Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. Archneurocién, 18(1), 16-21.

Pavón, L., Gogeochea, T., Blázquez, M., y Blázquez, D. (2011). Satisfacción del personal de salud en un hospital universitario. Salud en Tabasco, 17(1-2), 13-21.

Plascencia, C., Pozos, R., Preciado S., y Vazquez, G. (2016). Satisfacción laboral del personal de enfermería de una institución pública de Jalisco, Mexico. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 17(2), 42-46.

Portero, DC. &Vaquero, A. (2015). Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23(3), 543-552. doi: 10.1590/0104-1169.0284.2586

Pucheta, M., Domínguez, S., Salazar, M., Bandala, A., y Salazar, S. (2014). Clima laboral en el personal de enfermería de una Clínica de Medicina Familiar. Revista electrónica de portalesmédicos.com
Recuperado de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/>

Rodríguez, A., Gómez, F., y De Dios, DV. (2017). Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias. Enfermería Global. (47), 369-383.

Secretaria de Salud. (1984). Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.htm>

Trastorno Depresivo en Estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana

MARÍN-LAREDO, Ma. Martha†*, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal

Recibido 30 de Junio, 2017; Aceptado 1 de Septiembre, 2017

Resumen

La depresión es un desorden afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos. Objetivo. Analizar la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de las Facultades de Enfermería, Químicofarmacobiología y la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Material y métodos. Estudio no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra se conformó por 291 estudiantes. Muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento fue elaborado por los investigadores con una confiabilidad de .885 con alfa de Cronbach, consta de 23 ítems con una escala tipo Likert. Resultados. El 66.3% (193) corresponden al género femenino. El 50.9% (148) viven en el interior del estado de Michoacán. EL 9.6% (28) de los estudiantes de la Facultad de Químicofarmacobiología refiere que siempre, casi siempre y a veces presentan depresión; el 8.9% (26) estudiantes de Enfermería manifestaron lo mismo y el 5.5% (16) de Salud Pública refieren las mismas opciones de respuesta. Al correlacionar el sentimiento de tristeza según Facultad se precisa que 6.9% (20) son de Químicofarmacobiología; el 6.8% (20) corresponde a Enfermería y el 4.8% (14) a Salud Pública. P=. 000.

Ansiedad, tristeza, culpabilidad, concentración escolar

Abstract

Depression is a multifactorial affective disorder that can manifest itself as a series of both physical and psychological symptoms. Objective. To analyze the prevalence of depressive disorder in students of the Faculties of Nursing, Chemistry, Pharmacybiology and the School of Nursing and Public Health of the Michoacan University of San Nicolás de Hidalgo. Material and methods. Non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional study. The sample consisted of 291 students. Non-probabilistic sampling for convenience. The instrument was developed by the researchers with a confidence of .885 with Cronbach's alpha, consists of 23 items with a Likert scale. Results. The 66.3% (193) correspond to the feminine gender. 50.9% (148) live in the interior of the state of Michoacán. The 9.6% (28) of the students of the Faculty of Químicofarmacobiología refers that always, almost always and sometimes they present depression; 8.9% (26) Nursing students reported the same and Public Health 5.5% (16) reported the same response options. When correlating the feeling of sadness according to Faculty, it is stated that 6.9% (20) are from Chemotherapy Pharmacobiology; 6.8% (20) corresponds to Nursing and 4.8% (14) to Public Health. P = .000.

Anxiety, sadness, guilt, school concentration

Citación: MARÍN-LAREDO, Ma. Martha, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal. Trastorno Depresivo en Estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud. 2017. 1-1:30-40

† Investigador contribuyendo como primer autor.

*Correspondencia al Autor Correo Electrónico: marthita_marin@yahoo.com.mx

Introducción

Este estudio surge a través de la experiencia y observación de los estudiantes de la Facultad de Enfermería, así como de las diferentes carreras de las Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), ya que se identifica una sobrecarga de estrés debido a que los estudiantes realizan prácticas clínicas, tienen que acudir a clase, hacer tareas, investigaciones así mismo los estudiantes tienen un tiempo reducido para abarcar todo el contenido semestral de cada unidad de aprendizaje, lo que en muchas ocasiones hace que los estudiantes padezcan alguna sintomatología de trastorno depresivo. Otro factor observado que influye en los estudiantes para la aparición de la depresión es el económico, debido a que la mayoría de los casos los estudiantes no cuentan con el suficiente recurso económico, ya sea por falta de apoyo de sus padres o dificultad para conseguir una beca o un apoyo de tipo monetario, para poder solventar sus gastos académicos y personales, orillando al estudiante a conseguir trabajos de extensas horas laborales: como cuidar pacientes en su domicilio, en hospitales, en centros comerciales, entre otros, que realiza en horas en que no se encuentra presente en la Facultad reduciendo así su tiempo para realizar sus actividades académicas, con la consecuencia de sufrir un trastorno depresivo.

