



2022 Vol. 6 N° 1

Health Care & Global Health

JOURNAL OF RESEARCH AND HEALTH

ISSN 2522-7270

(ONLINE)



Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Volumen 6 • Número 1 • 2022

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Dr. Cesar Augusto Ángeles Caballero
Rector

Dr. Milciades Hidalgo Cabrera
Vicerrector Académico

Dr. Fernando Alvarado Rojas
Secretario General

Mg. Omar Velásquez Andia
Gerente General

Dr. Jorge Alberto Del Carpio Salinas
Decano de la Facultad de Ciencias e Ingeniería

Dr. Hernán Hugo Matta Solís
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Armando Flores Medina
Decano de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Dr. Roberto Cumpen Vidaurre
Decano de la Facultad de Ciencias Contables y Financieras

Mg. Elvis Gonzales Choqueguanca
Coordinador de la Carrera de Educación Primaria e Interculturalidad

Dr. Estela Aguilar Calero
Coordinador de la Carrera de Educación Inicial

Mg. Nancy Tineo De la Cruz
Coordinador de la Carrera de Contabilidad

Mg. Luigi Bozzeta Gardella
Coordinador de la Carrera de Administración

Mg. Grecia Rojas Vega
Coordinador de la Carrera de Marketing

Mg. Judith Morales Martínez
Coordinador de la Carrera de Psicología

Mg. Elga Sarmiento Bedoya
Coordinador de la Carrera de Enfermería

Ing. Juan Lara Herrera
Coordinador de la Carrera Ing. Electrónica

Ing. Luis Romero Untiveros
Coordinador de la Carrera Ing. Sistemas

Ing. Luis Romero Untiveros
Coordinador de la Carrera de Ing. Industrial

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR GENERAL

Juan Morales,
Universidad de Ciencias y Humanidades-UCH, Perú

EDITOR ADJUNTO

Hernan Hugo Matta Solís,
Universidad de Ciencias y Humanidades-UCH, Perú

EDITORES ASOCIADOS

Joshi Acosta,
Universidad Nacional del Centro del Perú, Perú

Marcos Carruitero,
Universidad Privada Antenor Orrego, Perú

Jose Fuentes-Rivera,
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Kelly Levano,
Helene Fuld College of Nursing, United States

María Angélica Arzuaga Salazar,
Universidad de Antioquia - UdeA, Colombia

Jéssica Jannett Rivadeneyra Posadas,
Universidad de Burgos - UBU, Spain

COMITÉ CIENTÍFICO

- César Arturo Gutiérrez Villafuerte, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Carlos Alexander Alva Diaz, *Ministerio de Salud - MINSA, Perú*
- María Cristina Maya Vázquez, *Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM, México*
- María Teresa Cuamatzi Peña, *Universidad Autónoma del Estado de México - UAEMex, México*
- Yolanda Rufina Condorimay Tacsí, *Universidade Federal de Goiás - UFG, Brazil*
- Violeta Magdalena Rojas Huayta, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Eduardo Rafael Bucio Reta, *Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, México*
- Jack Roberto Silva Fhon, *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - EERP USP, Brazil*
- Leda Yamilée Hurtado Roca, *Universidad Autónoma de Madrid - UAM, Spain*
- José Pacheco Romero, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Silvia Suarez Cunza, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM, Perú*
- Emma Hernández Valdés, *Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular - ICC, Cuba*

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Peruvian Journal of Health Care and Global Health, es una publicación de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

ISSN: 2522-7270

Editado por:

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

© Copyright 2022

Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.

<http://revista.uch.edu.pe>

Junio 2022

Esta publicación es gratuita y el contenido en su integridad se encuentra en:
<http://revista.uch.edu.pe>

Editorial

El retorno a la presencialidad en las universidades del Perú
The return to presence in the universities of Peru
Morales Martínez, Judyth G

4

Artículo original

Evaluación disergonómica en trabajadores de una empresa privada de Cusco, Perú
Dysergonomic evaluation in workers of a private company in Cusco, Peru
Olarte-Llave Dina Rossy, Mestas-Tola Raul Luciano, Vigo-Rivera Juan Eduardo, Apaza-Porto Hernan Romulo

6

Factores de riesgo asociados a la mortalidad infantil por desnutrición. Hospital General de Benguela, Angola
Risk factors associated with infant mortality due to malnutrition. Benguela General Hospital, Angola
Gómez-Martínez Freddy, Ruiz-Piedra Alina María, Gibert-Lamadrid María del Pilar

13

Nivel de vacilación frente a la vacuna contra COVID-19 en una zona urbano marginal de Lima
Level of hesitancy towards the COVID-19 vaccine in a marginal urban area of Lima
Guerra-Pizango Lucia Angelica, Cereceda-Pinares Ruth, Flores-Acosta Noemi, Zamora-Villalobos Segundo, Roque-Utrilla Estefanny, Basilio-Rojas Marlene Raquel

21

Acoso sexual en estudiantes universitarios de Lima Norte
Sexual harassment in university students of North of Lima
Goyzueta Ana Paula, Cervantes-Alvino Sunita Consuelo

27

Tuberculosis y su asociación con la infección por VIH en los distritos de Lima Norte
Tuberculosis and its association with HIV infection in the districts of northern Lima
Mauricio-Vásquez Katherine Paola, Loarte-Cadillo Junnior Nuwton, Vásquez-Chávez Yesenia Vanesa, Gómez-Ventura Erick, Morales Juan

33

Riesgo de diabetes mellitus en residentes de una zona urbano marginal de Lima Norte
Diabetes mellitus risk among residents of a marginal urban area of northern Lima
Jara-Arellano Lucy Teodora, Duran-Fabian Rosa María, Navarro-De la Cruz Carina, Fatama-Valdez Max Eduard, Puchuri-Valdez Josefina Maricruz, Bajonero-Cespedes Mariana

39

Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción
Passive and active suicidal ideation: a brief description
Baños-Chaparro Jonatan

42

Experiencia de un médico como paciente en un hospital del seguro social del Perú
Physician's experience as a patient in a Peruvian Social Security Hospital
Vega-Pizarro Raúl Enrique

46

Artículo Especial

Pautas de redacción científica en ciencias de la salud:
Título de la investigación
Guidelines for scientific writing in the health sciences: Title of the research study
Morales Juan

50

El retorno a la presencialidad en las universidades del Perú

The return to face-to-face attendance in Peruvian universities

Morales Martínez, Judyth Gaby ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología. Lima, Perú.

^a Licenciada en Psicología, Magister en Docencia Universitaria.

Información del artículo

Citar como: Morales Martínez JG. El retorno a la presencialidad en las universidades del Perú. *Health Care & Global Health*.2022;6(1):4-5.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.117

Autor corresponsal

Judyth G. Morales Martínez
Email: jmorales@uch.edu.pe
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.
Teléfono: +51 989192159

Historial del artículo

Recibido: 23/06/2022
Aprobado: 24/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

En la actualidad podemos hacer una retrospectiva acerca de lo que significó la pandemia por COVID-19 en nuestras vidas. Esta circunstancia nos ha obligado a hacer cambios esenciales y muy rápidos que definitivamente han afectado de forma individual y en cuanto a las estructuras sociales en nuestro contexto. El mundo es un sistema en el que todo elemento que lo compone, por insignificante que parezca, interactúa con otros y acaba por influenciar el conjunto. Es así como se ha puesto en evidencia la pobreza no solo económica en el ámbito de Latinoamérica y otros países, sino también valorativa y moral compartida con el resto del mundo. Es en ese sentido que ahora se habla abiertamente de nacionalizar, de relocalizar, de reindustrializar, de soberanía farmacéutica y sanitaria. Se vuelve a usar una palabra que los neoliberales estigmatizaron, acorralaron y desterraron: solidaridad⁽¹⁾.

Con relación a la educación, el efecto fue enorme. En el Perú, a través de un comunicado del Ministerio de Educación (MINEDU), las actividades académicas fueron suspendidas con el fin de evitar la propagación del coronavirus, generando con esta medida que los profesores y alumnos busquen la manera como cubrir esta necesidad de continuidad del aprendizaje. En ese sentido, la videoconferencia ha jugado, y sigue jugando después del confinamiento, un papel central en el mantenimiento de la oferta educativa que se caracterizó, en muchos casos, como una versión disminuida de las prácticas tradicionales de docencia y en otros pocos casos, la creatividad del docente permitió enfrentar estas situaciones con mucha determinación. Sin embargo, las dificultades que se han sumado fueron muy significativas, como la débil inserción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), así como, el acceso a la tecnología por falta de recursos o falta de información necesaria⁽²⁾. Las brechas económicas, sociales, generacionales, etcétera, fueron situaciones difíciles de superar.

A mediados del 2021, se aprueba el documento normativo denominado "Orientaciones para la implementación del retorno gradual a la presencialidad y/o semipresencialidad del servicio educativo superior universitario, en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19"⁽³⁾. Las universidades públicas y privadas, así como las escuelas de posgrado, podían retornar a la modalidad presencial y/o semipresencial, de forma flexible y gradual, mediante la implementación excepcional de modelos híbridos de enseñanza, en estricto cumplimiento con las medidas de prevención y control del COVID-19. Esto conllevaba considerar desde aspectos de infraestructura, pues la asistencia de los estudiantes a las instituciones educativas requería cumplir con las normativas sanitarias UNESCO-BID⁽⁴⁾, que implicarían que las instituciones tengan acceso a los servicios básicos, un tamaño adecuado de aulas y el control de la cantidad de estudiantes por grupo, y la implementación tecnológica de las aulas para el desarrollo de las clases híbridas. Por otro lado, contar con el personal capacitado para el desarrollo de las actividades académicas fue un reto difícil en todas las Instituciones Educativas de nivel superior, evidentemente no todas contaban con las condiciones económicas que exigía el retorno.

No podemos dejar de analizar el efecto que tiene toda esta situación en los docentes y los estudiantes, que experimentaron pérdidas, enfermedad, dificultades económicas, laborales y tuvieron que reponerse rápidamente por la necesidad y el compromiso



del trabajo, y ahora enfrentan los retos para el retorno a la presencialidad. Los docentes evidenciaron no solamente la falta de capacitación en las tecnologías, sino también la falta de conocimientos para adecuar su práctica docente al nuevo entorno. Durante este tiempo ha quedado de manifiesto, la disposición y el interés de los profesores por mejorar el proceso de enseñanza utilizando las TIC, si bien ha sido todo un reto, la respuesta ha sido favorable ⁽⁵⁾.

Muchos estudiantes desertaron al no poder manejar el impacto de la pandemia en sus vidas, ya sea en el plano sanitario, económico o laboral. Una fracción de ellos se están incorporando progresivamente y otros abandonaron definitivamente esta posibilidad. Al igual que los maestros, los estudiantes han tenido que adaptarse progresivamente a esta nueva realidad y exigencia tecnológica, gastos adicionales para contar con los instrumentos tecnológicos

para continuar con sus estudios. Ahora, superando todas las adversidades, se encuentran dispuestos y se dan cuenta de que es necesario el retorno a la presencialidad.

Finalmente, consideramos que son necesarias las políticas públicas que permitan contar con los recursos necesarios y la administración adecuada. La Universidad, hoy más que nunca, juega un papel importante en la evaluación de las estrategias y contenidos educativos que va a desarrollar con los estudiantes. Asimismo, se hace necesario repensar en el objetivo de la formación universitaria en nuestra sociedad, remirar la necesidad de incluir contenidos como la ética profesional, la sensibilidad humana, la solidaridad, la proyección social, el cuidado del medio ambiente, la responsabilidad social, entre otras que deben de ser interiorizadas en los futuros profesionales que va a contribuir en la construcción de un mundo mejor, más justo y solidario.

Referencias bibliográficas

1. Ramonet Ignacio. La pandemia y el sistema-mundo - Mundo. Le Monde en español diplomatique [Internet]. 25 de abril de 2020; Disponible en: <https://mondiplo.com/la-pandemia-y-el-sistema-mundo>
2. Ministerio de Educación. Resolución Viceministerial N.º 081-2020-MINEDU [Internet]. Perú; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>
3. Ministerio de Educación. Resolución Viceministerial N.º 015-2022-MINEDU [Internet]. El Peruano, 015-2022-MINEDU Perú; 2022. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-el-documento-normativo-denominado-orientaciones-pa-resolucion-vice-ministerial-n-015-2022-minedu-2037618-1>
4. Toscano Vizcaino SA, Castro Vargas RX, Suárez Ojeda MR. La educación en pandemia y el retorno a la presencialidad [Internet]. Quito; 2022. Disponible en: https://repositorio.uce.edu.ec/archivos/aralvear/OA-CITYS/Noticias/PDFs/13_La_educación_en_pandemia_y_el_retorno_a_la_presencialidad_convertido.pdf
5. Palmeros y Avila G, Guerrero Rodríguez LE, Medrano Rodríguez H. Aprendizaje y buenas prácticas sobre la pandemia en educación superior en México [Internet]. Educación Superior y Pandemia. Aprendizajes y buenas prácticas en Iberoamérica. Barcelona; 2021. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/lilibres/2021/250228/Informe_13_RedAGE_2021_v2.pdf

Evaluación disergonómica en trabajadores de una empresa privada de Cusco, Perú

Dysergonomic evaluation in workers of a private company in Cusco, Peru

Olarte-Llave Dina Rossy ^{1,a}, Mestas-Tola Raul Luciano ^{1,b}, Vigo-Rivera Juan Eduardo ^{1,c}

Apaza-Porto Hernán Rómulo ^{1,d}

¹ Universidad Peruana Unión. Juliaca, Perú.

^a Bachiller en Ingeniería Ambiental.

^b Ingeniero Electrónico.

^c Ingeniero Químico. Maestro en Ingeniería Ambiental.

^d Ingeniero Metalurgista. Magíster Scientiae en Tecnologías de Protección Ambiental.

Información del artículo

Citar como: Olarte-Llave DR, Mestas-Tola RL, Vigo-Rivera JE, Apaza-Porto HR. Evaluación disergonómica en trabajadores de una empresa privada de Cusco, Perú. *Health Care & Global Health*. 2022;6(1):6-12.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.109

Autor correspondiente

Dina Rossy Olarte Llave
Email: dina.olarte@upeu.edu.pe
Dirección: Av. La marina Espinar,
Cusco - Perú.
Teléfono: +51 958286034

Historial del artículo

Recibido: 06/12/2021
Aprobado: 07/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivo: Evaluar el riesgo ergonómico por tipo de labor en los trabajadores de una empresa privada ubicada en la Provincia de Espinar, Cusco-Perú. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Participaron 34 trabajadores, de los cuales 27 eran conductores de transporte de carga y 7 eran administrativos. Se aplicó un cuestionario validado en contenido por juicio de experto y validación interna. Para la evaluación de la postura ergonómica se utilizaron los métodos REBA aplicado al personal administrativo y OWAS aplicado al personal conductor, para el procesamiento se empleó el software Ergo IBV. **Resultados:** Del total de participantes, el 79,41% (n=27) correspondió al sexo masculino; con respecto a la dimensión (Identificación de problemas de salud) el 57,14% (n=4) del personal administrativo y el 92,59% (n=25) del personal conductor presentaron una percepción regular y deficiente, respectivamente. Con el método REBA, el 88% (n=6) de trabajadores presentó riesgo alto, y el 13% (n=1) riesgo medio. Asimismo, con el método OWAS el 70,37% (n=19) de los trabajadores resultaron con riesgo nivel 3, y el 29,63% (n=8) presentaron riesgo nivel 2. **Conclusiones:** En los trabajadores administrativos y conductores de transporte de carga existe un alto riesgo de lesiones musculoesqueléticas, afectando de manera directa la región cervical y dorso lumbar. Los trabajadores conductores de transporte son los más afectados, por tanto, se sugiere tomar medidas de acción al respecto.

Palabras clave: Evaluación Ergonómica; Riesgos Laborales; Salud Laboral; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To evaluate the ergonomic risk by type of work in workers of a private company located in the province of Espinar, Cusco-Peru. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. Thirty-four workers participated, of whom 27 were freight transport drivers and 7 were administrative workers. A questionnaire validated in content by expert judgment and internal validation was applied. For the evaluation of ergonomic posture, the REBA method applied to administrative personnel and the OWAS method applied to drivers were used, and the Ergo IBV software was used for processing. **Results:** Of the total number of participants, 79.41% (n=27) were male; with respect to the dimension (identification of health problems), 57.14% (n=4) of the administrative staff and 92.59% (n=25) of the driving staff had a fair and poor perception, respectively. With the REBA method, 88% (n=6) of workers presented high risk, and 13% (n=1) medium risk. Likewise, with the OWAS method, 70.37% (n=19) of the workers showed level 3 risk, and 29.63% (n=8) presented level 2 risk. **Conclusions:** In administrative workers and freight transport drivers there is a high risk of musculoskeletal injuries, directly affecting the cervical and dorsal lumbar region. Transport drivers are the most affected workers, therefore, it is suggested to take action measures in this regard.

Keywords: Ergonomics; Occupational Exposure; Occupational Health; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

El aumento de las enfermedades ocupacionales viene tomando gran relevancia, principalmente en aquellas de naturaleza musculoesquelética ⁽¹⁾. En América Central, la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos oscila entre 12,8% a 64,6%, siendo la población femenina la afectada ⁽²⁾. En Brasil, los trabajadores de oficina presentaron trastornos musculoesqueléticos, siendo los miembros superiores y la espalda las regiones más afectadas con 70% y 81%, respectivamente ⁽³⁾; este riesgo depende de una serie de factores tales como la duración, frecuencia y la intensidad de las exposiciones físicas en el lugar de trabajo ⁽⁴⁾. En el Perú, la segunda causa más frecuente de enfermedades ocupacionales se debe a los movimientos constantes y posturas forzadas ⁽⁵⁾.

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT), los trastornos musculoesqueléticos son uno de los problemas más significativos de salud, lo cual implica un elevado costo de vida ⁽⁶⁾; y conforman entre el 42% y el 58% de todas las enfermedades relacionadas con el trabajo ⁽⁷⁾. La misma causada por movimientos repetitivos y posturas inadecuadas del trabajador ⁽⁸⁾. Los trastornos musculoesqueléticos son un problema significativo en el trabajo, pues producen bajas por enfermedad y productividad de trabajo ⁽⁹⁾. Los trastornos musculoesqueléticos ocurren en personas independientemente de la edad y sexo ⁽¹⁰⁾. La labor de conductor trae consigo molestias debido al limitado espacio en la cabina, lo que impide el movimiento de sus extremidades ⁽¹¹⁾, presentando elevada tasa de prevalencia de dolor musculoesquelético en la zona de la espalda, cuello y hombros ⁽¹²⁾. Un factor significativo para la manifestación de lesiones musculoesqueléticas es la sobrecarga postural ⁽¹³⁾.

Los conductores de transporte tienen una mayor tasa de prevalencia de dolor lumbar (53%) en comparación con otras ocupaciones ⁽¹⁴⁾. En la empresa privada donde se decidió realizar el estudio no se cuenta con ningún estudio en ergonomía, el tema es planteado de manera muy general entre los conductores, más no entre los trabajadores administrativos. Por tanto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el riesgo ergonómico por tipo de trabajo asociados a los trabajadores de una empresa de dedicado al transporte de carga que opera en Cusco, Perú.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Se realizó en trabajadores de la empresa MYSER S.A. dedicado al transporte de carga, cuya sede principal está ubicada en la ciudad de Espinar, en la Región Cusco, Perú.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 34 trabajadores (27 conductores de transporte de carga y 7 trabajadores

administrativos). Se consideró una muestra censal sin criterio de inclusión.

Variables de estudio

Riesgo ergonómico: Es la expresión matemática que hace referencia a la probabilidad de experimentar un evento laboral indeseable, sea una enfermedad o un accidente, mediada por factores de riesgo ergonómico como el manejo manual de cargas, movimientos repetitivos, posturas y sobreesfuerzos ⁽¹⁵⁾. La existencia del riesgo ergonómico fue evaluada mediante las metodologías REBA y OWAS. En Perú, la Norma Básica de Ergonomía, con R.M. N.° 375-2008-TR, y en el título IX propone diferentes métodos de evaluación ergonómica; las metodologías REBA (Rapid Entire Body Assessment) fue utilizado para evaluar al personal administrativo ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ y OWAS (Ovako Working Analysis System) al personal conductor ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

Instrumento de medición

El instrumento empleado fue un cuestionario en escala Likert, validado en contenido por juicio de experto y validación interna, aplicado tanto para al personal administrativo como para conductores de transporte de carga, con el objetivo de identificar los peligros ergonómicos de los trabajadores mediante 4 dimensiones como: Diseño del puesto de trabajo, con respecto a las tareas, identificación de problemas de salud y por último, conocimientos básicos sobre Seguridad-Salud-Ergonomía.

Para evaluar el riesgo ergonómico del personal administrativo se aplicó la metodología REBA ⁽²⁰⁾ que evalúa la posición de las piernas, tronco, cuello, brazos, antebrazos y las muñecas. Para evaluar al personal conductor se utilizó el método OWAS útil para la observación de las posturas según la posición de la espalda, brazos, piernas y la carga manipulada ⁽²⁰⁾. Para la aplicación de ambos métodos se realizó el siguiente proceso: Los trabajadores fueron observados en su puesto laboral durante 40 minutos continuos para la identificación de las posturas adoptadas, las cuales se registraron en fotografías, videos y hojas de campo; las posturas observadas fueron codificadas y categorizadas de acuerdo al riesgo al que pertenecen según las metodologías REBA y OWAS.