También las condiciones de salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la Universidad Michoacana pueden verse afectadas por las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo de aprendizaje, la adquisición de destrezas que plantean situaciones de fracaso o éxito, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, así como los cambios en el horario de su alimentación, debido a sus horarios mixtos o que no se tiene el tiempo a veces de consumir los alimentos.

Los cambios en el ciclo sueño-vigilia, pueden propiciar diversas enfermedades entre ellas, la depresión.

En diferentes artículos se ha observado que la prevalencia de trastorno depresivo se presenta más en las mujeres que en los hombres, así como también se ha identificado en la carrera de la Licenciatura en Enfermería ya que en ésta, predomina el sexo femenino.

Estudiar una carrera de Ciencias de la Salud ya sea Enfermería, Quimicofarmacobiología o Salud Pública implica más exigencia académica, debido a que tienen que atender las necesidades de salud de la población sana o enferma, enfrentándose a situaciones muchas veces dolorosas como pacientes en fase terminal niños o adultos o la muerte de éstos, creando estrés y depresión, aunado a esto, a los problemas personales, laborales y sociales.

Este trabajo está estructurado en tres apartados. En el primero se aborda la situación que guardan los estudiantes de las diferentes carreras objeto de estudio de Ciencias de la Salud de la UMSNH acerca de la depresión, se efectúa un acercamiento a la problemática de la depresión a nivel internacional, se hacen cuestionamientos acerca de la prevalencia de la depresión en las Facultades y Escuela objeto de estudio y se plantean los objetivos de la investigación. En un segundo apartado se precisa las generalidades del trastorno depresivo, epidemiología, panorama nacional, clasificación, cuadro clínico y complicaciones de la depresión. En el tercer apartado se menciona la metodología, resultados, conclusiones y bibliografía en la cual se sustenta este estudio.

Acercamiento a problemática de la depresión

Según la OMS, en la actualidad, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. En Europa, representa más del 7.0% de la mortalidad prematura. En España, el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4.0 %. La “depresión es un desorden afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece”. (Pereyra & Ocampo, J, 2010, p. 521). La depresión constituye un reto para la Salud Pública, ya que su prevalencia es alta: el número de personas que la sufren a lo largo de su vida se sitúa entre el 8.0% y el 15.0%. 350 millones de personas sufren depresión en el mundo. Según la OMS, en la actualidad, la depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. En Europa, representa más del 7.0% de la mortalidad prematura. (EFE:SALUD, 2015). El trastorno depresivo es una de las entidades clínicas más investigadas en la población médica; también se han estudiado los síntomas depresivos en el ámbito universitario. Los niveles inusualmente altos de estrés y depresión en los estudiantes de medicina tienen implicaciones importantes que se extienden más allá de la educación médica (Guavita, 2006, p. 76). En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50.0% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo (Berenzon S, 2016, p. s/p).

Ante lo expuesto se hacen los siguientes planteamientos:

Preguntas de investigación

Central

¿Cuál es la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de las carreras de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo?

Secundarias

¿Cuáles son los principales síntomas del trastorno depresivo que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes de las Ciencias de la Salud?

¿En qué sexo se presenta con mayor frecuencia el trastorno depresivo?

¿Cuál carrera de Ciencias de la Salud presentan mayor prevalencia de trastorno depresivo?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos (edad, lugar de procedencia, sexo, ingresos económicos y estado civil) y académicos (horas de estudio, semestre, tiempo de prácticas, turno.) que influyen en la presencia del trastorno depresivo?

Objetivos

General

Analizar la prevalencia de trastorno depresivo en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Específicos

Identificar los principales síntomas del trastorno depresivo que se presentan con mayor frecuencia en los estudiantes de las Ciencias de la Salud.