Procedimientos

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta y la aplicación del instrumento metodológico REBA y OWAS. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las instalaciones de la empresa MYSER S.A. y dentro de la jornada laboral. La recolección de datos se realizó en los meses de enero a marzo del 2021, cada encuesta tuvo una duración de 5 a 10 minutos, mientras que la evaluación ergonómica tuvo la duración de 40 minutos por trabajador.

Análisis estadístico

Para procesar los datos provenientes de los cuestionarios del estudio se utilizaron los programas SPSS versión 25 y Excel, con los que se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y relativas. Los resultados fueron editados en cinco niveles de percepción: Excelente, bien, regular, deficiente

y muy deficiente. Para procesar la información respecto a las metodologías empleadas como el REBA y OWAS se empleó el software Ergo IBV ⁽²¹⁾. En REBA, el cuerpo se dividió en segmentos para ser codificados con la asignación de puntuación, el grupo A (Tronco, cuello y piernas), grupo B (Brazo, antebrazo y muñeca), el grupo C (Agrupación de la puntuación del grupo A y B), finalmente se categorizó el nivel de riesgo al que pertenece. En OWAS, el cuerpo se dividió en segmentos asignándole código respectivo a la posición de la espalda, brazos, piernas, carga o fuerza habida, finalmente se categorizó el nivel de riesgo al que pertenece.

Aspectos éticos

El presente estudio cumplió con los principios éticos fundamentales. La investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad Peruana Unión (2021-CE-FIA-004).

Resultados

Para la validación interna del Alfa de Cronbach, los cuestionarios fueron aplicados previamente a una población semejante a la del estudio con 15 colaboradores administrativos y 20 conductores de transporte, donde para ambos instrumentos se obtuvieron valores que muestran fiabilidad alta de 0,820 en el cuestionario administrativo y 0,852 en el cuestionario conductores.

En el estudio, de los 34 trabajadores evaluados, el 79,41% (n=27) correspondió al sexo masculino. Según el cuestionario aplicado al personal administrativo, el 100% (n=7) de trabajadores laboran 8h/día (Tabla 1). Respecto

Tabla 1. Datos generales del personal administrativo, 2021.

| Datos generales | n | % |
|--|---|------|
| Total | 7 | 100 |
| Sexo | | |
| Femenino | 7 | 100 |
| Edad | | |
| 18-35 | 7 | 100 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 7 | 100 |
| Tipo de contrato | | |
| Personal contratado fijo a tiempo completo | 6 | 85,7 |
| Otro | 1 | 14,3 |
| Tiempo de labor | | |
| 0-6 meses | 3 | 42,9 |
| 6-12 meses | 2 | 28,6 |
| 1-2 años | 2 | 28,6 |
| Horas de oficina | | |
| 8h/día | 7 | 100 |

a los trabajadores conductores, el 59,3%(n=16) tiene un tiempo como conductor ≥ 8 años y una carga laboral de 12 horas a más al día (Tabla 2).

Con relación a las 4 dimensiones tomadas con los cuestionarios, se observó que la mayor proporción de los trabajadores administrativos tiene una buena percepción, en cuanto al personal conductor la mayor proporción tiene percepción regular y deficiente (Tabla 3). Respecto a la dimensión 3 (Identificación de problemas de salud), el 57,14% (n=4) del personal administrativo y el 92,59% (n=25) del personal conductor presentaron una percepción regular y deficiente, respectivamente (Tabla 4).

Los resultados aplicados con la metodología REBA a los trabajadores administrativos fueron: El 85,71% (n=6) de los trabajadores presentó riesgo alto y el 14,29% (n=1) riesgo medio (Tabla 5).

En cuanto a los resultados obtenidos con la metodología OWAS aplicado a los trabajadores conductores: El 70% (n=19) pertenece a la categoría de riesgo nivel 3 y el 30% (n=8) a la categoría de riesgo nivel 2 (Tabla 6).

Tabla 2. Datos generales del personal conductor, 2021.

| Datos generales | n | % |
|--|----|------|
| Total | 27 | 100 |
| Sexo | | |
| Masculino | 27 | 100 |
| Edad | | |
| 18-35 | 6 | 22,2 |
| 35-50 años | 18 | 66,7 |
| Más de 50 años | 3 | 11,1 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 21 | 77,8 |
| Casado | 5 | 18,5 |
| Viudo | 1 | 3,7 |
| Tipo de contrato | | |
| Personal contratado fijo a tiempo completo | 21 | 77,8 |
| Personal contratado a tiempo parcial | 6 | 22,2 |
| Tiempo de conductor | | |
| 0-7 años | 11 | 40,7 |
| 8-15 años | 11 | 40,7 |
| Más de 15 años | 5 | 18,5 |
| Tiempo en su cargo actual | | |
| 0-3 años | 13 | 48,1 |
| 4-6 años | 12 | 44,4 |
| 7 años a más | 2 | 7,4 |
| Horas que maneja al día | | |
| 9-12 horas | 3 | 11,1 |
| De 12 horas a más | 24 | 88,9 |

Tabla 3. Dimensiones evaluadas en el personal administrativo y conductor, 2021.

| Dimensiones | Administrativo | | Conductor | |
|---|----------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % |
| Total | 7 | 100 | 27 | 100 |
| Diseño del puesto de trabajo | | | | |
| Excelente | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bien | 4 | 57,1 | 5 | 18,5 |
| Regular | 3 | 42,9 | 22 | 81,5 |
| Deficiente | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Muy deficiente | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Con respecto a las tareas | | | | |
| Excelente | 2 | 28,6 | 0 | 0 |
| Bien | 4 | 75,1 | 0 | 0 |
| Regular | 1 | 14,3 | 14 | 51,9 |
| Deficiente | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Muy deficiente | 0 | 0 | 13 | 48,1 |
| Identificación de problemas de salud | | | | |
| Excelente | 2 | 28,6 | 0 | 0 |
| Bien | 1 | 14,3 | 2 | 7,4 |
| Regular | 2 | 28,6 | 19 | 70,4 |
| Deficiente | 2 | 28,6 | 6 | 22,2 |
| Muy deficiente | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Conocimientos básicos sobre Seguridad-Salud-Ergonomía | | | | |
| Excelente | 2 | 28,6 | 4 | 14,8 |
| Bien | 5 | 71,4 | 23 | 85,2 |
| Regular | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Deficiente | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Muy deficiente | 0 | 0 | 0 | 0 |

Discusión

En el presente estudio, en los trabajadores que laboraron más de 8 horas en posición sedente se observó mayor frecuencia de dolencias musculares. Este resultado es compatible con un estudio realizado en Colombia que menciona, que laborar por más de cuatro horas en posición sedente frente a una pantalla conlleva a la aparición de

los trastornos musculoesqueléticos ⁽²²⁾, repercutiendo en la salud, ocasionando fatiga crónica y trastornos musculoesqueléticos ⁽²³⁾, y la zona del cuerpo más frecuente a estas molestias es el área de la espalda baja, hombro y el cuello ⁽²⁴⁾.

Asimismo, la mayor cantidad de los trabajadores conductores manejan el vehículo de 12 horas a más, generando dolencias y molestias en la parte superior e inferior del

Tabla 4. Identificación de problemas de salud en el personal administrativo y conductor, 2021.

| Dimensión 3: Identificación de problemas de salud | | | | | | |
|---|----------|----|------|----------------------|----------------------------------|--|
| Puesto de trabajo | | n | % | Percepción | Horas que permanecen en su labor | Molestias percibidas según los ítems mencionados en la dimensión 3 |
| | Total | 7 | 100 | | | |
| Administrativo | Afectado | 4 | 57,1 | Regular y deficiente | 8h/día | Sensación de cansancio, molestias en la cintura y/o espalda, dolor de cabeza, cuello y molestias en las extremidades superiores e inferiores del cuerpo. |
| | Total | 27 | 100 | | | |
| Conductor | Afectado | 25 | 92,6 | Regular y deficiente | 12h/día | Molestias en la espalda, dolor de cabeza, cuello, cansancio visual y molestias en las extremidades superiores e inferiores del cuerpo. |

Tabla 5. Resultado de la evaluación ergonómica con la metodología REBA.

| Resultados de la aplicación del método REBA | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------|
| Código | Área de trabajo | Puesto de trabajo | Categoría de riesgo | Nivel de riesgo |
| T1 | Administración | Caja | 9 | Alto |
| T2 | | Administración | 8 | Alto |
| T3 | Contabilidad | Asistente contable | 9 | Alto |
| T4 | | Asistente contable | 9 | Alto |
| T5 | Seguridad – transporte | Asistente de seguridad HSE | 7 | Medio |
| T6 | Oficina de movimiento de tierras | Administradora de proyecto | 9 | Alto |
| T7 | | Asistente administrativo | 10 | Alto |

*El nivel de riesgo medio indica un nivel de acción necesario y el nivel de riesgo alto indica un nivel de acción necesario pronto.

*HSE (Health, Safety y Environment).

cuerpo. Un estudio en Brasil señala que la carga de horario excesiva del conductor interfiere en el rendimiento laboral y puede ocasionar riesgos de accidentes ⁽²⁵⁾. Los conductores que manejan grandes periodos de viaje conservan posturas forzadas en su trayecto, son vulnerables a padecer enfermedades cardiovasculares ⁽²⁶⁾. También el transitar en vías sin pavimentar genera la disminución de concentración y visión borrosa, a ello sumando el inadecuado asiento del vehículo puede llegar a alterar los movimientos realizados en el volante ⁽²⁷⁾.

Con la metodología REBA aplicada al personal administrativo se obtuvo que los trabajadores presentaron riesgo medio y alto; y según estudios, los hallazgos de estos niveles ameritan actuación inmediata ⁽²⁰⁾, entre ellas el programa de pausa activa y folletos informativos reducen la frecuencia de molestias en la zona del dorso lumbar y cuello ⁽²⁸⁾, y la proporción de una formación ergonómica a los trabajadores ⁽²⁹⁾. Entre las razones de la actuación inmediata es porque las posturas incorrectas adoptadas y movimientos repetitivos conllevan a lesiones musculoesqueléticas ⁽³⁰⁾.

Con la metodología OWAS aplicado al personal conductor se tuvo como resultado que la mayor cantidad de los conductores presentaron un riesgo nivel 3, el cual indica que tienen una postura con riesgo alto de lesiones musculoesqueléticas, por tanto, se requiere intervenir tan pronto como sea posible. Un estudio realizado en Colombia identificó que fue debido a la posición de la espalda, piernas, brazos que adoptan en el transcurso de su ruta de manejo ⁽¹⁷⁾. El dolor significativo en la espalda contribuye a problemas osteomusculares ⁽³¹⁾. La

identificación de un alto problema situado en la parte baja de la espalda en los conductores va ligado de forma directa a la ausencia de pausa activa presente en el trabajo y la reducción del horario de descanso ⁽³²⁾.

Las limitaciones encontradas en el presente estudio pueden considerarse en: El proceso de observación al trabajador, pues este sabe que está siendo observado y procurará hacer las cosas lo correcto posible, por tanto, los hallazgos pueden ser positivos. Así también, los trabajadores pueden hacer situaciones opuestas, para que los resultados salgan en sentido negativo. En el caso del personal conductor, la evaluación se registra durante un determinado tiempo y no se sabe con exactitud cómo actúa durante el resto de la jornada laboral. Asimismo, los resultados obtenidos en el presente estudio deben tomarse en cuenta para la realización de programas ergonómicos.

Conclusiones

Los riesgos ergonómicos relacionados con las posturas y trabajos repetidos a los cuales están expuestos los trabajadores administrativos y conductores de transporte de carga afectan de manera directa la región cervical y dorso lumbar, por tanto, perjudican el estado de salud y las actividades laborales. Se recomienda realizar un diseño de programa ergonómico para los dos tipos de trabajo y que este programa tenga el procedimiento de pausa activa.

Tabla 6. Resultado de la evaluación ergonómica con la metodología OWAS.

| Resultados de la aplicación del método OWAS | | | | |
|---|----|------|---------------------|---|
| Puesto de trabajo | n | % | Categoría de riesgo | Interpretación del nivel de riesgo |
| Total | 27 | 100 | | |
| Conductor | 19 | 70,4 | Nivel 3 | Posturas con riesgo alto de lesiones musculoesqueléticas. Se requiere intervenir tan pronto como sea posible. |
| Conductor | 8 | 29,6 | Nivel 2 | Posturas con riesgo ligero de lesiones musculoesqueléticas. Se requiere intervenir, aunque no de forma inmediata. |

Referencias bibliográficas

- Cataño M, Echeverri MC, Penagos JC, Pérez K, Prisco JP, Restrepo D, Tabares Y. Riesgo biomecánico por carga estática y morbilidad sentida en docentes universitarios, Medellín 2018. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(3):48-59. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8359>
- Rojas M, Gimeno D, Vargas-Prada S, Benavides FG. Dolor musculoesquelético en trabajadores de América Central : resultados de la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):120-8.
- Quemelo PRV, Gasparato FDS, Vieira ER. Prevalence, risks and severity of musculoskeletal disorder symptoms among administrative employees of a Brazilian company. *Work*. 2015;52(3):533-40. Disponible en: doi: 10.3233/WOR-152131
- Putz-Anderson, V., Bernard, B. P., Burt, S. E., Cole, L. L., Fairfield-Estill, C., Fine, L. J. & Nelson, N. Musculoskeletal disorders and workplace factors. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 1997. 104.
- Ministerio de trabajo y Promoción del empleo. Anuario Estadístico Sectorial. [Internet]. Lima-Perú 2014;245. [Cited 2021 Sep 13]. Disponible en: https://www2.trabajo.gob.pe/archivos/estadisticas/anuario/Anuario_2016_020717.pdf
- Echezuria L, Fernández M, Rísquez A, Rodríguez Alfonso. Temas de epidemiología y salud pública Tomo II. ed., Venezuela: EBU; p. 2013; 745-764.
- Joseph, Leonard, et al. Prevalence of musculoskeletal pain among professional drivers: A systematic review. *Journal of occupational health*, 2020, vol. 62, no 1, p. e12150. Disponible en: doi: 10.1002/1348-9585.12150
- Almeida MCV, Cezar VR, Soares KFS, Silva MRS. Prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas entre trabajadores portuarios apulsos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2012; 20(2): 1-8.
- Phillips C, Main C, Buck R, Aylward M, Wynne-Jones G, Farr A. Prioritising pain in policy making: the need for a whole systems perspective. *Health Policy* 2008; 88: 166-75. Disponible en: doi: 10.1016/j.healthpol.2008.03.008
- Fernández González M, Fernández Valencia M, Manso Huerta MÁ, Gómez Rodríguez M. P, Jiménez Recio M. C, Coz Díaz F del. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta. *Gerokomos*. 2014;25(1):17-22. Disponible en: doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100005>
- John L, Flin R, Mearns K. Bus driver well-being review: 50 years of research. *Trans Res Part F Traf Psychol Behav* 2006; 9(2):89-114. Disponible en: doi: 10.1016/j.trf.2005.10.002
- Kasemsan, Apirati, et al. Prevalence of musculoskeletal pain and associated disability among professional bus drivers: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2021; vol. 94, no 6, p. 1263-1270.. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01683-1>
- Tapia, L. D. C. S., Buenrostro, M. A. A., Cabrera, J. M. B., Pérez, J. E. T., & Malagón, G. V. Análisis De Riesgo Ergonómico En Una Empresa Automotriz En México. 2017; *European Scientific Journal*. Disponible en: doi: 10.19044/esj.2017.v13n21p419
- Ferguson, Sue A., et al. Prevalence of low back pain, seeking medical care, and lost time due to low back pain among manual material handling workers in the United States. *BMC musculoskeletal disorders*, 2019; vol. 20, no 1, p. 1-8. Disponible en: doi: 10.1186/s12891-019-2594-0.
- Venegas Tresierra, Carlos E; Cochachin Campoblanco, Jesús E. Nivel de conocimiento sobre riesgos ergonómicos en relación a síntomas de trastornos músculo esqueléticos en personal sanitario. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 2019; vol. 28, no 2, p. 126-135.
- Pincay Vera, Mayra Elizabeth, Chiriboga Larrea, Gustavo Alberto, & Vega Falcón, Vladimir. (2021). Posturas inadecuadas y su incidencia en trastornos músculo esqueléticos. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 2021; 30(2), 161-168.
- Anas A, Qutubuddin S, Hebbal S, Kumar A. An ergonomic study of work related musculoskeletal disorders among the workers working in typical indian saw mills. *Int J Engine Res Develop*. 2012;3(9):38-42.
- Gomez-Galan, Marta, et al. "Musculoskeletal disorders: OWAS review." 2017; *Industrial health* 55.4: 314-337. Disponible en: doi: 10.1016/j.apergo.2007.03.002
- Díaz, O. M., & Rojano, G. D. Factores de riesgo asociados a trastornos osteomusculares en conductores de una empresa de transporte público colectivo, Barranquilla, 2012. *Revistas. Unilibre.Edu.Co*, 7, 1-8. 2012. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc.2.2553>
- Diego Mas, J. A. Métodos para la evaluación ergonómica de puestos de trabajo. *Ergonautas*, Universidad Politécnica de Valencia. 2015. Disponible en: <https://www.ergonautas.upv.es/metodos-evaluacion-ergonomica.html>
- Latonda, L., & Moreno, C. Software Ergo/IBV, una herramienta informática para evaluación de riesgos ergonómicos y psicosociales. *BIOMECÁNICA*. 2016.
- Castro E, Múnera J, Sanmartín M, Valencia NA, Valencia ND, Gonzáles E. Efectos de un programa de pausas activas sobre la percepción de desórdenes músculo-esqueléticos en trabajadores de la Universidad de Antioquia. *Rev Educ física y Deport*. 2011; 30(1):389-99.
- Natarén, J. J., & Elío, M. N. Los trastornos musculoesqueléticos y la fatiga como indicadores de deficiencias ergonómicas y en la organización del trabajo. *Salud de los Trabajadores*, 2004; 12(2), 27-41.
- Tolosa-Guzmán, Ingrid Alexandra. Riesgos biomecánicos asociados al desorden músculo-esquelético en pacientes del régimen contributivo que consultan a un centro ambulatorio en Madrid, Cundinamarca, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, [S.l.], 2015; v. 13, n. 01, p. 25-38. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.02>
- Aquino, Jael Maria de, Gomes de Medeiros, Sílvia Elizabeth, Mata Ribeiro Gomes, Betânia da, Batista Ferreira e Pereira, Emanuela, Brandão Neto, Waldemar, & Gomes Terra, Marlene. Condiciones de trabajo en conductores de autobús: de servicio público a fuente de riesgo. 2017; *Index de Enfermería*, 26(1-2), 34-38.
- Lewis CA, Johnson PW. Whole-body vibration exposure in metropolitan bus drivers. *Occup Med (Lond)*; 62(7):519-24. 2012. Disponible en: doi: 10.1093/occmed/kqs096.
- Sangaleti CT, Trincaus MR, Barateri T, Zarowy K, Ladika MB, Menon UM et al. Prevalence of cardiovascular risk factors among truck drivers in the south of Brazil. *BMC Public Health*. 2014; 14:1063. Disponible en: doi: 10.1186/1471-2458-14-1063
- Cáceres-Muñoz VS, Magallanes-Meneses AA, TorresCoronel D, Copara-Moreno P, Escobar-Galindo M, MaytaTristán P. Efecto de un programa de pausa activa más folletos informativos en la disminución de molestias musculoesqueléticas en trabajadores administrativos. *Rev Peru Med Exp Salud*

- Publica. 2017;34(4):611–8. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2848>.
29. Mulimani P, Hoe VCW, Hayes MJ, Idiculla JJoy, Abas ABL, Karanth L. Ergonomic interventions for preventing musculoskeletal disorders in dental care practitioners. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No.: CD011261. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011261.pub2>
30. Alvites Soriano, R. H. Diseño de un modelo ergonómico de gestión basado en la metodología REBA en el consorcio SAHER. 2020. oai:dspace.unitru.edu.pe:UNITRU/16234
31. Guterres A, Duarte D, Siqueira FV, Silva MC. Prevalência e fatores associados a dor nas costas dos motoristas e cobradores do transporte coletivo da cidade de Pelotas (RS). *Rev Bras Ativ Fis Saúde*; 2011;16(3):240-5. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n3p240-245>
32. Lemos LC, Marqueze EC, Moreno CRC Prevalence of musculoskeletal pain in truck drivers and associated factors. *R Bras Saúde Ocup.* 2014; 39(129):26-34. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000062212>

Factores de riesgo asociados a la mortalidad infantil por desnutrición. Hospital General de Benguela, Angola

Risk factors associated with infant mortality due to malnutrition. Benguela General Hospital, Angola

Gómez-Martínez Freddy^{1,a}, Ruíz-Piedra Alina María^{2,b}, Gibert-Lamadrid María del Pilar^{3,c}

¹ Universidade Katyavala Bwila, Facultad Medicina. Benguela, Angola.

² Instituto Superior Politécnico Jean Peaget. Benguela, Angola.

³ Instituto Superior Politécnico Evangélico de Lubango. Lubango, Angola.

^a Médico, Máster en Epidemiología.

^b Ingeniera en Electrónica, Doctora en Ciencias de la Educación Médica.

^c Licenciada en Educación, Especialidad Química. Doctora en Ciencias Pedagógicas.

Información del artículo

Citar como: Gómez-Martínez F, Ruíz-Piedra AM, Gibert-Lamadrid MP. Factores de riesgo asociados a la mortalidad infantil por desnutrición. Hospital General de Benguela, Angola. *Health Care & Global Health*. 2022;6(1):13-20.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.110

Autor responsable

Alina María Ruíz Piedra
Email: naneter96@gmail.com
Dirección: Rua João Belo. N.º 34,
Apto 4. Benguela, Angola.
Teléfono: +244 926815377

Historial del artículo

Recibido: 25/04/2022
Aprobado: 08/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

la malnutrición infantil constituye un gran desafío para Angola. **Objetivo:** identificar factores asociados a la mortalidad por desnutrición infantil en el Hospital Provincial de Benguela.

Materiales y métodos: Estudio caso-control, observacional y analítico. El grupo de casos, constituido por 51 niños fallecidos por desnutrición entre mayo del 2019 a mayo del 2020 y el grupo control, por 102 niños desnutridos vivos. El cotejo de los grupos se realizó por los criterios: diagnóstico de desnutrición, grupo de edad, sexo y procedencia. Las historias clínicas constituyeron la fuente de información. El test X² posibilitó determinar asociación entre la variable de estudio y las restantes, mientras el OR clasificólas como de riesgo o protectores, con 95% de confianza. **Resultados:** La media de edad del grupo de casos fue de 16,6 meses, 51% lactantes con predominio del sexo femenino (53,9%). El riesgo de muerte por desnutrición se incrementó en 7,2 y 4,5 veces en las variables clínicas, como no aplicar antibioticoterapia preventiva ni hemotransfusión respectivamente, mientras que la palidez mucocutánea en 5,1 veces. Con igual impacto, pero en variables no clínicas, dificultad para amamantar (4 veces), presencia de hermanos menores (3,4 veces), no lactancia materna (2,5 veces) y bajo peso al nacer (4,5 veces). Las variables protectoras de riesgo de morir por desnutrición fueron vacunación, parto institucional y a término. **Conclusiones:** Existen factores clínicos y no clínicos que incrementan el riesgo de morir por desnutrición, mientras otros se comportan como protectores. La identificación de los mismos facilitará implementar medidas de prevención.

Palabras clave: Mortalidad Infantil, Desnutrición, Factores de Riesgo (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Child malnutrition is a major challenge for Angola. Objective: to identify factors associated with mortality due to child malnutrition in the Provincial Hospital of Benguela. **Materials and methods:** Case-control, observational and analytical study. The case group, made up of 51 children who died of malnutrition between May 2019 and May 2020, and the control group, made up of 102 living malnourished children. The matching was carried out according to the following criteria: diagnosis of malnutrition, age group, sex and origin. Medical records were the source of information. The X² test made it possible to determine the association between the study variable and the rest, while the OR classified them as risky or protective, with 95% confidence. **Results:** The mean age of the case group was 16.6 months, 51% were infants with a predominance of females (53.9%). The risk of death due to malnutrition increased by 7.2 and 4.5 times in the clinical variables not applying preventive antibiotic therapy or blood transfusion, respectively, and mucocutaneous pallor by 5.1 times. With the same impact, but in non-clinical variables, difficulty breastfeeding (4 times), presence of younger siblings (3.4 times), not breastfeeding (2.5 times) and low birth weight (4.5 times). The protective variables for the risk of dying from malnutrition were vaccination, institutional delivery and term. **Conclusions:** There are clinical and non-clinical factors that increase the risk of dying from malnutrition while others act as protectors. Their identification will facilitate the implementation of prevention measures.

Keywords: Child Mortality, Malnutrition, Risk Factors (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La desnutrición es una alteración sistémica, potencialmente reversible, ocasionada por la reducción drástica, aguda o crónica de la disponibilidad de alimentos, ya sea por una ingestión insuficiente, una inadecuada absorción de nutrientes o la pérdida excesiva de estos, también por la conjunción de dos o más de estos factores ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Tiene como causa fundamental el hambre y los niños, su principal víctima. Un tercio de la población infantil mundial está afectada, Asia con el 80%, (principalmente en el sudeste), África el 15% y América Latina el 5%. Aproximadamente el 30% de todas las muertes de niños menores de 5 años lo causa la desnutrición⁽⁴⁾.

En particular, Angola, tiene una situación grave de desnutrición. Las casi tres décadas de guerra civil por la independencia es uno de los factores determinantes de su pobreza y freno de su desarrollo socioeconómico. Siendo así, Angola registró, en el periodo de guerra, niveles de desnutrición aguda del 31% ⁽⁶⁾. En el año 2003, se registra un 45% de la población con desnutrición crónica, fundamentalmente en las provincias más afectadas por la guerra ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Datos globales del país provenientes del cuestionario de indicadores múltiples y de salud destacan en el 2016 una desnutrición crónica muy elevada (40%) en ocho de las provincias del país ⁽⁹⁾.

En el año 2014, en relación con los niños menores de cinco años, se registraron 24,814 casos de malnutrición severa y 855 muertes y en el 2015 29,546 casos y 943 óbitos ⁽¹⁰⁾. En Benguela, de enero a abril del 2017, 114 niños murieron por desnutrición grave y 129 en el mismo periodo del año anterior ⁽¹¹⁾. Los datos son preocupantes, pues lo recomendable es que los niveles de malnutrición crónica no excedan el 20% de la población con menos de cinco años ⁽¹²⁾.

Varios son los factores que contribuyen a estos niveles de desnutrición: factores socioeconómicos: la pobreza, el desempleo, la fuga de paternidad y maternidad, falta de alimentación y problemas relacionados con enfermedades como la malaria, tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ⁽¹³⁾.

Como resultado de su magnitud y consecuencias desastrosas para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia de los niños, se han trazado estrategias que permitan minimizar su impacto.

A partir del año 2001, el Programa Nacional de Nutrición (PNN) en colaboración con el Programa de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) trabajó en la aplicación de un nuevo protocolo de atención a los malnutridos. Fue creado el Centro Piloto Regional de formación de referencia en Benguela y Huambo, alrededor de 18 Centros Nutricionales Terapéuticos (CNT) y 26 Centros Nutricionales

Suplementarios (CNS) funcionan con la supervisión de los Gabinetes Provinciales de Salud (GPS) y técnicos en nutrición, en colaboración con algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y UNICEF. Los centros utilizan el protocolo nacional para la recuperación de la malnutrición severa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y son apoyados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y UNICEF, con alimentos y nutrientes esenciales.

Teniendo como base este referencial teórico, es posible identificar que el problema de desnutrición infantil y en específico la mortalidad por esta causa en Angola es un tema que precisa ser estudiado para permitir a los decisores de salud llevar a cabo acciones eficaces a través de programas y estrategias de intervención que identifiquen los factores que se vinculan al problema tanto dentro como fuera de los servicios de salud ⁽¹⁴⁾.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Caso-control, observacional, analítico y retrospectivo, orientado a identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad por desnutrición infantil en el Hospital Provincial de Benguela de mayo 2019 a mayo 2020.

Variable de estudio

Mortalidad por desnutrición: Comprendida como toda defunción de un niño o niña menor de cinco años cuya causa o causas de muerte incluyan la desnutrición y/o deficiencias nutricionales. Se excluye dentro de esta clasificación las muertes en la que la desnutrición se presenta como patología secundaria ⁽¹⁾.

Variabes no clínicas: Lactancia materna, nivel de escolaridad, antecedente de parto no institucional, bajo peso al nacer, duración de parto, dificultad para amamantar, antecedente de vacunación.

Variabes clínicas: Empleo de antibiótico terapia, hemotrasfusión, palidez de piel y mucosa, antecedentes de enfermedad diarreica aguda (EDA), comorbilidad por bronconeumonía.

Población y muestra

Grupo de estudio constituido por 153 niños, de 0 a 5 años, diagnosticados con desnutrición en el periodo declarado, en correspondencia con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Subdividido en dos grupos: fallecidos (n=51) y no fallecidos (n=102). El cotejo entre grupos se realizó por los criterios: diagnóstico de desnutrición, grupo de edad, sexo y procedencia.

Criterio de inclusión: Niño ingresado con diagnóstico de desnutrición en el período de estudio e historia clínica con las informaciones de las variables de estudio.

Criterio de exclusión: Niño ingresado con diagnóstico de desnutrición en el período de estudio con historia clínica sin las informaciones de las variables de estudio.

Técnicas de recolección de información

La fuente de información utilizada fue secundaria (historias clínicas). Se creó una base de datos en Excel con las variables del estudio. Posteriormente, fue exportada al programa SPSS, versión 22, para el procesamiento de la información.

Los resultados del análisis univariado para las variables cualitativas, fueron expresados en frecuencias absolutas y relativas (%) y las variables cuantitativas por medidas de tendencia central (media, desviación estándar y varianza).

Para comprobar la asociación entre la variable de estudio y las asociadas y comparar los grupos según las proporciones, se aplicó la prueba Chi-cuadrado. El Odd Ratio (OR) permitió clasificar las variables como factores de riesgo o protectores de la mortalidad por desnutrición. Se consideró un nivel de confianza del 95%.

La comparación entre medias, en variables cuantitativas, se realizó con la prueba paramétrica t de Student, una vez se comprobó la normalidad de la distribución del conjunto de datos.

Aspectos éticos

El estudio se realizó bajo el cumplimiento de la "Declaración de Helsinki" y las "Normas de buena práctica clínica". Se implementó una vez fue aprobado por el Comité Ético de Investigaciones del Hospital General de Benguela (N.º 11/2019).

Resultados

La variable edad presentó distribución normal y tuvo una media de 16,6 meses (IC 95%: 14,9 a 17,3). Para el grupo de casos la media de edad fue de 15,8 meses (IC 95%: 13,5 a 18) y para el grupo de control de 16,3 meses (IC 95%: 14,9 a 17,7). La comparación de medias, a través de la prueba t de Student, rechazó la hipótesis alternativa de diferencia de medias ($t=0,541$, $p=0,768$; IC 95% -1,7 y 3,0).

En la tabla 1 se muestra la asociación de los antecedentes no clínicos y el riesgo de mortalidad infantil por desnutrición. En el grupo de casos, el 51% fue lactante mayor y de sexo femenino (26/51). El 58,8% (30/51) no realizó lactancia materna. La comparación de proporciones entre grupos

(fallecidos y no fallecidos) respecto a la variable fue significativa ($p=0,008$), incrementando el riesgo de muerte en 2,51 veces (OR=2,51; IC 95%: 1,26 a 4,99).

El nivel de escolaridad de las madres, entre primario y secundario, alcanzó el 85% (43/51). Tener hermanos menores correspondió al 67% (34/51), la diferencia de proporciones entre grupos fue significativa ($p=0,002$), y el riesgo de muerte se incrementó por esta variable en 3,4 veces (OR=3,42; IC 95%: 1,50 a 7,79).

En el 90,2% de los fallecidos (46/51), la madre tuvo antecedentes de parto no institucional como también antecedentes de parto a término, la diferencia de proporciones entre grupos fue relevante ($p\leq 0,001$) y ambas variables se comportaron como factor protector [(OR=0,04; IC 95%: 0,01 a 0,10) y (OR=31; IC 95%: 0,25 a 0,39), respectivamente]. La vacunación efectuada en el 86,3% (44/51) de los casos tuvo el mismo comportamiento.

Tener antecedentes de bajo peso al nacer se observó en el 84,3% de los fallecidos y la dificultad para amamantar en el 25,5% (13/51). La diferencia de proporciones de cada variable, entre casos y controles, fue significativa ($p=0,011$ y $p=0,003$, respectivamente). Ambas variables constituyeron factores de riesgo que incrementaron en más de cuatro veces la probabilidad de muerte por estas causas [(OR=4,56; IC 95%: 1,30 a 15,95) y (OR=4,02; IC 95%: 1,54 a 10,48), respectivamente].

Las variables antecedentes de desnutrición y lugar de procedencia no representaron diferencias entre grupos ni constituyeron factores de riesgo ni protectores.

En la tabla 2 se muestra la asociación de los antecedentes clínicos y el riesgo de mortalidad infantil por desnutrición.

En el grupo de casos fue observado, el no empleo de antibióticoterapia en el 51% (26/51), ni hemotrasfusión en el 84,3% (43/51), la palidez de la piel y mucosa en el 52,9% y antecedentes de enfermedad diarreica aguda (EDA) en el 45,1%. Estas cuatro variables, al ser comparadas sus proporciones entre el grupo de casos y el de control, mostraron diferencias significativas ($p<0,001$). Las tres primeras tuvieron un comportamiento de factor de riesgo, incrementando la muerte en 7,21; 4,56 y 5,16 veces, respectivamente. No así tener antecedentes de EDA, variable cuya presencia redujo la probabilidad de muerte 2,82 veces (OR=0,35; IC 95%: 0,17 a 0,73).

Se detectó bronconeumonía como comorbilidad en el grupo de casos 15,7% (8/51) y una diferencia significativa con el grupo de control ($p=0,047$, OR=2,98).

El marasmo fue el tipo de desnutrición con mayor frecuencia en ambos grupos, con 72,5% (37/51) y en el grupo control con 76,5% (76/102).

Tabla 1. Asociación de los antecedentes no clínicos y el riesgo de mortalidad infantil por desnutrición. Hospital General de Benguela, Angola.

| Variables | Clases | No fallecidos (n=102) | | Fallecidos (n=51) | | X ² | p | OR | IC 95% | |
|------------------------------|----------------|-----------------------|-------|-------------------|------|---------------------|--------|------|--------|-------|
| | | n | % | n | % | | | | LI | LS |
| Grupo de edad en meses | Lactante mayor | 50 | 49,0 | 26 | 51,0 | 0,285 | 0,860 | | | |
| | Lactantes | 39 | 38,2 | 20 | 39,2 | | | | | |
| | Pre- escolar | 13 | 12,7 | 5 | 9,8 | | | | | |
| Sexo | Femenino | 55 | 53,9 | 26 | 51,0 | 0,118 | 0,731 | 1,13 | 0,57 | 2,21 |
| | Masculino | 47 | 46,1 | 25 | 49,0 | | | | | |
| Lactancia materna | Si | 65 | 63,7 | 21 | 41,2 | 7,023 ^a | 0,008 | 2,51 | 1,26 | 4,99 |
| | No | 37 | 36,3 | 30 | 58,8 | | | | | |
| Nivel cultural madre | Primaria | 73 | 71,6 | 19 | 37,3 | 56,9 | <0,001 | | | |
| | Secundaria | 0 | 0,0 | 24 | 47,1 | | | | | |
| | Medio | 29 | 28,4 | 8 | 15,7 | | | | | |
| Hermanos menores | Si | 89 | 87,3 | 34 | 66,7 | 9,143 ^a | 0,002 | 3,42 | 1,50 | 7,79 |
| | No | 13 | 12,7 | 17 | 33,3 | | | | | |
| Parto institucional | No | 26 | 25,5 | 46 | 90,2 | 57,139 ^a | <0,001 | 0,04 | 0,01 | 0,10 |
| | Si | 76 | 74,5 | 5 | 9,8 | | | | | |
| Peso nacer | Bajo peso | 98 | 96,1 | 43 | 84,3 | 6,511 ^a | 0,011 | 4,56 | 1,30 | 15,95 |
| | Normal peso | 4 | 3,9 | 8 | 15,7 | | | | | |
| Tiempo de gestación | A termino | 102 | 100,0 | 46 | 90,2 | 10,338 ^a | 0,001 | 0,31 | 0,25 | 0,39 |
| | Pre término | 0 | 0,0 | 5 | 9,8 | | | | | |
| Dificultad amamantar | No | 94 | 92,2 | 38 | 74,5 | 8,942 ^a | 0,003 | 4,02 | 1,54 | 10,48 |
| | Si | 8 | 7,8 | 13 | 25,5 | | | | | |
| Vacunación | si | 39 | 38,2 | 44 | 86,3 | 31,614 ^a | <0,001 | 0,09 | 0,04 | 0,24 |
| | No | 63 | 61,8 | 7 | 13,7 | | | | | |
| Procedencia | Urbano | 28 | 27,5 | 12 | 23,5 | 0,271 ^a | 0,603 | 1,23 | 0,56 | 2,68 |
| | Rural | 74 | 72,5 | 39 | 76,5 | | | | | |
| Antecedentes de desnutrición | No | 75 | 73,5 | 35 | 68,6 | 0,404 | 0,525 | 1,27 | 0,61 | 2,65 |
| | Si | 27 | 26,5 | 16 | 31,4 | | | | | |

Discusión

La mortalidad infantil por desnutrición es un problema de salud en ascenso que afecta el mundo, y principalmente países en vías de desarrollo, como Angola. No fueron identificados publicaciones que aborden esta temática en hospitales de la provincia de Benguela, Angola, de ahí la relevancia de la investigación.

El estudio muestra que en los niños fallecidos por desnutrición la edad no supera los 24 meses, siendo el lactante mayor el grupo etario más afectado, con predominio del sexo femenino, coincidiendo con estudios que plantean mayor vulnerabilidad de muerte en menores de 24 meses⁽²⁾⁽¹⁵⁾, considerando que es una etapa de transición entre la alimentación con leche materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria⁽¹⁶⁾. Rice AL, señala que la desnutrición es el mayor contribuyente

de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar⁽¹⁷⁾. Se coincide con autores que plantean que en la medida que aumenta la edad se reduce el riesgo de desnutrición⁽¹⁸⁾. No obstante, aun cuando la edad se reconozca como un factor de riesgo, el estudio no muestra asociación estadística significativa entre la variable edad y la mortalidad por desnutrición.

El sexo femenino es predominante por muy estrecho margen, coincidiendo con los trabajos de Baute Pareta⁽¹⁹⁾. Otros estudios señalan el sexo masculino con prevalencia, considerando como posible explicación que en determinadas zonas geográficas los niños varones son fuerza de trabajo para la familia, de ahí que su alimentación sea prioritaria⁽²⁾⁽¹⁵⁾.

Los lactantes y los niños son especialmente sensibles a la desnutrición por sus elevadas demandas energéticas y de nutrientes esenciales⁽²⁰⁾, de ahí que se adopten

Tabla 2. Asociación de los antecedentes clínicos y el riesgo de mortalidad infantil por desnutrición. Hospital General de Benguela, Angola.

| Variables | Clases | No fallecidos (n=102) | | Fallecidos (n=51) | | X ² | p-valor | OR | IC 95% | |
|-------------------------------|-------------|-----------------------|------|-------------------|------|---------------------|---------|------|--------|-------|
| | | n | % | n | % | | | | LI | LS |
| Antibioticoterapia preventiva | No | 90 | 88,2 | 26 | 51,0 | 25,738 ^a | <0,001 | 7,21 | 3,19 | 16,29 |
| | Si | 12 | 11,8 | 25 | 49,0 | | | | | |
| Hemotransfusión | No | 98 | 96,1 | 43 | 84,3 | 6,511 ^a | 0,011 | 4,56 | 1,30 | 15,95 |
| | Si | 4 | 3,9 | 8 | 15,7 | | | | | |
| Palidez mucosa | Si | 87 | 85,3 | 27 | 52,9 | 18,738 ^a | <0,001 | 5,16 | 2,37 | 11,21 |
| | No | 15 | 14,7 | 24 | 47,1 | | | | | |
| EDA | Si | 23 | 22,5 | 23 | 45,1 | 8,222 ^a | 0,004 | 0,35 | 0,17 | 0,73 |
| | No | 79 | 77,5 | 28 | 54,9 | | | | | |
| Bronconeumonía | No | 96 | 94,1 | 43 | 84,3 | 3,931 | 0,047 | 2,98 | 0,97 | 9,10 |
| | Si | 6 | 5,9 | 8 | 15,7 | | | | | |
| Desnutrición | Marasmo | 78 | 76,5 | 37 | 72,5 | 0,280 | 0,597 | 1,23 | 0,57 | 2,65 |
| | Kwashiorkor | 24 | 23,5 | 14 | 27,5 | | | | | |

estrategias para prevenirla como esquemas de ablactación e insistencia de la lactancia materna, variable que en el estudio se comporta como un factor de riesgo, coincidiendo con resultados similares de trabajos de otros autores ⁽¹⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁰⁾.

No resulta incoherente plantear que los niños son víctimas de prácticas alimentarias inadecuadas, especialmente en regiones donde la ausencia o insuficiente lactancia materna exclusiva (seis primeros meses) expone al niño a recibir alimentos que no satisfacen sus requerimientos nutricionales en esta etapa del desarrollo a lo que se adiciona las malas condiciones de higiene. La limitada disponibilidad a los alimentos complementarios a la leche materna (en niños mayores de 6 meses) impide proveer los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa, que constituye una etapa de máximo crecimiento y desarrollo ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾.