Detectar en qué sexo se presenta con mayor frecuencia el trastorno depresivo.

Determinar qué carrera de Ciencias de la Salud presenta mayor prevalencia del trastorno depresivo.

Asociar los factores sociodemográficos (edad, lugar de procedencia, género, nivel socioeconómico y estado civil) y académicos (horas de estudio, semestre, tiempo de prácticas, turno) que influyen en la presencia del trastorno depresivo en los estudiantes.

Generalidades del trastorno depresivo

La higiene mental se mantiene cuando los individuos pueden desempeñar de manera idónea sus capacidades personales y profesionales en condiciones adecuadas de bienestar psíquico y social (Guavita, 2006).

El trastorno depresivo es un “desorden afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece” (Pereyra & Ocampo, J, 2010, p. 2).

En la lengua inglesa el concepto de depresión aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje biomédico. Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que han sido utilizados para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario.

Un padecimiento crónico, entre otros. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo. (Psicológicos & Diagnósticos, 2015)

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis (Conti, 2007). A lo largo de la Edad Media, San Agustín (siglo V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986). Ya más cercano en el tiempo, Emil Kraepelin utiliza el término “locura depresiva” en una de sus clasificaciones nosológicas, sin desprenderse del término melancolía para signar la enfermedad, y deja la palabra “depresión” para denominar un estado de ánimo, considerando que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que le pertenece (Conti, 2007). Por su parte, Adolf Meyer propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Se llegó a la redundancia de nominar depresión con melancolía cuando los síntomas eran suficientemente graves como para nominarlos simplemente como depresión. (Korman & Sarudiansky, 2011, p. 2).

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves (OMS, 2016). Los síntomas principales que definen la depresión son: tristeza patológica, desgano y anhedonia, ansiedad, insomnio, alteraciones del pensamiento, alteraciones somáticas, alteraciones del comportamiento, modificaciones del apetito y del peso, pérdida del placer, culpa excesiva, pensamiento suicida y disminución de la energía así como la cefalea. (Rozados, 2016, p. s/p).

Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, en una proporción de 2 a 1; en las personas de mayor edad; en sujetos con bajos recursos económicos; en individuos con pobre apoyo familiar, carentes de un confidente o de una relación afectiva estable. (Campo-Cabal G, 2001).

Epidemiología

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800, 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS) adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales (OMS, 2016, p. s/p).

Se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La OMS prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres.

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50.0% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración. Estudios con población adolescente muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida, se encuentran los depresivos; 7.8% de los jóvenes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con aquéllos de distimia. Estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida. Es probable que la presencia de síntomas depresivos se relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores (Rosado, s.f.)

Panorama Nacional

Los análisis realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado.

Diversos factores se asocian con la reducida solicitud de ayuda, tales como el estigma, los horarios de atención poco convenientes, las largas listas de espera para obtener una cita, el diferimiento de las consultas, el hecho de no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta, el desconocimiento del tratamiento o las dificultades para trasladarse al servicio, entre otros. Un factor más tiene que ver con la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas de la población y el tipo de asistencia que se ofrece; es decir, mientras la población suele definir y expresar las necesidades en términos de problemas cotidianos que tienen como consecuencia la presencia de estrés o tristeza (laborales, económicos, con la pareja, la familia), lo que ameritaría consejo, entendimiento o empatía, la atención de los servicios está basada en realizar diagnósticos psiquiátricos y dirige el tratamiento hacia los trastornos detectados. Esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad también dificulta que la población acuda y permanezca en los servicios (Berenzon S, 2016, p. s/p).

Clasificación de los trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor

Es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores que es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, el sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas, que incluyen cambios de apetito o peso, sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación.