La escolaridad de la madre es una variable que en los estudios muestra vínculos con la desnutrición ⁽¹⁾⁽²⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾, y que la presente investigación manifiesta. Un mayor nivel de escolaridad materna permite mejorar el conocimiento sobre el esquema de ablactación del niño, la conservación de los alimentos y la incorporación escalonada de estos para reforzar y mejorar el estado nutricional del niño. Hay que destacar que lógicamente un mayor nivel de educación en las madres incide en un mejor estado de salud y nutrición de los niños y, en consecuencia, cuando se observan altas tasas de analfabetismo, principalmente en las madres, se comprueban asimismo altos índices de malnutrición en sus hijos pequeños ⁽¹⁾.

La presencia de hermanos menores constituye factor de riesgo en el estudio. Estudios señalan que los nacimientos, demasiado seguidos, no solo afectan al recién nacido, sino también al hermano anterior. Son frecuentes los niños destetados prematuramente debido al embarazo de su

madre y se conoce que la lactancia materna es uno de los factores decisivos para la supervivencia, sobre todo en países en vías de desarrollo. Los niños destetados prematuramente tienen más posibilidades de sufrir desnutrición e infecciones ⁽²⁶⁾.

Tener la madre antecedente de parto no institucional, no muestra asociación con la mortalidad por desnutrición en el estudio, pero representa un factor protector. La explicación puede estar fundamentada en las experiencias negativas que las madres han tenido al realizar partos no institucionales, de ahí que favorezca la opción del parto institucional, para evitar la posibilidad de complicaciones inherentes al parto, las infecciones y otros trastornos que pudiera derivar de no realizarse en una institución hospitalaria. Una madre con complicaciones en el parto estará limitada para brindar atención adecuada a su bebe, que incluye la lactancia y otros cuidados que puede alterar su adecuada nutrición.

En el estudio, la duración del embarazo está asociada a la mortalidad por desnutrición y el embarazo a término, un factor protector. Un bebe que nace como resultado de un parto de 37 semana o más, es sinónimo de buen desarrollo prenatal, buena alimentación, además del correcto seguimiento médico entre otras cuestiones y es menor el riesgo de sufrir complicaciones del parto que pudieran derivar a afectaciones que comprometen el peso del niño como muerte de la madre dificultando la lactancia, anoxias por sufrimiento fetal que requiere incrementar los cuidados del bebe con procedimientos que lo alejan de la madre y sometiéndole a alimentación artificial con sus conocidos riesgos, infecciones entre otras.

El bajo peso al nacer apunta a factor de riesgo en el estudio, coincidiendo con varios trabajos ⁽⁸⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾. Este antecedente incrementa el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que

nacen con un peso de 2000 a 2499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2500 y 2999 gramos⁽³⁰⁾. Los niños con afectación en el peso desde su nacimiento pueden favorecer la desnutrición que pudiera determinar su muerte, bien sola o asociada a otra circunstancia.

La no lactancia materna, así como las dificultades para amamantar de las madres, son factores relacionados con el fallecimiento por desnutrición en el estudio, coincidiendo con varias investigaciones realizadas que tratan el tema⁽¹⁵⁾⁽²⁵⁾⁽³⁰⁾. La no ingesta de leche materna priva al niño de calorías, de macro y micronutrientes esenciales no solamente para el desarrollo del niño, también para garantizar la defensa contra infecciones y alteraciones que pueda presentar en los primeros años de vida. Hoy en día no existe ningún producto sustitutivo, que proporcione las mismas sustancias nutritivas que la leche materna⁽²⁶⁾.

Ochoa Vázquez⁽²⁵⁾, refiere en su estudio variables asociadas con el hecho de que un niño desnutrido tenga un desenlace fatal, y menciona el analfabetismo del cuidador, la duración del embarazo menor de 37 semanas, la dificultad para amamantar.

Cumplir el esquema de vacunación es otro resultado encontrado en la investigación que constituye factor protector y es coincidente con estudios similares⁽¹⁵⁾⁽²⁵⁾. Se conoce el efecto protector que garantiza la inmunización de los niños para la prevención de enfermedades infecciosas, que pueden ser causa y consecuencia de desnutrición infantil y de su muerte.

La procedencia como variable, muchos estudios la vinculan a la desnutrición grave o fallecimiento⁽¹⁾⁽²⁾⁽¹⁵⁾⁽³⁰⁾, dado que el nivel cultural bajo, el limitado acceso a los servicios básicos y de salud, los hábitos higiénicos entre otros son condiciones frecuentes en las áreas rurales con efecto negativo. En el estudio, la variable procedencia no tiene una asociación significativa con la mortalidad por desnutrición ni constituye factor de riesgo.

El progreso a la gravedad o desenlace fatal por desnutrición no solo se relaciona con los antecedentes al ingreso, sino también con otras condiciones presentes durante el ingreso que pueden propiciar el mismo resultado. En tal sentido se encuentra el no uso de antibióticos preventivos, variable que constituye un factor de riesgo en el estudio. Diversas investigaciones hacen referencia a los beneficios del uso de antibióticos como parte del tratamiento de la desnutrición aguda severa no complicada en niños, mejorando los tiempos de recuperación y disminuyendo las tasas de mortalidad⁽³¹⁾. Sin embargo, la OMS refiere que las evidencias existentes no son lo suficientemente sólidas para aclarar más sobre las recomendaciones acerca de tratamientos de antibióticos en niños con desnutrición grave⁽³²⁾.

Otro antecedente clínico importante es la aplicación de hemotransfusiones. Estudios revelan que los niños desnutridos graves, tienen asociados niveles muy bajos de hemoglobina expresados en la palidez de las mucosas, para suplir esta carencia se requiere del empleo de hemotransfusiones. En la investigación no implementar esta terapéutica constituye un factor de riesgo de mortalidad. Ashworth hace referencia en su libro a la necesidad de empleo de este proceder para evitar desenlaces fatales en los menores⁽³³⁾.

La literatura describe dentro de las causas de mortalidad por desnutrición la diarrea⁽¹⁾⁽¹⁵⁾⁽³³⁾. El estudio refleja que casi la mitad de los casos presentan este diagnóstico, la diarrea constituye una causa recurrente de malnutrición que da lugar a alta morbilidad y mortalidad⁽¹⁸⁾.

Otra patología como morbilidad en el estudio es la Bronconeumonía. Veramendi-Espinoza en su artículo hace referencia a que en los estudios de desnutrición hospitalaria en grupos específicos de pacientes con diagnósticos gastroenterológicos, cardiovasculares y neumológicos muestran prevalencias del 40-50%⁽³⁴⁾. Fernando Longhi en su investigación encuentra que en las defunciones por desnutrición, en los niños afectados es frecuente la presencia de enfermedades bronco-respiratorias y diarreas⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

En cuanto al tipo de desnutrición, la que más afecta en el estudio es el marasmo, se conoce que este tipo de desnutrición se debe principalmente al déficit de alimentos ingeridos, que puede llevar a la caquexia y por ende a la muerte con mayor frecuencia. Poca ingesta de proteínas en combinación con otras muchas carencias son sus causas fundamentales. Es más frecuente en niños menores de un año alimentados artificialmente⁽³⁵⁾.

Entre las principales limitaciones del estudio estuvo la mala calidad de la fuente de información (historias clínicas), muchas de las variables y muchos procesos no contienen la información o está incompleta, también la información cambia según el centro de salud.

Conclusiones

Existen factores antes del ingreso que constituyen riesgo para la mortalidad infantil por desnutrición como la no lactancia materna, la existencia de hermanos menores, el bajo peso al nacer y la dificultad para amamantar. Otros, como partos institucionales, partos a término y la vacunación, constituyen factores protectores.

Dentro de los factores detectados durante el ingreso se presentan el no uso de antibiótico terapia, tener como síntomas palidez cutáneo mucosa y no empleo de hemotransfusión. La bronconeumonía resultó una patología asociada.

Referencias bibliográficas

- Acevedo-Estevez D, Paéz-Carmenate G, Abull-Ortega A. Factores de riesgo de desnutrición en menores de cinco años del municipio Manatí. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2016; 41 (7)
- Granados MCE, Granados MA, Vásquez GEM, et al. Factores de riesgo de desnutrición primaria y secundaria en lactantes y preescolares hospitalizados. *Rev Mex Pediatr*. 2012; 79(4):167-173.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Un mundo apropiado para los niños y las niñas. UNICEF [Internet]. 2006; Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Un_mundo_apropiado_para_los_ninos_y_las_ninas.pdf
- Macipe-Costa RM, Gimeno F. LA. Abordaje práctico y manejo de la desnutrición en niños de países en vías de desarrollo y experiencia profesional en un hospital rural de la República Democrática del Congo. *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. 2009; 13(1):17-26.
- Meijers JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Soeters PB, Halfens RJ. Defining malnutrition: mission or mission impossible? *Nutrition*. 2010 Apr;26(4):432-40. Disponible en: doi: 10.1016/j.nut.2009.06.012.
- OMS Angola. (2016). Estrategia de Cooperación 2015 – 2019. OMS Escritório Regional Africano. Disponible en: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/ccs-angola-2015-2019-p.pdf> – Acceso Julio 2021
- Agadjanian V, Ndola Pratab. Civil war and child health: regional and ethnic dimensions of child immunization and malnutrition in Angola. *Social Science & Medicine* [Internet]. junio de 2003;56(12). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00286-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00286-1)
- República de Angola. (2008). Estrategia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Versão para discussão Nº 2 Luanda, Abril de 2008. Plano de Acção (PASAN) para Angola. http://www.pccplp.org/uploads/5/6/8/7/5687387/politica_san_angola.pdf – Acceso Mar. 2021.
- INE, MINSA, MPDT & ICF International. (2017). Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) em Angola 2015-2016. Luanda, Angola, Junho. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR327/FR327.pdf> – Acceso Enero 2022.
- CPDE, Centro Nacional de Processamento de Dados Epidemiológicos – Angola. (2015). Boletim Epidemiológico 2015. 15ª Edição. Luanda, Angola. Disponible en: www.minsa.gov.ao/download.aspx?id=1556&tipo=publicacao/ – Acceso Mar. 2019.
- Agencia Angola Press. Benguela: Más de cien niños mueren de desnutrición [Internet]. ANGOP. 2017 [citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.angop.ao/angola/es_es/noticias/saude/2017/4/21/Benguela-Mas-cien-ninos-mueren-desnutricion,a33be4c3-16f4-4cc3-a94e-3470c960ecd1.html
- Barreto Sandhi Maria, Pinheiro Anelise Rizzolo de Oliveira, Sichieri Rosely, Monteiro Carlos Augusto, Filho Malaquias Batista, Schimidt Maria Inês et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2005 Mar; 14(1): 41-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000100005>.
- República de Angola. Ministério da Saúde. (2014). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012- 2025. Angola, 2, Abril. Disponible en: <http://www.minsa.gov.ao/VerPublicacao.aspx?id=1266/> – Acceso Abr. 2019.
- Canoquena, A. M., Teresinha, A., Romeu, C. B., Silva, C., Tunga, D., Paím, D. & Vicente, P. (2005). Estudo de Caso de Angola sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada. Luanda, Angola, 44f. Disponible en: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/Angola2005.pdf - Acceso Diciembre. 2018.
- Instituto Nacional de Salud Pública Colombia. Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años [Internet]. 2018 [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20POR%20Y%20ASOCIADA%20A%20DESNUTRICION%20EN%20MENORES%20DE%20CINCO%20AÑOS%202017.pdf>
- UNICEF. The State of the World's Children 2008: Child Survival. UNICEF [Internet]. Diciembre de 2007; Disponible en: https://www.unicef.org/publications/index_42623.html/
- Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. [Internet] 2000; 78(10): 1207–1221. Disponible en: [https://www.who.int/bulletin/archives/78\(10\)1207.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/78(10)1207.pdf)
- Villasis-Keever MA, Pineda-Cruz RA, Halley-Castillo E, Alva-Espinosa C. Frecuencia y factores de riesgo asociados a desnutrición de niños con cardiopatía congénita. *Salud pública de México* [Internet]. Agosto 2001; 43(4).
- Baute Pareta N, Castañeda Vargas E. Caracterización de la desnutrición infantil en el hospital guatemateco de Poptún. *MEDISAN* [Internet]. Octubre 2014; 18(10).
- Morley JE. Generalidades sobre la desnutrición [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/SearchResults?query=generalidades+sobre+desnutricion/>
- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet* [Internet]. 2008;(371):243-60.
- Wachs TD, Creed-Kanashiro H, Cueto S, Jacoby E. Maternal education and intelligence predict offspring diet and nutritional status. *J Nutr* [Internet]. 2005;135:217 9-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jn/135.9.2179/>
- Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. *Indian J Pediatr* [Internet]. 2006; 73:417–421.
- Velázquez-Pérez A, Larramendy- Pita J, Rubio-Batista J. Factores de riesgo de desnutrición proteico-energética en niños menores de 1 año de edad. *Rev. cuba. aliment. nutr* ; 12(2): 82-5, jul.- dic. 1998.
- Ochoa, Luis & Gómez, Martha & Echeverri, Germán & Roldan, Piedad & Martínez, Nydia & Montoyajaramillo, Marcela. (2007). Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años. *Saludarte*. 5. 212-237.
- González-García I, Hoyos-Mesa AJ, Torres-Cancino II, González-García I, Romeo- Almanza D, de León-Fernández MC. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. octubre 2017;39(5).
- Galasso E, Wagstaff A. The economic costs of stunting and how to reduce them. World Bank Group. Policy Research Note. World Bank Group Policy Research Note [Internet]. 2017; Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/536661487971403516/PRN05-March2017Economic-Costs-of-Stunting.pdf>
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected

- major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343):1347-60. Disponible en: doi: 10.1016/S0140-6736(02)11403-6.
29. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación. [Internet]. UNICEF; 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
 30. Longhi F, Gómez A, Zapata ME, Paolasso P, Olmos F, Ramos Margarido S. La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo. *Salud Colectiva* [Internet]. 2018;18(14):33-50. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1176>
 31. Indi Trehan, Hayley S, Goldbach, Lacey N, LaGrone, Guthrie J, et al. Antibióticos en el manejo de la desnutrición aguda severa. *New England Journal of Medicine*. 2013;368:425-35.
 32. Lazzerini M, Tickell D. Antibióticos en niños con desnutrición grave: revisión sistemática de su eficacia, seguridad y farmacocinética. WHO [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/8/10-084715-ab/es/>
 33. Ashworth Ann, Khanum Sultana, Jackson Alan & Schofield E. Claire. (2004). Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave / Ann Ashworth U' [et al.]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43061>
 34. Espinosa V. Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general; Perú, 2012. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2013;28(3):1236-43.
 35. Sosa Zamora M, Suárez Feijoo D, Portelles Mendoza S, Boudet Molina R, Mojena Orue DM. Aspectos clínico epidemiológicos de la desnutrición proteica energética en menores de 10 años. *MEDISAN* [Internet]. Septiembre de 2014;8(9).

Nivel de vacilación frente a la vacuna contra COVID-19 en una zona urbano marginal de Lima

Level of hesitancy towards the COVID-19 vaccine in a marginal urban area of Lima

Guerra-Pizango Lucia Angelica^{1,a}, Cereceda-Pinares Ruth^{1,a}, Flores-Acosta Noemi^{1,a}, Zamora-Villalobos Segundo^{1,a}, Roque-Utrilla Estefanny^{1,a}, Basilio-Rojas Marlene Raquel^{1,b}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú.

² Dirección Regional de Salud del Callao. Lima, Perú.

^a Estudiantes de Enfermería.

^b Licenciada en obstetricia.

Información del artículo

Citar como: Guerra-Pizango LA, Cereceda-Pinares R, Flores-Acosta N, Zamora-Villalobos S, Roque-Utrilla E, Basilio-Rojas Marlene R Nivel de vacilación frente a la vacuna contra COVID-19 en una zona urbano marginal de Lima. *Health Care & Global Health*. 2022;6(1):21-26.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.112

Autor correspondiente

Guerra Pizango Lucia Angelica
Email: lucyguerra@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.
Teléfono: +51 984704070

Historial del artículo

Recibido: 08/02/2022
Aprobado: 11/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores asociados a la negativa de vacunación contra el COVID-19 en una zona urbano marginal de Lima. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional y descriptivo transversal realizado en el año 2021. La población estuvo conformada por residentes del Asentamiento Humano “Nueva Juventud” ubicado en el distrito de Carabaylo, Norte de Lima. La variable de estudio fue la negativa de vacunación contra el COVID-19. **Resultados:** Participaron 405 personas de ambos sexos con una edad mediana de 30 años (Q1: 23, Q3: 42, Rango intercuartilar: 19). De la muestra, el 47,9% (n=194) tenían entre 18 a 29 años de edad, el 62% (n=251) correspondiente al sexo femenino, la mayoría de los participantes tenían grado de instrucción superior y eran usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS). El 64% (n=259) reportaron antecedente de COVID-19. Respecto al nivel de vacilación, en el 21,5% (n=87) fue baja, 48,6% (n=197) moderada y el 29,9% (n=121) presentó alto nivel de vacilación. El nivel vacilación alta se presentó en mayor proporción en residentes de mayor edad ($p<0,001$) y las personas con menor grado de instrucción ($p=0,001$). El menor porcentaje de vacilación alta se presentó en usuarios del SIS ($p=0,005$). **Conclusiones:** Existe un predominio de nivel de vacilación moderada y alta frente a la vacuna contra la COVID-19. La vacilación alta fue mayor en las personas de mayor edad y en aquellos con menor grado de instrucción. Se recomienda mejorar las estrategias de comunicación respecto a los beneficios de la vacuna contra el COVID-19.

Palabras clave: Negativa a la Vacunación; COVID-19; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To determine the frequency and the factors associated with the refusal of vaccination against COVID-19 in the marginal urban area of Lima. **Materials and methods:** Quantitative, observational and descriptive cross-sectional study carried out in the year 2021. The population was made up of residents of the “Nueva Juventud” Human Settlement located in the district of Carabaylo, in the North of Lima. The study variable was the refusal of vaccination against COVID-19. **Results:** A total of 405 people of both sexes participated, with a median age of 30 years (Q1: 23, Q3: 42, Interquartile range: 19). Of the sample, 47.9% (n=194) were between 18 and 29 years old, 62% (n=251) corresponding to the female sex, most of the participants had a higher education degree and were users of the State Health Insurance (SIS). 64% (n=259) reported a history of COVID-19. Regarding the level of hesitation, in 21.5% (n=87) it was low, 48.6% (n=197) moderate and 29.9% (n=121) presented a high level of hesitation. The high level of hesitation occurred in a greater proportion in older residents ($p<0.001$) and people with a lower level of education ($p=0.001$). The lowest percentage of high hesitation was presented in users of the SIS ($p=0.005$). **Conclusions:** There is a predominance of moderate and high level of hesitation against the COVID-19 vaccine. High hesitation was greater in older people and in those with a lower level of education. It is recommended to improve communication strategies regarding the benefits of the COVID-19 vaccine.

Keywords: Vaccination Refusal; COVID-19; COVID-19 Vaccines; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La pandemia por COVID-19 tiene una magnitud de mortalidad bastante elevada⁽¹⁾. Brasil, Panamá, Honduras, Guatemala y Ucrania cuentan con una alta proporción de personas fallecidas que van de 24% al 38%⁽²⁾. En Latinoamérica, la mayor tasa de letalidad se identificó en México, seguido de Ecuador y Brasil; las menores tasas se observaron en Venezuela y Costa Rica⁽³⁾. En Perú, Lima Metropolitana registra el mayor número de defunciones⁽⁴⁾.

Hasta la fecha, la infección por COVID-19 no cuenta con un tratamiento determinado⁽⁵⁾. Se cuenta con las medidas sanitarias universales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como es guardar el metro de distancia, el uso de mascarilla y constante lavado de manos⁽⁶⁾. La inmunización contra el COVID-19 es fundamental y es asumida por el estado peruano para el control de la mortalidad y prevalencia de la pandemia⁽⁷⁾.

Por otra parte, la vacuna contra la COVID-19 trajo consigo algunos inconvenientes. En los países industrializados se han enfrentado a una vacilación y un escepticismo contra la vacunación, en Polonia informaron la mayor proporción de respuestas negativas (27,3%), mientras que en Rusia reportaron la proporción más baja de respuestas positivas (54,9%)⁽⁸⁾. En Estados Unidos, los participantes tenían menos probabilidades de estar dispuestos a vacunarse si no eran de raza negra latina o quienes reportaron un nivel más alto de daños potenciales percibidos por la vacuna⁽⁹⁾.

La mayor parte del porqué de la resistencia a no vacunarse se predijo por sexo, educación, empleo, ingresos, hijos en el hogar, afiliación política y la amenaza percibida de infección⁽¹⁰⁾. En Turquía, las razones más comunes para el rechazo fueron la ansiedad, efectos secundarios de las vacunas, falta de conocimiento sobre la efectividad y desconfianza⁽¹¹⁾.

En las campañas de vacunación masiva a nivel del territorio nacional se percibe cierto rechazo o resistencia a la inmunización contra COVID-19, debido a los efectos adversos que estos desencadenan en ciertos grupos etarios, inclusive se pone en cuestión el nivel de efectividad según el tipo de vacuna. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo conocer la frecuencia de rechazo a las vacunas y los factores asociados a la negativa de vacunación contra el COVID-19 en la zona urbano marginal del distrito de Carabaylo ubicado al Norte de Lima.

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, y descriptivo transversal. Se realizó en un asentamiento humano (AAHH) del distrito de Carabaylo ubicado en la zona Norte de Lima.

Población y muestra

La población estuvo constituida por personas residentes del AAHH "Nueva Juventud" ubicado en el distrito de Carabaylo.

Se reclutó a 405 personas mayores de edad obtenidas por muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron personas de 18 a más años de edad, de ambos sexos, residentes de por lo menos 6 meses en el referido AAHH, que aceptaron participar voluntariamente y hayan cumplido con responder adecuadamente el cuestionario.

Variable de estudio

Negativa de vacunación contra el COVID-19: Considerado como retraso en la aceptación o el rechazo por completo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunación. Diferentes factores influyen en la vacilación de las vacunas y estos son específicos del contexto, varían en el tiempo, el lugar y con diferentes vacunas. Están involucrados factores como la complacencia, la conveniencia y la confianza⁽¹²⁾.

Instrumento de medición

Para la medición de la negativa de vacunación contra el COVID-19 se empleó la versión en español de "Vaccine Hesitancy Scale" (VHS) desarrollada por Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group en Vaccine Hesitancy (VH)⁽¹³⁾. Cuenta con el reforzamiento y confiabilidad por parte de la OMS⁽¹⁴⁾. La fiabilidad de la escala fue aceptable ($\alpha = 0,72$). Un análisis factorial exploratorio mostró que la "Falta de confianza" y los "Riesgos" explicaron el 45,55% y el 12,31% de la varianza⁽¹⁵⁾. La escala VHS adaptada a COVID-19 permite identificar respuestas confiables mediante 10 ítems que se puntúa de 1 a 5 según escala Likert, con una puntuación total de 0 a 50. Las puntuaciones más altas indican una mayor vacilación⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾.

Asimismo, se generaron 7 ítems adicionales utilizando el "health belief model" (HBM) adaptado para evaluar las actitudes generales hacia la vacuna COVID-19⁽¹⁵⁾. La consistencia interna y la validez de constructo se determinó mediante el análisis factorial y/o de confiabilidad (α de Cronbach = 0,66) del riesgo o beneficio percibido de una vacuna⁽¹⁶⁾. Dado que el término "vacilación por las vacunas" es relativamente nuevo, la disponibilidad de las preguntas de las encuestas existentes es limitada⁽¹³⁾.

En el presente estudio, para efectos de clasificación se consideró los puntos de corte basados en cuartiles Q1, Q2 y Q3, respectivamente. Nivel de vacilación baja (<18), moderada (18-23) y alta (≥ 24).

Procedimientos

La técnica que se empleó fue una encuesta virtual mediante el Formulario de Google®. La aplicación del instrumento

estuvo a cargo de estudiantes del sexto ciclo de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. La transmisión del cuestionario se realizó mediante herramientas virtuales, compartiendo el enlace del instrumento a través del número telefónico de las personas seleccionadas. La recolección de datos se ejecutó del 12 al 19 de noviembre del 2021.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron descargados en una matriz del programa IBM SPSS Statistics v26.0. Luego de la depuración, según los criterios del estudio, los datos fueron agrupados y representados en tablas de frecuencias y editados en Microsoft Excel®. Las puntuaciones de la escala VHS fueron divididos en cuartiles para determinar los puntos de corte y recategorizar en tres niveles de vacilación. Para el análisis bivariado se utilizó el estadístico Chi cuadrado considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos.

Aspectos éticos

Todas las participantes otorgaron el consentimiento informado conforme al cumplimiento de los principios éticos consignados en la Declaración de Helsinki. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N.º 092-2021).

Resultados

Participaron 405 personas de ambos sexos con una edad mediana de 30 años (Q1: 23, Q3: 42, Rango intercuartil: 19). De la muestra, el 47,9% (n=194) tenían entre 18 a 29 años de edad, el 62% (n=251) correspondiente al sexo femenino, el 38,8% (n=157) tenía grado de instrucción superior universitario, el 31,9% (n=129) contaba con Seguro Integral de Salud (SIS). Del total de participantes, el 64% (n=259) reportaron antecedente de COVID-19. Respecto al nivel de vacilación, en el 21,5% (n=87) fue baja, 48,6% (n=197) moderada y el 29,9% (n=121) presentó alto nivel de vacilación (Tabla 1).

Las preguntas ¿Cree que los profesionales de la salud, el gobierno, las autoridades locales o los líderes pueden obligarlo a vacunarse?, y ¿Cree que su estado de salud actual u otras condiciones de salud harían que no fuera seguro recibir la vacuna COVID-19?, fueron las que obtuvieron respuestas negativas y superaron el 50% (Gráfico 1).

Respecto al nivel de vacilación a la vacuna contra COVID-19. El nivel de vacilación alta se presentó en mayor proporción en residentes de mayor edad ($p < 0,001$) y en las personas de menor grado de instrucción ($p = 0,001$). El menor porcentaje de vacilación alta se presentó en usuarios del SIS ($p = 0,005$) (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los residentes de una zona urbana marginal de Lima Norte, 2021.

| Características generales | n | % |
|----------------------------------|-----|-------|
| Total | 405 | 100,0 |
| Edad (años) | | |
| 18 a 29 | 194 | 47,9 |
| 30 a 39 | 98 | 24,2 |
| 40 a 49 | 55 | 13,6 |
| 50 a 59 | 48 | 11,9 |
| ≥ 60 | 10 | 2,5 |
| Sexos | | |
| Femenino | 251 | 62,0 |
| Masculino | 154 | 38,0 |
| Grado de instrucción | | |
| Primera o menos | 23 | 5,7 |
| Secundaria | 99 | 24,4 |
| Superior técnico | 126 | 31,1 |
| Superior universitario | 157 | 38,8 |
| Tenencia de seguro de salud | | |
| Seguro integral de salud (SIS) | 129 | 31,9 |
| Seguro social de salud (EsSalud) | 111 | 27,4 |
| Privado o particular | 91 | 22,5 |
| FFAA/PNP | 26 | 6,4 |
| Ninguno | 48 | 11,9 |
| Antecedente de Covid-19 | | |
| No | 259 | 64,0 |
| Sí | 146 | 36,0 |
| Nivel de vacilación | | |
| Baja | 87 | 21,5 |
| Moderada | 197 | 48,6 |
| Alta | 121 | 29,9 |

*FFAA/PNP: Fuerzas Armadas/Policia Nacional del Perú.

Discusión

El objetivo del estudio fue evaluar el nivel de vacilación contra el COVID-19 y los factores asociados. En el presente estudio, alrededor del 80% de la población presentaron vacilación moderada o alta. La frecuencia más elevada de vacilación alta se presentó en los participantes de más edad y con menor grado de instrucción, mientras que el menor porcentaje de vacilación alta se reportó en usuarios del SIS.

A pesar de los esfuerzos por reducir las brechas de vacunación contra la COVID-19, aún existe un alto porcentaje de personas en nuestro país que no están dispuestas a ser inmunizadas. El alto porcentaje de vacilación reportada en nuestro estudio difiere ampliamente a lo encontrado en otros estudios internacionales que van de 22%⁽¹⁰⁾, 37,4%⁽¹¹⁾ y un estudio nacional que; por otro lado, reporta un alto porcentaje de encuestados que manifestaron su intención de vacunarse

Tabla 2. Niveles de vacilación contra el COVID-19 en residentes de una zona urbana marginal de Lima Norte, 2021.

| Variables | Niveles de vacilación | | | | | | | | p-valor |
|---|-----------------------|-----|------|------|----------|------|------|------|---------|
| | Total | | Baja | | Moderada | | Alta | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Grupo de edad | | | | | | | | | |
| 18 a 29 | 194 | 100 | 62 | 32,0 | 98 | 50,5 | 34 | 17,5 | <0,001 |
| 30 a 39 | 98 | 100 | 14 | 14,3 | 55 | 56,1 | 29 | 29,6 | |
| 40 a 49 | 55 | 100 | 5 | 9,1 | 22 | 40,0 | 28 | 50,9 | |
| ≥ 50 | 58 | 100 | 6 | 10,3 | 22 | 37,9 | 30 | 51,7 | |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Femenino | 251 | 100 | 58 | 23,1 | 119 | 47,4 | 74 | 29,5 | 0,591 |
| Masculino | 154 | 100 | 29 | 18,8 | 78 | 50,6 | 47 | 30,5 | |
| Nivel de instrucción | | | | | | | | | |
| Primaria o menos | 23 | 100 | 4 | 17,4 | 6 | 26,1 | 13 | 56,5 | 0,001 |
| Secundaria | 99 | 100 | 16 | 16,2 | 46 | 46,5 | 37 | 37,4 | |
| Superior técnico | 126 | 100 | 21 | 16,7 | 67 | 53,2 | 38 | 30,2 | |
| Superior Universitario | 157 | 100 | 46 | 29,3 | 78 | 49,7 | 33 | 21,0 | |
| Seguro de Salud | | | | | | | | | |
| Seguro Integral de Salud (SIS) | 129 | 100 | 38 | 29,5 | 61 | 47,3 | 30 | 23,3 | 0,005 |
| Seguro Social (EsSalud) | 111 | 100 | 12 | 10,8 | 59 | 53,2 | 40 | 36,0 | |
| Privado | 91 | 100 | 20 | 22,0 | 42 | 46,2 | 29 | 31,9 | |
| FF. AA y PNP | 26 | 100 | 5 | 19,2 | 8 | 30,8 | 13 | 50,0 | |
| Ninguno | 48 | 100 | 12 | 25,0 | 27 | 56,3 | 9 | 18,8 | |
| Antecedente personal de Covid-19 | | | | | | | | | |
| No | 259 | 100 | 54 | 20,8 | 132 | 51,0 | 73 | 28,2 | 0,445 |
| Si | 146 | 100 | 33 | 22,6 | 65 | 44,5 | 48 | 32,9 | |

(75,9%)⁽¹⁷⁾. El alto porcentaje de vacilación respecto a la vacunación en nuestro estudio podría responder al momento en que se realizó el estudio, es decir, con una disminución de casos y fallecidos por COVID-19 ha disminuido también la sensación de riesgo, lo que puede haber motivado que las personas no sientan la necesidad de vacunarse.

Caycho-Rodríguez *et al.* explican en su estudio que la variable que más predice la intención de vacunarse es “la percepción de gravedad de la COVID-19”⁽¹⁸⁾. Sin embargo, nuestro estudio reporta que la proporción más alta de vacilación se da en los participantes de más edad, a pesar de ser el grupo etario más vulnerable frente a la COVID-19.

Yigit *et al.*, encuentra también que la aceptabilidad de la vacuna está relacionada con el nivel educativo, encontrando que, en las personas con mayor nivel educativo, era menos probable que aceptaran la vacuna⁽¹¹⁾. En nuestro estudio, encontramos un comportamiento diferente, donde los participantes con menor nivel educativo tenían altas tasas de vacilación respecto a la vacuna. Estos hallazgos reflejan la enorme disparidad al momento de aceptar la vacuna, que podría estar relacionada más con la confianza en la vacuna que con la capacidad de procesar la información disponible en los diferentes medios de comunicación y difusión.

En el estudio debe considerarse las siguientes limitaciones. Como consecuencia de la forma de aplicación del instrumento que implicó el uso del celular para acceder a la encuesta virtual, la muestra quedó constituida por aquellos pobladores que contaban con un celular y que además saben hacer uso de estas herramientas de recolección de datos; por consiguiente, la muestra podría ser no representativa del total de la población. Debe mencionarse, también, que como es un instrumento autoadministrado puede haber sesgo en las respuestas. Pese a las limitaciones del estudio, se evidencia la presencia de un problema que debe ser abordado con estrategias de comunicación e información fidedignas relacionadas con la vacuna contra la COVID-19.

Conclusiones

En el presente estudio, existe predominio de nivel de vacilación moderada y alta frente a la vacuna contra la COVID-19. La vacilación alta fue mayor en las personas de mayor edad y en aquellos con menor grado de instrucción. Se recomienda mejorar las estrategias de comunicación respecto a los beneficios de la vacuna contra el COVID-19 considerando las características de la población diana.

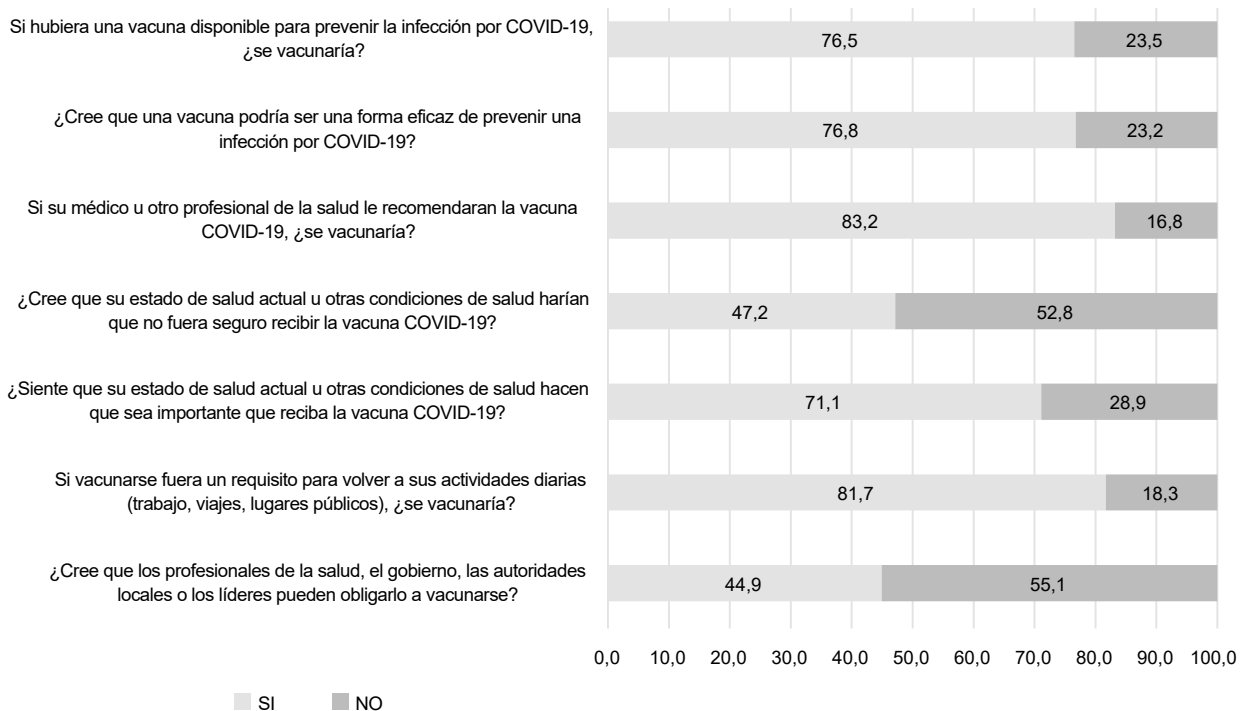


Figura 1. Creencias sobre la vacunación contra el COVID-19 en residentes de una zona urbana marginal de Lima Norte, 2021.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Weekly epidemiological update on COVID-19 - 14 September 2021 [Internet]. 2021 [citado 11 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--14-september-2021>
- Fantin R, Brenes-Camacho G, Barboza-Solís C. Defunciones por COVID-19: distribución por edad y universalidad de la cobertura médica en 22 países. Rev Panam Salud Pública. 28 de abril de 2021;45:1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.42>
- Acosta LD. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 16 de septiembre de 2020;44:1. Disponible en: doi: 10.26633/RPSP.2020.109
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación Actual COVID 19 Perú 2020-2021: 12 de abril [Internet]. MINSA; 12 abril [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/covid/sala-situacional/coronavirus120421.pdf>
- Llover MN, Jiménez MC. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. 1 de enero de 2021;28(1):40-56. Disponible en: doi: 10.1016/j.fmc.2020.10.005
- Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): Orientaciones para el público [Internet]. 2020 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- Ministerio de Salud. Proceso de vacunación contra el coronavirus [Internet]. MINSA. 2021 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/13328-proceso-de-vacunacion-contra-el-coronavirus>
- Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. Nat Med. febrero de 2021;27(2):225-8.
- Reiter PL, Pennell ML, Katz ML. Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? Vaccine. 29 de septiembre de 2020;38(42):6500-7. Disponible en: doi: 10.1016/j.vaccine.2020.08.043
- Khubchandani J, Sharma S, Price JH, Wiblishauser MJ, Sharma M, Webb FJ. COVID-19 Vaccination Hesitancy in the United States: A Rapid National Assessment. J Community Health. 1 de abril de 2021;46(2):270-7. Disponible en: doi: 10.1007/s10900-020-00958-x
- Yigit M, Ozkaya-Parlakay A, Senel E. Evaluation of COVID-19 Vaccine Refusal in Parents. Pediatr Infect Dis J. abril de 2021;40(4):e134-6. Disponible en: doi: 10.1097/INF.0000000000003042
- Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. Vaccine. 20 de noviembre de 2014;32(49):6649-54. Disponible en: 10.1016/j.vaccine.2014.09.039
- Bernal Vaquera BM, Morales Jinez A, Moreno Perez NE. Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática para abordar el fenómeno en Latinoamérica | SANUS. SANUS. 20 de julio de 2021;6(1):e182. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.182>
- World Health Organization. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy [Internet]. United States: World Health Organization. 2014 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2014/october/sage-working-group-revised-report-vaccine-hesitancy.pdf?sfvrsn=240a7c1c_4

15. Rodríguez VJ, Alcaide ML, Salazar AS, Montgomerie EK, Maddalon MJ, Jones DL. Psychometric Properties of a Vaccine Hesitancy Scale Adapted for COVID-19 Vaccination Among People with HIV. *AIDS Behav.* 1 de enero de 2022;26(1):96-101. Disponible en: doi: 10.1007/s10461-021-03350-5
16. Cheney MK, John R. Underutilization of Influenza Vaccine: A Test of the Health Belief Model. *SAGE Open.* 1 de abril de 2013;3(2):215824401348473. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2158244013484732>
17. Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano Á, Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Toro-Huamanchumo CJ, Rodríguez-Morales AJ, et al. Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunarse contra la COVID-19 en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* julio de 2021;38(3):381-90. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.7446>
18. Caycho-Rodríguez T, Carbajal-León C, Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D. Intención de vacunarse contra la COVID-19 en adultos mayores peruanos. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* julio de 2021;56(4):245-6. Disponible en: doi: 10.1016/j.regg.2021.03.005.

Acoso sexual en estudiantes universitarios de Lima Norte

Sexual harassment in university students of North of Lima

Goyzueta Ana Paula^{1,a}, Cervantes-Alvino Sunita Consuelo^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

^a Licenciada en Enfermería

Información del artículo

Citar como: Goyzueta AP, Cervantes-Alvino SC. Acoso sexual en estudiantes universitarios de Lima Norte Sexual. Health Care & Global Health.2022;6(1):27-32.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.114

Autor corresponsal

Ana Pula Goyzueta de Tomas
Email: apgozueta@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.
Teléfono: +51 952375609

Historial del artículo

Recibido: 19/04/2022
Aprobado: 15/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivos: Determinar la frecuencia de acoso sexual y las situaciones acosadoras en estudiantes de una universidad privada de Lima Norte. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en 2019. La muestra estuvo conformada por 355 estudiantes de ambos sexos procedentes de cinco escuelas académicas. **Resultados:** Participaron 355 estudiantes con una edad media de 24,37 años (DE= 5,55; Rango:17 a 50). Del total de estudiantes participantes, el 93 % (n=330) eran de sexo femenino, el 62,3% (n=221) pertenecientes a la facultad de enfermería. De la muestra, el 67,6 % (n=240) afirmaron haber recibido información sobre el acoso sexual, el 60% (n=213) fueron víctimas de acoso sexual en algún momento de la vida y en el 50,7% (n=180) el acosador fue de sexo masculino. Entre las situaciones acosadoras, el 24,5% (n=87) fueron víctimas de contacto físico o tocamientos, el 22,8% (n=81) comentarios sobre alguna parte de su cuerpo, el 21,4% (n=76) comentarios sexuales y el 17,5% (n=62) mediante correos o mensajes acosadores. La mayor proporción de acoso sexual se presentó en las mujeres (p=0,003), en estudiantes de la escuela de enfermería (p=0,020) y en aquellos que han recibido información sobre acoso (p<0,001). **Conclusiones:** El acoso sexual es un problema muy frecuente en la población universitaria, afecta principalmente a las mujeres estudiantes de enfermería. El contacto físico o tocamientos indebidos, comentarios sobre alguna región corporal y los comentarios sexuales fueron las principales situaciones acosadoras.