Planes o intentos suicidas, los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto con que aparecen los síntomas, la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de interés o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Los síntomas pueden provocar, malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno distímico

Se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años, solo se establece el diagnóstico de trastorno distímico, con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del trastorno depresivo mayor o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor antes del inicio del trastorno distímico

Trastorno esquizoafectivo

Difiere del trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. (Pichot, López, & Valdés, 1995, pp. 345-350)

Cuadro clínico

1. Tristeza patológica: un estado de ánimo que alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda. Tanto, que la persona con depresión se siente "en baja", sin ganas de hacer nada, pierde el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa, lo que ocasiona que el 15.0 % de los deprimidos termina suicidándose.
2. Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada.
3. Ansiedad: suele siempre estar acompañado de la depresión, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad se presenta en el cuadro clínico, se denomina una depresión ansiosa.
4. Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos pueden presentar hipersomnias.
5. Alteraciones del pensamiento: surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
6. Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación (enfermedad infecciosa viral) y sudoración nocturna. Se experimenta una sensación de fatiga.

7. Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

8. Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

9. Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

10. Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

11. Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

12. Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde. (Rozados, 2016)

Complicaciones de la depresión

La depresión no tratada puede dar como resultado, los problemas de comportamiento y de salud emocionales que afectan a todas las áreas de tu vida. La astenia y la pérdida de interés dejan atrás a los pacientes y las dificultades para recordar.

Concentrarse y tomar decisiones, alteran su capacidad para completar cualquier tarea que comienzan. (Moore, 2005, p. 136). El suicidio, es la complicación más grave de la depresión.

El suicidio es una conducta casi exclusivamente humana que se presenta en la totalidad de las culturas, con diversa afectación en función de las mismas, y que ha estado siempre presente a lo largo de la historia. Es conocido que la actitud hacia la conducta suicida ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura que han actuado o no, según los casos, como freno de los actos auto-agresivos.

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. Esta temática se torna aún más grave en la población adolescente, puesto que los suicidios en este grupo etario, son cada vez más frecuentes, constituyéndose en la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50.0 % de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos.

Si la depresión no se trata incrementa el riesgo de suicidio o de otros actos violentos. El 6.0% de las personas diagnosticadas de depresión cometerán suicidio. Esta cifra sube al 10-15% en aquellos que han sido hospitalizados por depresión, lo que constituye una tasa 30 veces superior a la de la población general. En los pacientes con un episodio depresivo mayor actualmente un 20.0 a un 25.0% intentarán suicidarse. El tratamiento reducirá a la mitad el riesgo de suicidio, especialmente para los varones de menos de 30 años.

El abuso de alcohol o drogas, el desempleo, el aislamiento social y la impulsividad aumentan el riesgo de suicidio. (Bousoño, Baca, Álvarez, Eguiluz, Martín, & et al, 2008). La depresión constituye el factor más importante de los suicidios consumados y en torno al 60.0% de los mismos presentan trastornos depresivos cuando se realiza la autopsia psicológica. La tasa anual de suicidio en los pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que en la población general y tienen más antecedentes de tentativas suicidas que otros grupos diagnósticos. Las tasas de intentos de suicidio encontradas en diferentes muestras de pacientes con trastornos del estado de ánimo oscilan entre el 14.0 y el 50.0 % para las depresiones unipolares y el 20.0 y el 58.0% para los bipolares. La mayor parte de los cuadros depresivos cursan con ideas suicidas y son un buen indicador de la gravedad del trastorno. En este sentido se ha intentado relacionar la gravedad del intento de suicidio con el subtipo de depresión (melancolía) o con la presencia de síntomas psicóticos, pero aún no se dispone de datos definitivos (Bousoño, Baca, Álvarez, Eguiluz, Martín, & et al, 2008).

Metodología

Estudio no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. Previo consentimiento informado se encuestaron a 291 estudiantes de octavo semestre de las Facultades de Quimicofarmacobiología (106) Enfermería (92) y la escuela de Salud Pública (93) de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Se incluyeron estudiantes que desearon participar en la investigación del turno matutino, vespertino y jornada mixta. Se empleó como técnica de recolección de datos la encuesta y un instrumento creado por los autores de este trabajo, tomando como referencia el DSM IV (Pichot, López, & Valdés, 1995, pp. 345-350).

Consta de dos partes: factores sociodemográficos e institucionales, seis dimensiones con 23 ítems con escala tipo Likert. La confiabilidad del instrumento fue de .885 con alfa de Cronbach y por el Método de Mitades de .847 y .845 (Spearman- Brown y Guttman) respectivamente. Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados

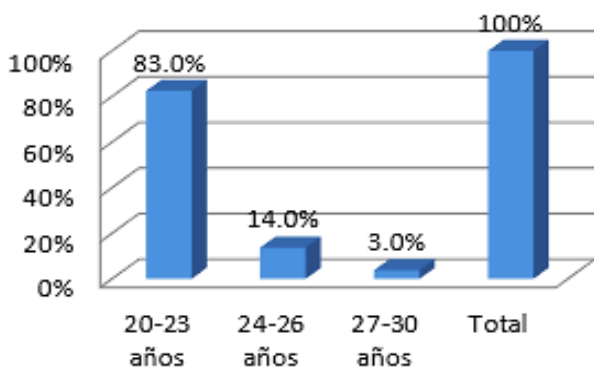


Gráfico 1 Edad de los estudiantes de Ciencias de la Salud
Fuente: 291 cuestionarios aplicados

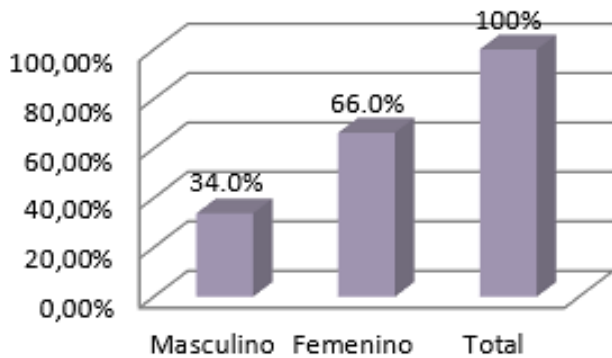


Gráfico 2 Sexo de los estudiantes de Ciencias de la Salud
Fuente: 291 cuestionarios aplicados

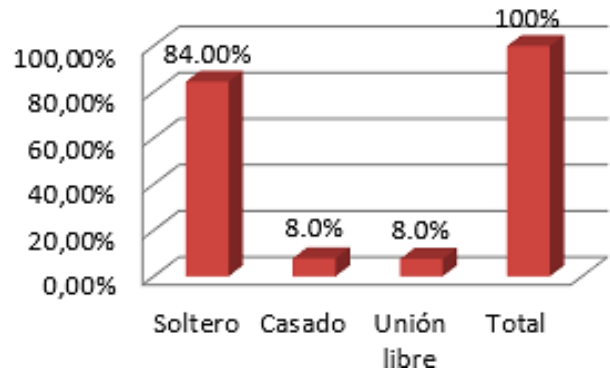


Gráfico 3 Estado civil de los estudiantes de Ciencias de la Salud

Fuente: 291 cuestionarios aplicados

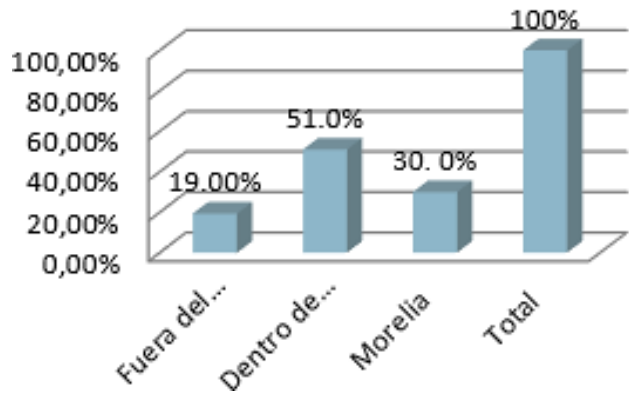


Gráfico 4 Lugar de procedencia de los estudiantes de Ciencias de la Salud

Fuente: 291 cuestionarios aplicados

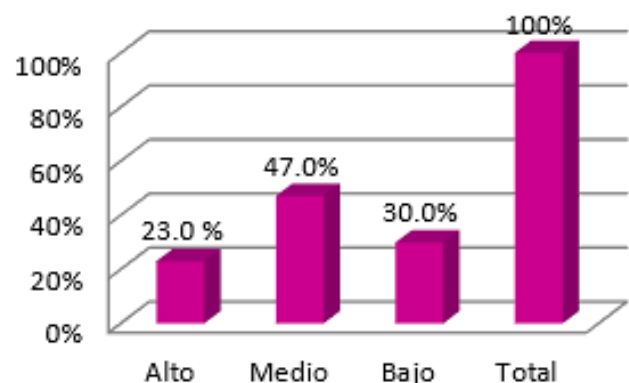


Gráfico 5 Nivel socioeconómico de los estudiantes de Ciencias de la Salud. Fuente: 291 cuestionarios aplicados

En relación a la prevalencia de depresión de los estudiantes de las Facultades y Escuela objeto de estudio se precisa que los estudiantes que presentaron siempre y casi siempre mayor depresión fueron los de la Facultad de Quimicofarmacobiología con un 2.7% (8).