Palabras clave: Acoso Sexual; Hostigamiento sexual; Estudiantes; Estudiantes de Enfermería; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: To determine the frequency of sexual harassment and harassing situations among students of a private university in North Lima. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study conducted in 2019. The sample consisted of 355 students of both sexes from five academic schools. **Results:** Of 355 students with a mean age of 24.37 years (SD = 5.55; Range: 17 to 50), 93% (n = 330) were female, 62.3% (n = 221) belonging to the nursing school. Of the sample, 67.6% (n = 240) claimed to have received information about sexual harassment, 60% (n = 213) were victims of sexual harassment at some point in their life and 50.7% (n = 180) the stalker was male. Among the harassing situations, 24.5% (n = 87) were victims of physical contact or touching, 22.8% (n = 81) comments about some part of their body, 21.4% (n = 76) sexual comments and 17.5% (n = 62) through emails or harassing messages. The highest proportion of sexual harassment occurred in women (p = 0.003), in nursing school students (p = 0.020) and in those who received information about harassment (p <0.001). **Conclusions:** Sexual harassment is a very frequent problem in the university population, it mainly affects women nursing students. Physical contact or improper touching, comments on any body region and sexual comments were the main harassing situations.

Keywords: Sexual harassment; Students; Students, Nursing; Peru (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define acoso sexual (AS) como la tentativa de consumir un acto sexual con comentarios o insinuaciones sexuales no deseados de una persona mediante coacción por otra persona⁽¹⁾. El AS es considerado una violación de los derechos fundamentales de los trabajadores, lo cual constituye un problema de salud y seguridad en el trabajo⁽²⁾.

En Estados Unidos, el 87% de las mujeres profesionales entre 25 a 45 años han experimentado al menos una forma de acoso sexual⁽³⁾. La frecuencia del problema en los universitarios es variable, en China el 7,5% de enfermeras y 7,2% en estudiantes de enfermería⁽⁴⁾, en Noruega el AS es reportado en el 24,2% a lo largo de la vida y 16,7% en el último año, principalmente en mujeres⁽⁵⁾. Otros países como México se reporte un 33%, de los cuales dos tercios corresponden a las mujeres⁽⁶⁾, mientras que en Colombia se reporta en el 6,8%⁽⁷⁾. En el Perú, el 32,8% de universitarios manifiesta haber experimentado alguna situación de AS en algún momento de su vida, el 61% corresponde al sexo femenino⁽⁴⁾.

Tanto los hombres como las mujeres pueden ser acosados sexualmente; sin embargo, la mayoría de las víctimas son mujeres⁽⁸⁾⁽⁹⁾. El AS se encuentra vinculado con la salud mental de las víctimas, ya que tiene efectos negativos a largo plazo en los estudiantes⁽¹⁰⁾, pudiendo incrementar los síntomas depresivos⁽¹¹⁾. En el campo económico puede incrementar la deserción, absentismo e insatisfacción laboral⁽⁸⁾⁽¹²⁾, por tanto, afectar el logro profesional de las mujeres⁽¹³⁾.

El AS también fomenta entornos desiguales, intimidantes, hostiles, abusivos y ofensivos, poco saludable, que erosionan la confianza y el sentido de seguridad de las víctimas e interfieren con el desempeño y aspiraciones de las personas⁽¹⁴⁾. El AS tiene un costo social y económico alto, desde precursor de la violencia sexual hasta el suicidio⁽¹⁵⁾.

En la comunidad universitaria, existe una interacción natural sana entre los docentes, administrativos y estudiantes; sin embargo, el exceso de confianza, la transgresión del espacio y el rol que cumplen los actores mencionados, junto al uso de las redes sociales, pueden ser las condiciones que originan el AS. Los últimos años, entre las estudiantes de enfermería se han reportado situaciones de AS, lo que ha motivado el presente estudio. Por lo expuesto, el estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de acoso sexual y las situaciones acosadoras en estudiantes de una universidad privada de Lima Norte.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población estuvo conformada por estudiantes universitarios de ambos sexos procedentes de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la zona Norte de Lima. Según registros académicos, para el periodo 2019-I se matricularon 2982 estudiantes, distribuidos en cinco escuelas académicas profesionales.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{[N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q]}{[d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q]}$$

considerando $N=2982$, $Z_{\alpha}^2=1,96$ (95% de seguridad), $p=50\%$, $q(1-p)=50\%$, $d=5\%$, obteniéndose una muestra mínima de 340 sujetos. En el presente estudio se obtuvo una muestra de 360 estudiantes.

Se incluyeron a todos los estudiantes, independientemente de la edad, ciclo académico y escuela académica profesional, que aceptaron participar del estudio de manera voluntaria y cumplieron con el llenado correcto del cuestionario.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, iniciándose con las aulas de mayor número de alumnos y según la facilidad otorgada por el docente del aula.

Variables de estudio

Acoso sexual: Considerado como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”⁽¹⁾.

En el Perú, el acoso sexual, también denominado hostigamiento sexual típico o chantaje sexual, consiste en la conducta física o verbal reiterada de naturaleza sexual no deseada y/o rechazada, realizada por una o más personas que se aprovechan de una posición de autoridad o jerarquía o cualquier otra situación ventajosa, en contra de otra u otras, quienes rechazan estas conductas por considerar que afectan su dignidad, así como sus derechos fundamentales⁽¹⁶⁾.

Técnica e instrumento de medición

La técnica usada fue la encuesta autoadministrada. El instrumento fue tomado de un estudio exploratorio efectuado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, titulado “Hostigamiento sexual en mujeres y varones universitarios”⁽¹⁷⁾. Comprende tres sub componentes: 1° Percepción sobre acoso sexual: Consta de nueve preguntas, con criterios de valoración (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). 2° Información sobre acoso sexual: Consta de cuatro preguntas, con criterios de valoración (Sí y No). 3° Prevalencia de acoso sexual: Consta de 21 preguntas, con criterios de valoración (Sí y No).

Procedimiento

Antes de la aplicación del instrumento se contó con la autorización de las autoridades de la universidad. La aplicación del instrumento se realizó dentro de las aulas, en función de la facilidad otorgada por el docente de aula. Cada encuesta tomó aproximadamente 15 minutos. La encuesta se ejecutó de agosto a setiembre del 2019.

Análisis estadístico

Los datos fueron transcritos a una matriz, luego depurados según los criterios del estudio. Se hizo el cálculo de las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión de las variables numéricas. Los datos de las variables cualitativas, tales como datos generales y situaciones acosadoras, fueron distribuidos y representados en tablas de frecuencias. Para evaluar la asociación de las variables cualitativas se utilizó el estadístico Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos. El procesamiento de datos se ejecutó con el programa IBM SPSS versión 25.

Aspectos éticos

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (ID-115-19 / Acta CEI N.º 112-2019). A los estudiantes participantes se solicitó el consentimiento informado.

Resultados

Participaron 360 estudiantes, cinco fueron excluidos por presentar datos incompletos. El análisis se realizó con 355 estudiantes universitarios de ambos sexos, con una edad media de 24,37 años (DE= 5,55; Rango:17 a 50). De la muestra, el 93 % (n=330) eran de sexo femenino, el 60,8% (n=126) fluctuaban entre 21 a 30 años de edad, el 62,3% (n=221) pertenecientes a la facultad de enfermería. El 67,6 % (n=240) de los encuestados afirmaron haber recibido información sobre el acoso sexual. De la muestra, el 60% (n=213) fueron víctimas de acoso sexual en algún momento de la vida, en el 50,7% (n=180) el acosador fue de sexo masculino, y solo el 3,9% (n=14) era femenino (Tabla 1).

Entre las situaciones acosadoras, el 24,5% (n=87) fueron víctimas de contacto físico o tocamientos, el 22,8% (n=81) comentarios sobre alguna parte de su cuerpo, el 21,4% (n=76) comentarios sexuales y el 17,5% (n=62) mediante correos o mensajes acosadores (Tabla 2).

La mayor proporción de acoso sexual se presentó en las mujeres ($p=0,003$), en estudiantes de la escuela de enfermería ($p=0,020$) y en aquellos que han recibido información sobre acoso ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Tabla 1. Características generales de los estudiantes universitarios de Lima Norte, 2019.

| Características generales | n | % |
|---------------------------|-----|------|
| Total | 355 | 100 |
| Sexo | | |
| Femenino | 330 | 93,0 |
| Masculino | 25 | 7,0 |
| Edad | | |
| ≤ 20 | 105 | 29,6 |
| 21 a 30 | 216 | 60,8 |
| > 30 | 34 | 9,6 |
| Escuela académica | | |
| Contabilidad | 39 | 11,0 |
| Educación Inicial | 36 | 10,1 |
| Educación Primaria | 59 | 16,6 |
| Enfermería | 221 | 62,3 |
| Información sobre acoso | | |
| Si | 240 | 67,6 |
| No | 115 | 32,4 |
| Antecedente de acoso | | |
| Si | 213 | 60,0 |
| No | 142 | 40,0 |
| Sexo del acosador | | |
| Masculino | 180 | 50,7 |
| Femenino | 14 | 3,9 |

Discusión

Entre los estudiantes universitarios, un alto porcentaje fueron víctimas de acoso sexual, principalmente mujeres, estudiantes de enfermería y en aquellas que han recibido información sobre acoso sexual. Las situaciones acosadoras predominantes fueron el contacto físico o tocamientos indebidos, comentarios sobre alguna región corporal y los comentarios sexuales.

La frecuencia de acoso sexual en el presente estudio fue 60% y resultó superior a lo reportado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) que indica que el 32,8% del alumnado encuestado manifestó alguna situación de hostigamiento sexual en algún momento de la vida⁽¹⁷⁾. En otros contextos, el AS fue reportado en menor proporción; en una universidad de Colombia, el 6,8% de estudiantes fueron víctimas de AS, el 59% fueron mujeres⁽⁷⁾; en los Países Bajos, solo el 7% de estudiantes universitarios de una facultad de ciencias informaron haber sufrido o experimentado AS⁽¹⁸⁾; en China, la prevalencia de AS fue del 7,5% (IC 95%: 5,5% -10,1%)⁽⁴⁾. Esta diferencia puede atribuirse a que el reporte del MIMP se realizó el 2010, y a lo largo de esta última década los trabajos de promoción y prevención realizados por los diferentes sectores públicos

Tabla 2. Situaciones acosadoras en estudiantes universitarios de Lima Norte, 2019.

| Situaciones acosadoras | n | % |
|--|----|------|
| Demanda de relación sexual | 6 | 1,7 |
| Contacto físico (tocamientos) | 87 | 24,5 |
| Correos o mails acosadores | 62 | 17,5 |
| Promesas de trato preferente a cambio de favores sexuales | 28 | 7,9 |
| Comentarios sobre alguna parte de su cuerpo | 81 | 22,8 |
| Objetos sexualmente sugestivos, pósteres, gráficos mostrados o enviados vía internet | 20 | 5,6 |
| Acoso sexual por llamadas telefónicas o mensajes de texto | 40 | 11,3 |
| Comentarios sexuales | 76 | 21,4 |
| Amenaza o trato hostil por el rechazo al acoso sexual | 13 | 3,7 |
| Otras conductas | 7 | 2,0 |
| Acoso callejero | 1 | 0,3 |
| Hostigamiento | 1 | 0,3 |
| Miradas obscenas | 1 | 0,3 |

y privados, medios de comunicación y las redes sociales han podido socializar y sensibilizar el problema, lo que pudo haber permitido mayor número de casos reportados de AS.

En el presente estudio, el AS se presentó predominantemente en el sexo femenino, 96% frente al 61,3% reportado por Bardales y Ortiz ⁽¹⁷⁾. La socialización y sensibilización, especialmente en las mujeres, pueden explicar la alta frecuencia de casos de AS. Si bien ambos géneros pueden ser víctimas de AS, la mayoría son mujeres ⁽⁸⁾, y son 3,5 veces más propensas a experimentar AS que los hombres ⁽⁹⁾. La frecuencia encontrada es congruente con los reportes de Canadá, donde el 98 % de mujeres fueron acosadas ⁽¹⁹⁾.

La enorme diferencia de AS percibida entre las mujeres y varones probablemente se deba a que en los varones las situaciones acosadoras sean percibidas como normales dependiendo de las características de las personas que expresan dichas situaciones. Al respecto, se menciona que los varones tienen el umbral más alto para etiquetar una experiencia como AS ⁽⁶⁾.

Se vive en una sociedad machista, donde se cree que la mujer es quien provoca o se insinúa y en realidad no hay excusa alguna para ejercer estos actos sin consentimiento de la otra parte. A pesar de que el AS en los varones es poco frecuente y las situaciones acosadoras son percibidas como normales, ellos deben pronunciarse sin temor a la vergüenza.

Otra situación que merece destacar en el presente estudio es que el AS se presentó en las estudiantes de enfermería y en las que han recibido información sobre acoso sexual. Esto puede deberse a que la mayor parte de los estudiantes de enfermería son mujeres. En México, una de cada tres mujeres (27,4 %) ha sido objeto de piropos o expresiones

de carácter sexual a lo largo de su vida y 12,6 % ha sufrido tocamientos o ha sido manoseada sin su consentimiento (20). En China, el AS es común en enfermeras y estudiantes de enfermería, con una frecuencia de 7,5% (5,5% -10,2%) y 7,2% (3,0% -16,2%) respectivamente ⁽⁴⁾.

Respecto a las situaciones acosadoras, tuvieron predominio el contacto físico o tocamientos indebidos, comentarios sobre alguna región corporal y los comentarios sexuales. En los Países Bajos, el acoso psicológico y verbal fueron las formas más experimentadas de acoso (ambos 35%), seguidas del acoso físico (17%) y el acoso sexual (12%) ⁽¹⁸⁾; mientras que en China, el acoso físico y verbal fue de 2,2% y 7%, respectivamente ⁽⁴⁾. Diversas situaciones acosadoras que vienen del mismo género, especialmente entre las mujeres, no son consideradas como AS, quizás dichas situaciones no representan amenazas y por lo general son consideradas normales. Existen varones que expresan directamente sus deseos o intenciones de carácter sexual; mientras que otros expresan de manera indirecta, empleando comentarios o gestos, los cuales pueden afectar el pudor del agraviado. En otros casos puede ser mediado por las tecnologías de información y comunicación y las redes sociales, las cuales pueden facilitar el AS ⁽²¹⁾.

El AS es un problema frecuente en el ámbito universitario; sin embargo, la denuncia es infrecuente ⁽⁷⁾, situación que es concordante con nuestros hallazgos, en el que solo una minoría refirió haber realizado la denuncia respectiva, algunas prefirieron callar y en otros casos manifestaron a los amigos y familiares más cercanos. Entre los argumentos para no denunciar mencionaron la respuesta insatisfactoria de las autoridades en general, que habiendo leyes no haya respuesta efectiva para sancionar el AS. Las mujeres deben comprender que callar y hacer caso omiso al AS no

Tabla 3. Acoso sexual en estudiantes universitarios de Lima Norte, 2019.

| Variables | Antecedentes de acoso sexual | | | | | | p-valor |
|----------------------|------------------------------|------|-----|------|-----|------|---------|
| | Total | | No | | Si | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Total | 355 | 100 | 142 | 100 | 213 | 100 | |
| Víctimas de acoso | | | | | | | |
| Femenino | 330 | 93,0 | 125 | 88,0 | 205 | 96,2 | 0,003 |
| Masculino | 25 | 7,0 | 17 | 12,0 | 8 | 3,8 | |
| Escuela académica | | | | | | | |
| Contabilidad | 39 | 11,0 | 23 | 16,2 | 16 | 7,5 | 0,020 |
| Educación inicial | 36 | 10,1 | 16 | 11,3 | 20 | 9,4 | |
| Educación primaria | 59 | 16,6 | 27 | 19,0 | 32 | 15,0 | |
| Enfermería | 221 | 62,3 | 76 | 53,5 | 145 | 68,1 | |
| Grupo de edad | | | | | | | |
| ≤20 | 105 | 29,6 | 40 | 28,2 | 65 | 30,5 | 0,309 |
| 21 a 30 | 216 | 60,8 | 92 | 64,8 | 124 | 58,2 | |
| >30 | 34 | 9,6 | 10 | 7,0 | 24 | 11,3 | |
| Información recibida | | | | | | | |
| Si | 240 | 67,6 | 80 | 56,3 | 160 | 75,1 | <0,001 |
| No | 115 | 32,4 | 62 | 43,7 | 53 | 24,9 | |

soluciona el problema; al contrario, incrementa el poder de las personas acosadoras. No frenar el AS puede afectar el estado de salud y perjuicio académico, por tanto, generar un impacto negativo en la familia, comunidad y sociedad.

Llama la atención la alta frecuencia de casos reportados en nuestro estudio y al respecto se menciona que el AS mayor en ambientes jerárquicos y en organizaciones tolerantes con el AS⁽²²⁾; no obstante, no se cuenta con evidencias de reportes o denuncias documentadas de casos de AS ocurridos en la universidad. La socialización de la normativa vigente en la comunidad universitaria pudo influir en la sensibilización del problema y en consecuencia expresar durante la aplicación de la encuesta.

El estudio debe considerarse las siguientes limitaciones. La selección no aleatoria de la muestra que resultó mayor cantidad de participantes procedentes de la escuela de enfermería. Por otro lado, no se especificó el periodo ni el

lugar de ocurrencia del AS y pudo corresponder al pasado antes de ingresar a la universidad o durante el ejercicio de las prácticas pre profesional. Como fortaleza del estudio se puede considerar la participación mayoritaria de estudiantes mujeres procedentes de la facultad de enfermería y es precisamente el AS un problema que afecta fundamentalmente a las mujeres.

Conclusiones

El acoso sexual es un problema muy frecuente en la población universitaria, afecta principalmente a las mujeres estudiantes de enfermería. El contacto físico o tocamientos indebidos, comentarios sobre alguna región corporal y los comentarios sexuales fueron las principales situaciones acosadoras. Se recomienda fortalecer la difusión de información sobre acoso sexual con la finalidad de lograr mayor sensibilidad que permita diferenciar entre el halago y el acoso dentro de una comunidad universitaria.

Referencias bibliográficas

- Gasman N, Villa Torres L, Moreno C, Billings DL. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia sexual. Inf Nac sobre Violencia y Salud* [Internet]. 2013;167–204. Disponible en: http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23947&Itemid=270
- Organización Internacional del Trabajo. *El hostigamiento o acoso sexual* [Internet]. Vol. 4, Género, Salud y Seguridad en el Trabajo. 2012. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227404.pdf
- Keplinger K, Johnson SK, Kirk JF, Barnes LY. Women at work: Changes in sexual harassment between September 2016 and September 2018. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(7):e0218313. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0218313.
- Zeng LN, Zong QQ, Zhang JW, Lu L, An FR, Ng CH, *et al.* Prevalence of sexual harassment of nurses and nursing

- students in China: A meta-analysis of observational studies. *Int J Biol Sci* [Internet]. 2019;15(4):749–56.
5. Sivertsen B, Nielsen MB, Madsen IEH, Knapstad M, Lønning KJ, Hysing M. Sexual harassment and assault among university students in Norway : a cross-sectional prevalence study. *BMJ Open* [Internet]. 2019;9:1–10.
 6. Echeverría Echeverría R, Paredes Guerrero L, Evia NM, Carrillo CD, Kantún MD, Batún JL, *et al*. Caracterización del hostigamiento y acoso sexual, denuncia y atención recibida por estudiantes universitarios mexicanos. *Rev Psicol* [Internet]. 2018;27(2):49–60.
 7. Castaño-castrillón JJ, González EK, Guzmán JA, Montoya JS, Murillo JM, Páez-cala ML, *et al*. Sexual harassment in the University of Manizales ' student community . (Colombia), 2008 . A cross-sectional study. *Rev Colombiana Obstet y Ginecología* [Internet]. 2010;61(1):18–27.
 8. Hersch J. Sexual harassment in the workplace. *Iza World Labor* [Internet]. 2015;(October):1–10. Disponible en: doi: 10.15185/izawol.188.
 9. Clancy KBH, Nelson RG, Rutherford JN, Hinde K. Survey of Academic Field Experiences (SAFE): Trainees report harassment and assault. *PLoS One* [Internet]. 2014;9(7):1–9. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0102172.
 10. Lindquist C, McKay T. Sexual Harassment Experiences and Consequences for Women Faculty in Science, Engineering, and Medicine. 2018;(June):1-6. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0102172.
 11. Houle JN, Staff J, Mortimer JT, Uggen C, Blackstone A. The impact of sexual harassment on depressive symptoms during the early occupational career. *Soc Ment Health* [Internet]. 2011 Jul 1;1(2):89–105. Disponible en: doi: 10.1177/2156869311416827
 12. Merkin RS. The Impact of Sexual Harassment on Turnover Intentions, Absenteeism, and Job Satisfaction: Findings from Argentina, Brazil and Chile [Internet]. Vol. 10, *Journal of International Women's Studies*. 2008. Disponible en: doi: 10.1177/2156869311416827.
 13. McLaughlin H, Uggen C, Blackstone A. The economic and career effects of sexual harassment on working women. *Gender Soc* [Internet]. 2017 Jun 10;31(3):333–58. Disponible en: doi: 10.1177/2156869311416827.
 14. Burn SM. The Psychology of Sexual Harassment. *Teach Psychol* [Internet]. 2019;46(1):96–103. Disponible en: doi: 10.1177/0098628318816183.
 15. Wolff JM, Rospenda KM, Colaneri AS. Sexual Harassment, Psychological Distress, and Problematic Drinking Behavior among College Students: An Examination of Reciprocal Causal Relations HHS Public Access. *J Sex Res* [Internet]. 2017;54(3):362–73. Disponible en: doi: 10.1080/00224499.2016.1143439.
 16. República LCP del C de la. Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual N°27942 [Internet]. Perú, Lima; 2018. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/normatividad/27942_Ley_de_Prevenc_Hostiga.pdf
 17. Bardales y Ortiz. Hostigamiento sexual en mujeres y varones universitarios [Internet]. Lima - Perú; 2012. Disponible en: <http://redin.pncvfs.gob.pe/images/publicacion2/hostigamiento-sexual-en-mujeres-y-varones-universitarios9.pdf>
 18. Jussen L, Lagro-Janssen T, Leenders J, Logie C, Mijdam R. Underreported and unknown student harassment at the Faculty of Science. *PLoS One* [Internet]. 2019 Apr;14(4). Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0215067.
 19. Phillips SP, Webber J, Imbeau S, Quaipe T, Hagan D, Maar M, *et al*. Sexual Harassment of Canadian Medical Students: A National Survey. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2019;7:15–20. Disponible en: doi: 10.1016/j.eclim.2019.01.008.
 20. Mujeres ONU. Análisis Comparado Internacional de la Legislación contra el Acoso sexual en espacios públicos. [Internet]. Primera ed. Ciudad de México.; 2019. Disponible en: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2019/06/analisis-comparado-legislacion>
 21. Henry N, Powell A. Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma, Violence, Abuse*. 2018;19(2):195–208. Disponible en: doi: 10.1177/1524838016650189
 22. Villanueva M. Discrimination, Abuse and Sexual Harassment in a Total Institution: The Secret Life of School Hospitals. 2019;1–35. Disponible en: doi: 10.24201/reg.v5i0.366.