En seguida la Escuela de Salud Pública con 1% (3) y por último la Facultad de Enfermería con un .7% (2).

En la asociación de la tristeza en los estudiantes según Facultad y Escuela se precisa que presentaron siempre y casi siempre mayor tristeza fue Quimicofarmacobiología con 6.9% (20) y Enfermería con 6.8% (20) y Salud Pública con 4.8% (14). P=000.

En la asociación ansiedad en los estudiantes según Dependencia Académica se observa que siempre y casi siempre los estudiantes de la Facultad de Quimicofarmacobiología presentaron ansiedad en un 8.6% (25) y Enfermería en un 7.3% (21). P=.013.

En la asociación a la dificultad para concentrarse en los estudios según Dependencia Académica se precisa que respondieron siempre y casi siempre los estudiantes de la facultad de Quimicofarmacobiología con 6.9% (20) Enfermería con 6.6% (19) y la escuela de Salud Pública con 3.4% (19). P=.042.

En relación a la agresividad entre los estudiantes del sexo masculino y femenino de las Facultades y escuela objeto de estudio se precisa que las estudiantes femeninas respondieron siempre y casi siempre con 8.2% (24) y los masculinos 4.8% (14). P=.034.

Conclusiones

Respecto a los objetivos de la investigación se precisa:

El nivel de depresión de los estudiantes objeto de estudio es bajo, sin embargo se presentan mayormente en mujeres y las principales manifestaciones en ambos géneros es tristeza, ansiedad y dificultad para concentrarse en sus estudios.

Predomina la agresividad en las mujeres. Los estudiantes de la Facultad de Quimicofarmacobiología son los que mayormente presentan algunas manifestaciones de depresión. Los estudiantes mencionaron que el consumo de bebidas alcohólicas es una forma de solucionar los factores que les causan depresión

Referencias

Berenzon S, L. M. (07 de 11 de 2016). Salud Pública de México. Obtenido de Salud Pública de México: MExico: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796

Bousoño M, B. B. (2008). Complicaciones de la depresión. Actas especiales de psiquiatría , 44.

Bousoño, M., Baca, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., & et al. (s.f de s.f. de 2008). Psiquiatría.com. Recuperado el 17 de 07 de 2017, de Psiquiatría. com.

Campo-Cabal G., G. S. (2001). Psicopatología en estudiantes Universitarios. revista colombiana de psiquiatría .

Código civil. (12 de 09 de 2016). Enciclopedia Jurídica. Obtenido de Enciclopedia Jurídica.: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>

Covarrubias, R. (07 de 11 de 2016). ¿Cómo prevenir la depresión? La segunda online. , págs. 3-4.

Diccionario ABC. (09 de 12 de 2016). Definicion abc. Obtenido de Definicion abc: <http://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php>

Diccionario de la lengua española Larousse. (09 de 12 de 2016). The free dictionary. Obtenido de The free dictionary: <http://es.thefreedictionary.com/turn%C3%B3>

EFE:SALUD. (01 de 10 de 2015). EFE:SALUD. Recuperado el 10 de 07 de 2017, de www.efesalud.com/las-cifras-de-la-depresión

Guavita, S. P. (2006). Prevalencia de Sintomatología Depresiva. Revista de la Facultad De Medicina De Bogota Colombia , 76-87.

Korman, P., & Sarudiansky, M. (2011). Dialnet. Recuperado el 4 de noviembre de 2016, de Dialnet: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-ModelosTeoricos-ClinicosParaLaConceptualizacionYTr-5205687.pdf>

Matud, G. (6 de abril de 2005). AEPC. Recuperado el 5 de noviembre de 2016, de AEPC: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-163.pdf

Moore, D. J. (2005). Manual de Psiquiatria Medica. España: Elsevier.

OMS. (03 de 11 de 2016). Organización Mundial De La Salud. Recuperado el 06 de 12 de 2016, de Organizacion Mundial De La Salud.: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Palenzuela DL, G. C. (07 de 11 de 2016). Dialnet. Obtenido de Dialnet: <http://www.psicothema.com/pdf/140.pdf>

Pereyra, R. O., & Ocampo, J. (octubre/diciembre de 2010). Scielo Perú. Recuperado el 05 de octubre de 2016, de Scielo Perú: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000400005&script=sci_arttext

Pérez, J. G. (09 de 12 de 2016). Definición. De. Obtenido de Definición. De: <http://definicion.de/procedencia/>

Pichot, P., López, j., & Valdés, M. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.

Psicológicos, & Diagnósticos. (2015). Grupo 403024A_224. Recuperado el 17 de 07 de 2017, de Grupo 403024A-224.

Real academia española. (09 de 12 de 2016). Diccionario de la lengua española. Obtenido de Diccionario de la lengua española.: <http://dle.rae.es/?id=EN8xfff>

Rosado, R. (s.f.). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción. Por Esto , pág. 1.

Rozados, R. (03 de 11 de 2016). Psicomag. Recuperado el 15 de 02 de 2017, de Psicomag: http://www.depresion.psicomag.com/signos_y_sinto.php

Instrucciones para autores

[Título en Times New Roman y Negritas No.14]

Apellidos en Mayúsculas -1er Nombre de Autor †, Apellidos en Mayúsculas -2do Nombre de Autor
Correo institucional en Times New Roman No.10 y Cursiva

(Indicar Fecha de Envío: Mes, Día, Año); Aceptado (Indicar Fecha de Aceptación: Uso Exclusivo de ECORFAN)

Resumen

Título

Objetivos, metodología

Contribución

(150-200 palabras)

Abstract

Title

Objectives, methodology

Contribution

(150-200 words)

Keywords

**Indicar (3-5) palabras clave en Times New Roman
y Negritas No.11**

Cita: Apellidos en Mayúsculas -1er Nombre de Autor †, Apellidos en Mayúsculas -2do Nombre de Autor. Título del Artículo.
Título de la Revista. 2017, 1-1: 1-11 – [Todo en Times New Roman No.10]

† Investigador contribuyendo como primer autor.

Instrucciones para autores

Introducción

Texto redactado en Times New Roman No.12, espacio sencillo.

Explicación del tema en general y explicar porque es importante.

¿Cuál es su valor agregado respecto de las demás técnicas?

Enfocar claramente cada una de sus características

Explicar con claridad el problema a solucionar y la hipótesis central.

Explicación de las secciones del artículo

Desarrollo de Secciones y Apartados del Artículo con numeración subsecuente

[Título en Times New Roman No.12, espacio sencillo y Negrita]

Desarrollo de Artículos en Times New Roman No.12, espacio sencillo.

Inclusión de Gráficos, Figuras y Tablas-Editables

En el *contenido del artículo* todo gráfico, tabla y figura debe ser editable en formatos que permitan modificar tamaño, tipo y número de letra, a efectos de edición, estas deberán estar en alta calidad, no pixeladas y deben ser notables aun reduciendo la imagen a escala.

[Indicando el título en la parte inferior con Times New Roman No.10 y Negrita]

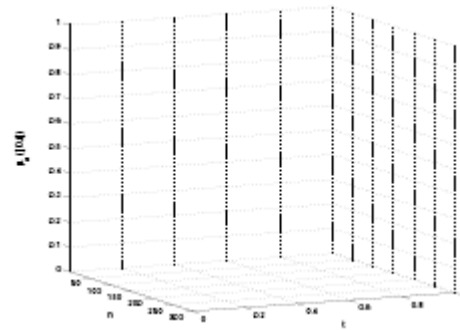


Grafico 1 Titulo y Fuente (en cursiva).

No deberán ser imágenes- todo debe ser editable.

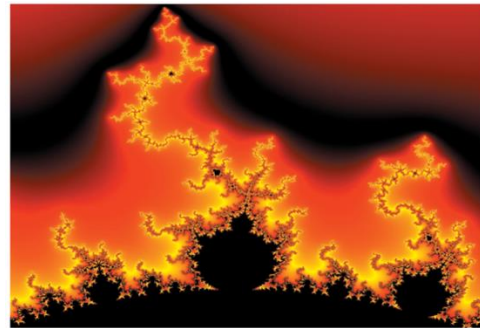


Figura 1 Titulo y Fuente (en cursiva).