Tuberculosis y su asociación con la infección por VIH en los distritos de Lima Norte

Tuberculosis and its association with HIV infection in the districts of northern Lima

Mauricio-Vásquez Katherine Paola ^{1,a}, Loarte-Cadillo Junnior Nuwton ^{1,a}, Vásquez-Chávez Yesenia Vanesa ^{1,a},
Gómez-Ventura Erick ^{1,a}, Morales Juan ^{1,2,b}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú.

² Centro de Investigación eHealth. Lima, Perú.

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Estudiante de la Escuela de Enfermería.

^b Médico, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina.

Información del artículo

Citar como: Mauricio-Vásquez KP, Loarte-Cadillo JN, Vásquez-Chávez YV, Gómez-Ventura E, Morales J. Tuberculosis y su asociación con la infección por VIH en los distritos de Lima Norte. *Health Care & Global Health*.2022;6(1):33-38.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.113

Autor correspondiente

Katherine Paola Mauricio Vásquez
Email: kathybetmv@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima Perú.
Teléfono: +51 978582601

Historial del artículo

Recibido: 12/04/2022

Aprobado: 15/06/2022

En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

Objetivos: describir la frecuencia y las características de la tuberculosis, así como su asociación con el VIH, en los distritos de Lima Norte entre los años 2013 a 2021. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se utilizó la base de datos de la plataforma web SIGTB del Ministerio de Salud del 2013 al 2021. **Resultados:** Se analizó 22224 casos de tuberculosis (TBC). La mediana de edad de los sujetos estudiados fue de 30 años (Q3=47, Q1=21, IQR=26). De la muestra, el 62,6% (n=13903) era de sexo masculino, 83,1% (n=18476) tenían tuberculosis pulmonar, el 56,6% (n=12571) resultó con baciloscopia positiva, y el 86,9% (n=19304) fue considerado tuberculosis sensible. La coinfección por VIH se presentó en el 6,4% (n=1424), y la mayor parte de los ingresantes al programa fueron casos nuevos. Los casos reactivos a VIH se presentaron principalmente en el grupo de edad de 30 a 49 años, en las personas de sexo masculino, en los casos de tuberculosis pulmonar, y en los sujetos con baciloscopia negativa ($p<0,001$). **Conclusiones:** En los distritos de Lima Norte, ocho de cada 10 casos de tuberculosis tenían afección pulmonar, en su mayoría fueron casos nuevos, con baciloscopia positiva y sensible al tratamiento. La coinfección TBC-VIH tuvo asociación significativa con la edad de 30 a 49 años, sexo masculino y baciloscopia negativa. Se debe fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz en todos los establecimientos de salud.

Palabras clave: Tuberculosis; Infecciones por VIH; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objectives: To describe the frequency and characteristics of tuberculosis, as well as its association with HIV, in the districts of North Lima between the years 2013 to 2021. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study. The database of the SIGTB web platform of the Peruvian Ministry of Health was used, from 2013 to 2021. **Results:** A total of 22224 cases of tuberculosis (TB) were analyzed. The median age of the subjects studied was 30 years (Q3=47, Q1=21, IQR=26). Of the sample, 62.6% (n=13903) were male, 83.1% (n=18476) had pulmonary TB, 56.6% (n=12571) were smear positive, and 86.9% (n=19304) were considered sensitive TB. HIV coinfection was present in 6.4% (n=1424), and most of those admitted to the program were new cases. HIV-reactive cases occurred mainly in the 30-49 age group, in males, in cases of pulmonary tuberculosis, and in smear-negative subjects ($p<0.001$). **Conclusions:** In the districts of northern Lima, eight out of 10 cases of tuberculosis had pulmonary involvement; most were new cases, smear-positive and sensitive to treatment. TB-HIV coinfection was significantly associated with age 30-49 years, male sex and negative smear test. Prevention, diagnosis and early treatment strategies should be strengthened in all health facilities.

Keywords: Tuberculosis; HIV Infections; Peru (Source: MeSH, NLM)



Introducción

La tuberculosis (TBC) es un problema de salud mundial, una enfermedad milenaria que afecta a la humanidad desde hace más de cuatro mil años⁽¹⁾. La TBC es una enfermedad transmisible, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Alrededor de la cuarta parte de la población mundial está infectada con el *Mycobacterium tuberculosis*, es prevenible, y en el 85% de las personas de las personas que desarrollan la enfermedad pueden tratarse exitosamente⁽²⁾. A nivel mundial existe un estimado de 10 millones de casos incidentes de TBC y responsable de la muerte de 1,4 millones de personas⁽³⁾.

Según las regiones geográficas, el Sudeste Asiático y África albergan el 44% y 24% de los casos de TBC, respectivamente; mientras que la Región de las Américas representa el 3% (289 mil casos incidentes), equivalente al 3% de los casos mundiales, de los cuales, el 69% de los casos estimados corresponden en conjunto a Brasil, Perú, México, Haití y Colombia. Los países con las tasas de incidencia más alta son Haití, Perú y Bolivia, con 179, 121, y 105 casos por 100 mil habitantes, respectivamente⁽⁴⁾. La TBC está bien reconocida por su asociación con la pobreza⁽¹⁾.

De todos los casos incidentes de TBC, el 8% eran personas que vivían con el VIH, la coinfección fue más alta en los países de la Región de África, superando el 50% en partes del sur de dicha región⁽²⁾. Se estima que la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) aumenta el riesgo de TBC 20 veces en comparación con las personas seronegativas⁽⁵⁾. También la infección por VIH aumenta el riesgo de TBC resistente a múltiples fármacos (TBC-MDR), la probabilidad de desarrollar TBC-MDR en pacientes infectados por el VIH es 42% más alta que las de las personas sin VIH⁽⁶⁾.

El Perú tiene el 14% de los casos estimados de TBC en la Región de las Américas; Lima Metropolitana y el Callao notifican el 64% de los casos⁽⁷⁾. En Lima Norte, Independencia y Rímac son los distritos de mayor incidencia de tuberculosis⁽⁸⁾. Es posible que la pandemia por COVID-19 haya debilitado los esfuerzos dirigidos hacia el control de la tuberculosis y otros daños a la salud, en este contexto, el presente estudio tiene como objetivo describir la frecuencia y las características de la tuberculosis, así como su asociación con el VIH en los distritos de Lima Norte entre los años 2013 a 2021.

Materiales y métodos

Tipo y diseño de investigación

El estudio es de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo transversal. Se realizó el análisis a partir de los datos de la plataforma web SIGTB utilizado en los establecimientos de salud pertenecientes a Lima Norte.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con TBC diagnosticados y registrados en la plataforma web SIGTB, de los 105 establecimientos de salud de la DIRIS Lima Norte, que comprende los distritos de Ancón, Santa Rosa, Independencia, Los Olivos, Comas, Carabaylo, Puente piedra, Rímac, y San Martín de Porras.

La muestra estuvo compuesta por 23927 casos de TBC registrados en el periodo 2013 al 2021, de los cuales se excluyeron 1703 por las siguientes razones: Uno por no contar datos de localización de la tuberculosis, 77 por no contar con registro de la edad, 224 con prueba de VIH en proceso, 1345 sin registro de VIH (S/R), 24 considerado como VIH no determinado, y 32 sin resultados de BK.

Variables de estudio

Tuberculosis: Sujeto registrado como caso de TBC diagnosticado con cualquier método considerado en el protocolo institucional.

VIH: Sujeto que además de tener diagnóstico de TBC tiene alguna prueba rápida de diagnóstico para VIH. Se consideró reactiva y no reactiva.

Instrumento y procedimiento

Basado en la información del SIGTB se elaboró una matriz de datos en Excel, los cuales fueron exportados al IBM SPSS. Los datos considerados fueron la edad, sexo, localización de la TBC (pulmonar o extrapulmonar), resultados de baciloscopia (BK), tipo de TBC (sensible o resistente), resultado de VIH (reactivo o no reactivo), condición de ingreso, y condición de egreso.

Los datos fueron obtenidos de los informes operacionales registrados en el SIGTB. Se coordinó con el responsable del sistema de información de la plataforma web SIGTB de la dirección de Redes Integradas de Lima Norte.

La gestión para la obtención de los datos se realizó entre los meses de setiembre a octubre del 2021.

Análisis estadístico

Los datos fueron obtenidos en el programa Excel y exportado al IBM SPSS 26. Para la variable edad se determinó la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), se estimó la mediana y el rango intercuartil. Las variables cualitativas, al igual que la edad categorizada, fueron agrupadas y distribuidas en tablas de frecuencias. Se realizó el análisis bivariado entre los resultados de VIH y las variables edad, sexo, localización de la TBC, sensibilidad de la TBC, y los resultados de la baciloscopia. Para evaluar la asociación de las variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado, considerando los valores de $p < 0,05$ como significativos.

Aspectos éticos

Para el tratamiento de los datos personales se cumplió con el proceso de anonimización. Asimismo, el proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N.º 098-2021).

Resultados

De un total de, 23927 casos de tuberculosis, se excluyeron 1703 casos, quedando 22224 casos válidos empleados para el análisis respectivo. Según los distritos de Lima Norte, entre los años 2013 y 2021, Comas y San Martín de Porres son los distritos con mayor número de casos de tuberculosis. En el 2019, todos los distritos, a excepción de San Martín de Porres, mostraron un incremento de casos; sin embargo, en los años 2020 y 2021 todos los distritos presentaron una tendencia decreciente en el número de casos (Tabla 1).

La mediana de edad de los sujetos estudiados fue de 30 años ($p_3=47$, $p_1=21$, rango intercuartilar=26). El grupo de edad predominante fueron de 14 a 29 años y de 30 a 49 años, con una frecuencia de 46,2% ($n=10267$) y 27,9% ($n=6197$), respectivamente. Asimismo; el 62,6% ($n=13903$) eran de sexo masculino, 83,1% ($n=18476$) tenían tuberculosis pulmonar, el 56,6% ($n=12571$) resultó con baciloscopia positiva, y el 86,9% ($n=19304$) fue considerado tuberculosis sensible, la coinfección por VIH se presentó en el 6,4% ($n=1424$), y la mayor parte de los ingresantes al programa fueron casos nuevos (Tabla 2).

Según la reactividad a la prueba de detección del VIH, la mayor frecuencia de casos reactivos se presentó en el grupo de edad de 30 a 49 años, en las personas de sexo masculino, en los casos de tuberculosis pulmonar, y en los sujetos con baciloscopia negativa ($p<0,001$) (Tabla 3).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir la frecuencia y las características de la tuberculosis, así como su asociación con el VIH en los distritos de Lima Norte entre los años 2013 a 2021. Al respecto, Comas y San Martín de Porres fueron los distritos con mayor número de casos de TBC. En el 2019, todos los distritos, a excepción de San Martín de Porres, mostraron un incremento de casos, mientras que en los años 2020 y 2021 todos los distritos presentaron un descenso en el número de casos en relación con los años anteriores.

Si bien es cierto que en términos absolutos los distritos mencionados tienen el mayor número de casos y también son los que tienen mayor población; no obstante, Rímac e Independencia tienen la incidencia más alta⁽⁶⁾. En el Perú, la tasa de incidencia de tuberculosis entre el 2017 y 2019 se incrementó de 85,4 a 88,8 por 100 mil habitantes; en el 2020 dicha tasa descendió a 65,7 por 100 mil habitantes⁽⁹⁾.

Los años 2020 y 2021 en los distritos de Lima Norte el número de casos de TBC tuvieron un descenso y coincide con la tasa nacional, este descenso se debe a que este periodo coincide con la pandemia por COVID-19 que ha motivado que todos los recursos sanitarios sean orientados hacia este problema, en consecuencia quedando la TBC desatendida. Sin embargo, debe considerarse la asociación de COVID-19 y TBC, las personas con COVID-TBC tienen 2,21 y 2,27 veces más probabilidades de morir o desarrollar una enfermedad grave, respectivamente, que los pacientes con COVID-19⁽¹⁰⁾.

La tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva y sensible al tratamiento fue predominante. En nuestro caso, el 83,1% de la TBC fue pulmonar, que resultó mayor en comparación a lo hallado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde el tipo pulmonar estuvo presente en el

Tabla 1. Casos de tuberculosis por distritos de Lima Norte, 2013 a 2021.

| Distrito | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Comas | 78 | 56 | 651 | 679 | 624 | 760 | 812 | 638 | 462 | 4760 |
| San Martín de Porres | 82 | 176 | 710 | 708 | 743 | 694 | 611 | 591 | 429 | 4744 |
| Puente Piedra | 3 | 8 | 361 | 399 | 391 | 453 | 484 | 363 | 307 | 2769 |
| Carabayllo | 24 | 35 | 324 | 350 | 361 | 424 | 434 | 309 | 267 | 2528 |
| Rímac | 6 | 45 | 343 | 390 | 369 | 356 | 400 | 294 | 201 | 2404 |
| Los Olivos | 6 | 58 | 350 | 364 | 357 | 340 | 366 | 287 | 241 | 2369 |
| Independencia | 21 | 2 | 266 | 318 | 332 | 367 | 367 | 270 | 224 | 2167 |
| Ancón | 0 | 1 | 45 | 60 | 57 | 51 | 70 | 57 | 40 | 381 |
| Santa Rosa | 0 | 1 | 15 | 19 | 23 | 9 | 10 | 13 | 12 | 102 |
| Total | 220 | 382 | 3065 | 3287 | 3257 | 3454 | 3554 | 2822 | 2183 | 483 |

Tabla 2. Características generales de la tuberculosis en Lima Norte, 2013 a 2021.

| Características generales | n | % |
|---------------------------|-------|-------|
| Total | 22224 | 100,0 |
| Grupo de edad | | |
| <14 | 774 | 3,5 |
| 14 a 29 | 10267 | 46,2 |
| 30 a 49 | 6197 | 27,9 |
| 50 a 64 | 3006 | 13,5 |
| ≥ 65 | 1980 | 8,9 |
| Sexo | | |
| Femenino | 8321 | 37,4 |
| Masculino | 13903 | 62,6 |
| Localización | | |
| Extrapulmonar | 3748 | 16,9 |
| Pulmonar | 18476 | 83,1 |
| Resultado de BK | | |
| + | 5190 | 23,4 |
| ++ | 3273 | 14,7 |
| +++ | 4108 | 18,5 |
| Negativo | 9056 | 40,7 |
| No realizada | 414 | 1,9 |
| Paucibacilar | 183 | 0,8 |
| Tipo | | |
| Resistente | 2920 | 13,1 |
| Sensible | 19304 | 86,9 |
| VIH | | |
| No reactivo | 20800 | 93,6 |
| Reactivo | 1424 | 6,4 |
| Condición de ingreso | | |
| Abandono recuperado | 962 | 4,3 |
| Fracaso | 16 | 0,1 |
| Fracaso a esquema uno | 225 | 1,0 |
| Fracaso a retratamiento | 18 | 0,1 |
| Nuevo | 19320 | 86,9 |
| Otro | 89 | 0,4 |
| Recaída | 1530 | 6,9 |
| Recaída a Retratamiento | 48 | 0,2 |
| S/R | 16 | 0,1 |
| Condición de egreso | | |
| Abandono | 1838 | 8,3 |
| Curado | 11934 | 53,7 |
| Fallecido | 939 | 4,2 |
| Fracaso | 82 | 0,4 |
| No evaluado | 14 | 0,1 |
| S/R | 5059 | 22,8 |
| Tratamiento completo | 2358 | 10,6 |

62,2%⁽¹¹⁾. La TBC pulmonar con baciloscopia positiva tiene su importancia por ser la más contagiosa y se transmite por el aire al toser, estornudar o hablar⁽¹²⁾.

La coinfección de tuberculosis y VIH se presentó en el 6,4% de los casos y estuvo asociado de manera significativa con el grupo de edad de 30 a 49 años, en los varones, en los casos de TBC pulmonar y en sujetos con baciloscopia negativa. África tiene la frecuencia más alta de coinfección TBC/VIH más alta, donde el 37% (>50% en partes del Sur de África) de los casos de TBC tiene coinfección con el VIH, lo que representa el 75% de los casos de TBC entre las personas que viven con VIH en todo el mundo⁽¹²⁾. En un hospital del Callao, la TBC se encontró en el 4,6% de los pacientes con VIH⁽¹³⁾.

La presencia de VIH puede enmascarar la TBC, puesto que la tos, la disnea y la hemoptisis es menos frecuente en pacientes con baciloscopia negativa en comparación con los que son baciloscopia positiva⁽¹⁴⁾, lo cual puede generar retrasos en la prevención y tratamiento oportuno, en consecuencia un incremento de la transmisión de la TBC. Se considera que para un control efectivo de la TB, el objetivo de retraso del paciente no debe ser más de 2 o 3 semanas⁽¹⁵⁾.

La infección por el VIH aumenta el riesgo de TBC 20 veces en comparación con las personas seronegativas, también la probabilidad de desarrollar TBC-MDR en pacientes infectados por el VIH es 42% más altas que las de las personas sin VIH⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹⁶⁾. Por otra parte, la intervención oportuna resulta beneficioso, los pacientes que tienen coinfección VIH-TBC que reciben TARGA tienen 69% de menos riesgo de mortalidad en comparación a los pacientes que no reciben tratamiento anti-retroviral⁽¹¹⁾.

La tuberculosis en Lima Norte es un problema importante y parece no haber señales claras de reducción. Es una enfermedad que acompaña a la humanidad durante miles de años, por tanto, seguiremos observando la fotografía de siempre que a pesar de los años no cambiará el rostro del problema. Estamos todavía lejos de cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Objetivo 3) que indica que la incidencia de TBC y las tasas de mortalidad deberían reducirse en un 80% y 90%, respectivamente en 15 años. El cual tiene concordancia con la estrategia Fin de la TBC 2016-2035 de la OMS, que requiere una participación muy activa de todos los sectores y socios, desde los funcionarios gubernamentales de más alto nivel hasta la sociedad civil⁽¹⁷⁾.

En el presente estudio debe considerarse las siguientes limitaciones. El análisis se realizó con una fuente secundaria. Los primeros años se han reportado menor número de casos, en parte por la falta de actualización de los datos. Del 2013 al 2021, también se han visto datos faltantes o no reportados como son los resultados de baciloscopia y VIH. Asimismo, las pruebas empleadas para el diagnóstico del VIH fueron pruebas rápidas. Frente a estas limitaciones,

Tabla 3. VIH en pacientes con tuberculosis en Lima Norte, 2013 a 2021.

| Variables | No reactivo | | Reactivo | | p-valor |
|---------------|-------------|------|----------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Total | 20800 | 100 | 1424 | 100 | |
| Edad | | | | | |
| <14 | 766 | 3,7 | 8 | 0,6 | <0,001 |
| 14 a 29 | 9747 | 46,9 | 520 | 36,5 | |
| 30 a 49 | 5498 | 26,4 | 699 | 49,1 | |
| 50 a 64 | 2840 | 13,7 | 166 | 11,7 | |
| ≥65 | 1949 | 9,4 | 31 | 2,2 | |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 8091 | 38,9 | 230 | 16,2 | <0,001 |
| Masculino | 12709 | 61,1 | 1194 | 83,8 | |
| Localización | | | | | |
| Extrapulmonar | 3382 | 16,3 | 366 | 25,7 | <0,001 |
| Pulmonar | 17418 | 83,7 | 1058 | 74,3 | |
| Sensibilidad | | | | | |
| Resistente | 2717 | 13,1 | 203 | 14,3 | 0,197 |
| Sensible | 18083 | 86,9 | 1221 | 85,7 | |
| Baciloscopia | | | | | |
| Paucibacilar | 167 | 0,8 | 16 | 1,1 | <0,001 |
| (+) | 4905 | 23,6 | 285 | 20,0 | |
| (++) | 3142 | 15,1 | 131 | 9,2 | |
| (+++) | 3941 | 18,9 | 167 | 11,7 | |
| Negativo | 8280 | 39,8 | 776 | 54,5 | |
| No realizada | 365 | 1,8 | 49 | 3,4 | |

el presente estudio también revela uno de los problemas que aqueja a la población de Lima Norte y requiere el compromiso de todos los sectores.