No deberán ser imágenes- todo debe ser editable.

Tabla 1 Titulo y Fuente (en cursiva).

No deberán ser imágenes- todo debe ser editable.

Cada artículo deberá presentar de manera separada en **3 Carpetas**: a) Figuras, b) Gráficos y c) Tablas en formato .JPG, indicando el número en Negrita y el Titulo secuencial.

Instrucciones para autores

Para el uso de Ecuaciones, señalar de la siguiente forma:

$$Y_{ij} = \alpha + \sum_{h=1}^r \beta_h X_{hij} + u_j + e_{ij} \quad (1)$$

Deberán ser editables y con numeración alineada en el extremo derecho.

Metodología a desarrollar

Dar el significado de las variables en redacción lineal y es importante la comparación de los criterios usados

Resultados

Los resultados deberán ser por sección del artículo.

Anexos

Tablas y fuentes adecuadas.

Agradecimiento

Indicar si fueron financiados por alguna Institución, Universidad o Empresa.

Conclusiones

Explicar con claridad los resultados obtenidos y las posibilidades de mejora.

Referencias

Utilizar sistema APA. **No** deben estar numerados, tampoco con viñetas, sin embargo en caso necesario de numerar será porque se hace referencia o mención en alguna parte del artículo.

Ficha Técnica

Cada artículo deberá presentar un documento Word (.docx):

Nombre de la Revista

Título del Artículo

Abstract

Keywords

Secciones del Artículo, por ejemplo:

1. *Introducción*
2. *Descripción del método*
3. *Análisis a partir de la regresión por curva de demanda*
4. *Resultados*
5. *Agradecimiento*
6. *Conclusiones*
7. *Referencias*

Nombre de Autor (es)

Correo Electrónico de Correspondencia al Autor

Referencias

Formato de Originalidad



Cusco, Perú a ____ de ____ del 20____

Entiendo y acepto que los resultados de la dictaminación son inapelables por lo que deberán firmar los autores antes de iniciar el proceso de revisión por pares con la reivindicación de ORIGINALIDAD de la siguiente Obra.

Artículo (Article):

Firma (Signature):

Nombre (Name)

Formato de Autorización



Cusco, Perú a ____ de ____ del 20____

Entiendo y acepto que los resultados de la dictaminación son inapelables. En caso de ser aceptado para su publicación, autorizo a Ecorfan- Perú a difundir mi trabajo en las redes electrónicas, reimpresiones, colecciones de artículos, antologías y cualquier otro medio utilizado por él para alcanzar un mayor auditorio.

I understand and accept that the results of evaluation are inappealable. If my article is accepted for publication, I authorize Ecorfan- Perú to reproduce it in electronic data bases, reprints, anthologies or any other media in order to reach a wider audience.

Artículo (Article):

Firma (Signature)

Nombre (Name)

Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud

“Calidad de vida en el adulto mayor de un centro de día en la zona sur de Veracruz, México”

SANTIAGO-MIJANGOS, Alma Delia, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CIGARROA-HERNÁNDEZ, Susana y SOLANO-SANTIAGO, Laura Isabel
Universidad Veracruzana

“Calidad percibida de la atención de enfermería en usuarios hospitalizados. Estudio Comparativo”

MARIN-LAREDO, Ma. Martha, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina y DIMAS-PALACIOS, Cirila

“Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería en una institución de segundo nivel”

GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, PÉREZ-FONSECA, Martha, JIMÉNEZ-ZÚÑIGA, Esther Alice y MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, Luis Enrique
Universidad Veracruzana

“Satisfacción laboral del personal de enfermería en una institución de segundo nivel”

PÉREZ-FONSECA, Martha, GONZÁLEZ-DE LA CRUZ, Patricia, CASTAÑÓN-EUGENIO, Iris Belem y MORALES-HERRERA, Karen Paola

“Trastorno depresivo en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Michoacana”

MARÍN-LAREDO, Ma. Martha, VALENZUELA-GANDARILLA, Josefina, ÁLVAREZ-HUANTE, Claudia Guadalupe, JIMÉNEZ-IZQUIERDO, Vanessa y MORA-TÉLLEZ, Juan Cristóbal