Conclusiones

En los distritos de Lima Norte, entre los años 2013 y 2021, Comas y San Martín de Porres son los distritos con mayor número de casos de tuberculosis. En el 2019, todos los distritos, a excepción de San Martín de Porres, mostraron un

incremento de casos; sin embargo, en los años 2020 y 2021 todos los distritos presentaron una tendencia decreciente en el número de casos.

Ocho de cada 10 casos de tuberculosis tenían afección pulmonar, en su mayoría fueron casos nuevos, con baciloscopia positiva y sensible al tratamiento. La coinfección TBC-VIH tuvo asociación significativa con la edad de 30 a 49 años, sexo masculino y baciloscopia negativa. Se debe fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz en todos los establecimientos de salud.

Referencias bibliográficas

- Zaman K. Tuberculosis: A global health problem. *J Heal Popul Nutr* [Internet]. 2010;28(2):111–3. Disponible en: doi: 10.3329/jhpn.v28i2.4879
- World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2021 [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240037021>
- Fukunaga R, Glaziou P, Harris JB, Date A, Floyd K, Kasaeva T. Epidemiology of Tuberculosis and Progress Toward Meeting Global Targets — Worldwide, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(12):427–30.
- Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas. Informe Regional 2019 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8
- Bruchfeld J, Correia-Neves M, Kallenius G. Tuberculosis and HIV coinfection. *Cold Spring Harb Perspect Med* [Internet]. 2015;5(7):1–15. Disponible en: doi: 10.1101/cshperspect.a017871
- Sultana ZZ, Hoque FU, Beyene J, Akhlak-UI-Islam M, Khan MHR, Ahmed S, et al. HIV infection and multidrug resistant

- tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2021;21(1):51. Disponible en: doi: 10.1186/s12879-020-05749-2
7. Perú OPS. Tuberculosis [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. [cited 2022 Mar 22]. p. 1–3. Disponible en: https://www3.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4075:tuberculosis&Itemid=0
 8. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de Situación de Salud [Internet]. Lima, Perú; 2018. Disponible en: <http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/asis-2018.pdf>
 9. Ministerio de Salud. Sala Situacional [Internet]. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis. [cited 2022 Mar 25]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>
 10. Song WM, Zhao JY, Zhang QY, Liu SQ, Zhu XH, An QQ, et al. COVID-19 and Tuberculosis Coinfection: An Overview of Case Reports/Case Series and Meta-Analysis. *Front Med* [Internet]. 2021;8:657006. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.657006>
 11. Gamboa-Acuña B, Guillén-Zambrano RE, Lizzetti-Mendoza G, Soto A, Lucchetti-Rodríguez A. Factores asociados a sobrevida en pacientes con co-infección VIH-TBC en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Perú, durante los años 2004-2012. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2018;35(1):41–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000100041>
 12. Glaziou P, Sismanidis C, Floyd K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis. *Cold Spring Harb Perspect Med* [Internet]. 2015;5(2):a017798. Disponible en: doi: 10.1101/cshperspect.a017798
 13. Cáceda-Dávila J, Vera-Chozo G, Marreros-Maldonado RR, Pérez-Delgado Y, Córdova-Limache M, Reyes-Terrones M, et al. Evolución de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un Hospital del Callao. *Heal Care Glob Heal* [Internet]. 2019;3(2):81–5. Disponible en: doi: 10.22258/hgh.2019.32.62
 14. Campos LC, Vieira Rocha MV, Cunha Willers DM, Silva DR. Characteristics of patients with smear-negative pulmonary tuberculosis (TB) in a region with high TB and HIV prevalence. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(1):e0147933. Disponible en: doi:10.1371/journal.pone.0147933
 15. Sreeramareddy CT, Panduru K V., Menten J, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: A systematic review of literature. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2009;9:1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-91>
 16. Teweldemedhin M, Asres N, Gebreyesus H, Asgedom SW. Tuberculosis-Human Immunodeficiency Virus (HIV) co-infection in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2018;18(1):676. Disponible en: doi: 10.1186/s12879-018-3604-9
 17. Lönnroth K, Raviglione M. The WHO's new end tb strategy in the post-2015 era of the sustainable development goals. *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet]. 2016;110(3):148–50. Disponible en: doi:10.1093/trstmh/trv108.

Riesgo de diabetes mellitus en residentes de una zona urbano marginal de Lima Norte

Diabetes mellitus risk among residents of a marginal urban area of northern Lima

Jara-Arellano, Lucy Teodora ^{1,a}, Duran-Fabian, Rosa María ^{1,a}, Navarro-De la Cruz, Carina ^{1,a}, Fatama-Valdez, Max Eduard ^{1,a}, Puchuri-Valdez, Josefina Maricruz ^{1,a}, Bajonero-Cespedes, Mariana ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima, Perú.

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería

Información del artículo

Citar como: Jara-Arellano LT, Duran-Fabian RM, Navarro-De la Cruz C, Fatama-Valdez ME, Puchuri-Valdez JM, Bajonero-Cespedes M. Riesgo de diabetes mellitus en residentes de una zona urbano marginal de Lima Norte. *Health Care & Global Health*.2022;6(1):39-41.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.115

Autor corresponsal

Lucy Jara Arellano
Email: lucyjararellano@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.
Teléfono: +51 968890583

Historial del artículo

Recibido: 11/06/2022
Aprobado: 23/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declaran no tener conflictos de interés.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo explorar el riesgo de diabetes mellitus en los residentes de una zona del distrito de Comas. En la población estudiada, el riesgo de diabetes mellitus es muy frecuente. El riesgo alto y muy alto se presentaron en sujetos con sobrepeso y obesidad; de manera similar, el riesgo alto se observó a mayor edad; sin embargo, el riesgo muy alto se presentó en sujetos más jóvenes.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Medición de Riesgo; Población; Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The study aimed to explore the risk of diabetes mellitus in residents of an area of the district of Comas. In the population studied, the risk of diabetes mellitus is very frequent. High and very high risk were present in overweight and obese subjects; similarly, high risk was observed at older age; however, very high risk was present in younger subjects.

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2; Risk Assessment; Población; Peru (Source: MeSH, NLM).

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad que ha venido aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos, entre los años 2000 y 2016, las tasas de mortalidad prematura por diabetes aumentaron en un 5%. Se le atribuye como causa directa de al menos 1,5 millones de defunciones, además, de todas las muertes por diabetes, el 48% ocurrió antes de los 70 años de edad⁽¹⁾. La diabetes tipo 2 ocupa el séptimo lugar entre las principales causas de discapacidad y años de vida perdidos (DALY). El inicio de la enfermedad es algo más temprana entre los hombres y la prevalencia se incrementa con el aumento de la edad, la incidencia alcanza su punto máximo entre los 55 y los 59 años⁽²⁾.

La diabetes mellitus tipo 2(DM2) tiene un componente genético; sin embargo, los factores de estilo de vida son de gran importancia, entre ellos el sedentarismo, la inactividad física y el consumo de alcohol. Asimismo, la obesidad es el factor de riesgo más importante para la DM2⁽³⁾. Determinadas condiciones de riesgo compatibles con la diabetes son frecuentes observar en el entorno comunitario; por ello, el presente estudio tuvo como objetivo explorar el riesgo de diabetes mellitus en los residentes de una zona del distrito de Comas.

Métodos

Estudio descriptivo transversal. Participaron adultos de ambos sexos, residentes en la Urbanización San Carlos, perteneciente a la zona ocho del distrito de Comas, ubicado al Norte de Lima. Participaron 506 personas elegidas de manera aleatoria,



la recolección de datos se realizó a los residentes de varias manzanas, usuarios y trabajadores del mercado de la zona. La recolección de datos se realizó en noviembre del 2021. El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades (Acta CEI N.º 085-2021).

La variable de estudio fue el riesgo de diabetes, referido a la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) a los 10 años(4). El instrumento utilizado para evaluar el riesgo de DM2 fue el cuestionario FINDRISK, considerándose las siguientes categorías: bajo riesgo (< 7), levemente elevado (7 a 11), moderadamente elevado (12 a 14), alto (15 a 20) y muy alto (mayor de 20)(6).

Resultados

De los 506 participantes de ambos sexos, dos fueron excluidos debido a datos incompletos. La edad mediana fue de 51 años (Q3: 62, Q1=39). De la muestra, el 51,2% (n=259) fueron mujeres y el resto varones; el 36,1% (n=182) tenían menos de 45 años de edad y la fracción restante 45 a más años de edad. Según el índice de masa corporal (IMC), el 55,2% (n=278) eran obesos y el 29% (n=146) presentaban sobrepeso.

Respecto al riesgo de diabetes, el 21% (n=106) presentó bajo riesgo, 15,7% (n=79) riesgo aumentado, 19,6% (n=99) riesgo moderado, 38,5% (n=194) riesgo alto, y 5,2% (n=26)

riesgo muy alto. La mayor proporción de riesgo alto se presentó a mayor edad, mientras que la mayor proporción de riesgo muy alto se observó a menor edad ($p=0,006$). Asimismo, el riesgo alto y muy alto se presenta con una frecuencia mayor en sujetos con sobrepeso y obesidad ($p<0,001$) (Tabla 1).

Discusión

En el presente estudio se encontró una alta frecuencia de riesgo de diabetes mellitus. Los factores asociados al riesgo de diabetes fueron la edad y el incremento del índice de masa corporal.

Los hallazgos del presente estudio son concordantes con la literatura que mencionan que el riesgo de diabetes aumenta significativamente en individuos que tienen un IMC superior a 29. El riesgo de DM aumenta hasta 38,8 veces (IC 95%: 31,9 a 47,2) para una persona que tiene un IMC superior a 34,9(6).

Las personas de edad avanzada tienen mayor riesgo de desarrollar DM2, entre los mecanismos involucrados se menciona el aumento de la inflamación crónica, el aumento de la acumulación de grasa corporal, los cuales conducen a la resistencia a la insulina(6). En nuestro estudio se encontró una frecuencia importante de riesgo muy alto, lo cual es concordante con los estudios. Los pacientes con inicio de

Tabla 1. Riesgo de diabetes mellitus en residentes de una zona urbano marginal de Lima Norte, 2021.

| Variables | Total | | Bajo | | Aumentado | | Moderado | | Alto | | Muy alto | | p-valor |
|---------------|-------|------|------|------|-----------|------|----------|------|------|------|----------|------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Total | 504 | 100 | 106 | 100 | 79 | 100 | 99 | 100 | 194 | 100 | 26 | 100 | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | |
| Femenino | 259 | 51,2 | 57 | 53,8 | 38 | 48,1 | 51 | 51,5 | 104 | 53,6 | 9 | 34,6 | 0,420 |
| Masculino | 245 | 48,6 | 49 | 46,2 | 41 | 51,9 | 48 | 48,5 | 90 | 46,4 | 17 | 65,4 | |
| Edad (años) | | | | | | | | | | | | | |
| < 45 | 182 | 36,1 | 55 | 51,9 | 26 | 32,9 | 38 | 38,4 | 52 | 26,8 | 11 | 42,3 | 0,006 |
| 45 a 54 | 103 | 20,4 | 14 | 13,2 | 20 | 25,3 | 24 | 24,2 | 39 | 20,1 | 6 | 23,1 | |
| 55 a 64 | 111 | 22,0 | 19 | 17,9 | 13 | 16,5 | 22 | 22,2 | 54 | 27,8 | 3 | 11,5 | |
| ≥ 65 | 108 | 21,4 | 18 | 17,0 | 20 | 25,3 | 15 | 15,2 | 49 | 25,3 | 6 | 23,1 | |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | | |
| Soltero(a) | 99 | 19,6 | 24 | 22,6 | 20 | 25,3 | 19 | 19,2 | 32 | 16,5 | 4 | 15,4 | 0,113 |
| Conviviente | 145 | 28,8 | 32 | 30,2 | 23 | 29,1 | 32 | 32,3 | 47 | 24,2 | 11 | 42,3 | |
| Casado(a) | 219 | 43,5 | 46 | 43,4 | 26 | 32,9 | 44 | 44,4 | 95 | 49,0 | 8 | 30,8 | |
| Divorciado(a) | 10 | 2,0 | 1 | 0,9 | 4 | 5,1 | 0 | 0,0 | 5 | 2,6 | 0 | 0,0 | |
| Viudo(a) | 31 | 6,2 | 3 | 2,8 | 6 | 7,6 | 4 | 4,0 | 15 | 7,7 | 3 | 11,5 | |
| IMC | | | | | | | | | | | | | |
| Delgadez | 4 | 0,8 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | 1 | 1,0 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | <0,001 |
| Normal | 76 | 15,1 | 42 | 39,6 | 12 | 15,2 | 7 | 7,1 | 15 | 7,7 | 0 | 0,0 | |
| Sobrepeso | 146 | 29,0 | 37 | 34,9 | 29 | 36,7 | 28 | 28,3 | 48 | 24,7 | 4 | 15,4 | |
| Obesidad | 278 | 55,2 | 27 | 25,5 | 36 | 45,6 | 63 | 63,6 | 130 | 67,0 | 22 | 84,6 | |

diabetes en los grupos de edad más jóvenes (≤ 40 años y 41-50 años) es significativamente mayor, casi el doble en comparación con los grupos de mayor edad (51 a ≥ 70 años)⁽⁷⁾.

La obesidad y el sobrepeso son muy frecuente en la población estudiada, los cuales tienen que ver con los estilos de vida. Un patrón de estilo de vida saludable podría reducir el riesgo de DM2⁽⁸⁾.

En conclusión, el riesgo de diabetes mellitus es muy frecuente en los sujetos estudiados. El riesgo alto y muy alto se presentaron en sujetos con sobrepeso y obesidad; de manera similar, el riesgo alto se observó a mayor edad; sin embargo, el riesgo muy alto se presentó en sujetos más jóvenes. El estudio muestra uno de los problemas más importantes de nuestro país, por tanto, merece fortalecer las medidas de prevención sanitaria dirigida a los estilos de vida.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Khan M, Hashim M, King J, Govender R, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes – Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *J Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2020;10(1):107–11. Disponible en: doi: 10.2991/jegh.k.191028.001
3. Wu Y, Ding Y, Tanaka Y, Zhang W. Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. *Int J Med Sci* [Internet]. 2014;11(11):1185–200. Disponible en: doi: 10.7150/ijms.10001
4. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score. *Diabetes Care* [Internet]. 2003;26(3):725–31. Available from: <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725>
5. Ocampo DF, Mariano HJ, Cuello KL. Uso del instrumento FINDRISK para identificar el riesgo de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Repert Med y Cirugía* [Internet]. 2019;28(3):157–63. Disponible en: doi: 10.31260/RepertMedCir.v28.n3.2019.956
6. Ismail L, Materwala H, Al Kaabi J. Association of risk factors with type 2 diabetes: A systematic review. *Comput Struct Biotechnol J* [Internet]. 2021;19:1759–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.csbj.2021.03.003>
7. Aravinda J. Risk factors in patients with type 2 diabetes in Bengaluru: A retrospective study. *World J Diabetes* [Internet]. 2019;10(4):241–8. Disponible en: doi: 10.4239/wjd.v10.i4.241
8. Bellou *et al.* Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(3):e0194127. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0194127.

Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción

Passive and active suicidal ideation: a brief description

Baños-Chaparro Jonatan ^{1,a}

¹ Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

^a Psicólogo clínico. Magister en Educación con mención en Docencia e Investigación Universitaria

Información del artículo

Citar como: Baños-Chaparro J. Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. *Health Care & Global Health*. 2022;6(1):42-45.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.111

Autor corresponsal

Jonatan Baños-Chaparro
Email: banos.jhc@gmail.com
Dirección: Av. Tomás Marsano 242, Surquillo. Lima, Perú.
Teléfono: (511) 513 - 6300

Historial del artículo

Recibido: 17/03/2022
Aprobado: 03/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

En el proceso de evaluación, los profesionales de salud frecuentemente evalúan la presencia de ideación suicida para descartar cualquier riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, es necesario comprender que la ideación suicida no es constructo estático. Por el contrario, es ambivalente y difiere en su gravedad desde la ideación suicida pasiva hasta la ideación suicida activa. Dado que la probabilidad de una conducta suicida puede suceder debido a la gravedad de la ideación suicida, se ha destacado principalmente la evaluación de ideación suicida activa. No obstante, las investigaciones recientes indican una alta prevalencia de ideación suicida pasiva en muestras clínicas y población general. Por ello, el objetivo del manuscrito es realizar una breve descripción de la ideación suicida pasiva y activa, como también su comorbilidad con otros desórdenes emocionales. En ese sentido, se aborda de manera conceptual ambos tipos de ideación suicida y su importancia de evaluación en la práctica profesional. Aunque la detección de ideación suicida pasiva puede brindar un espacio de estrategias de prevención, no debe subestimarse para un seguimiento y evaluación más exhaustiva, dado que aquellas ideas pasivas pueden convertirse rápidamente en activas. Por ello, se recomienda a los profesionales de la salud que evalúen en conjunto la ideación suicida pasiva y activa, para una adecuada exploración del riesgo de suicidio.

Palabras clave: Ideación Suicida; Salud Mental; Suicidio; Evaluación de Resultados y Procesos, Atención Sanitaria (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

In the assessment process, health professionals often evaluate for the presence of suicidal ideation to rule out any risk of suicide attempt. However, it is necessary to understand that suicidal ideation is not a static construct. On the contrary, it is ambivalent and differs in severity from passive suicidal ideation to active suicidal ideation. Because the likelihood of suicidal behavior may occur due to the severity of suicidal ideation, the assessment of active suicidal ideation has been primarily emphasized. However, recent research indicates a high prevalence of passive suicidal ideation in clinical samples and in the general population. Therefore, the aim of the manuscript is to provide a brief description of passive and active suicidal ideation, as well as its comorbidity with other emotional disorders. In that sense, both types of suicidal ideation and their importance of assessment in professional practice are conceptually addressed. While the detection of passive suicidal ideation may provide a venue for prevention strategies, it should not be underestimated for more comprehensive follow-up and assessment, as such passive ideation can quickly become active. Therefore, it is recommended that health care professionals assess passive and active suicidal ideation together for adequate suicide risk exploration.

Keywords: Suicidal Ideation; Mental Health; Suicide; Outcome and Process Assessment, Health Care (Source: MeSH, NLM).



Introducción

Las muertes por suicidio son el resultado de una interacción de factores de riesgo psicológicos, clínicos (enfermedades crónicas), sociales y culturales, demostrando que un solo factor no es suficiente para explicar o causar el suicidio ⁽¹⁾. Aunque predecir una muerte por suicidio es un desafío en la población general y grupos vulnerables, los investigadores del campo de la suicidología (disciplina científica que estudia el suicidio y su prevención) han realizado varios esfuerzos para comprender el fenómeno complejo y heterogéneo de las conductas suicidas, no solamente en relación con los métodos utilizados, sino también en el proceso que conduce a la emisión de aquella conducta ⁽²⁾. Shneidman indicaba que previamente a una muerte por suicidio, el individuo durante las primeras fases explora diversas opciones. En este proceso, el suicidio es una opción y se rechaza varias veces. Sin embargo, cuando la angustia y el dolor psicológico se vuelven intolerable y, no se encuentra una respuesta a este sufrimiento, el suicidio se contempla como una solución ⁽³⁾.

Por tanto, el individuo comienza a presentar ideas acerca de la muerte de manera pasiva o activa, planificar el escenario para tal acontecimiento y posteriormente pretender un intento de suicidio (Figura 1).

En ese sentido, el individuo desea escapar del sufrimiento, no de la vida. Si tal sufrimiento se disminuye, entonces el individuo desearía continuar con su vida. Por ello, el tratamiento terapéutico de la ideación suicida se enfoca en mantener a la persona segura mientras se resuelven los problemas subyacentes. Para cumplir este propósito, el psicólogo debe establecer una relación respetuosa y compasiva, tener presente las particularidades de sufrimiento del individuo y buscar cualquier solución viable para aliviar tal sufrimiento ⁽⁴⁾. En esta etapa, también es recomendable preguntar sobre conductas suicidas de manera directa, con el propósito de indagar si existen conductas de riesgo presentes o a través de las puntuaciones de autoinformes, para obtener información adicional a la entrevista ⁽⁵⁾.

En el proceso de evaluación, frecuentemente los profesionales de la salud evalúan la presencia de ideación suicida para descartar cualquier riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, es necesario comprender que la ideación suicida no es constructo estático. Por el contrario, es ambivalente y difiere en su gravedad desde la ideación suicida pasiva (deseos generales de estar muerto) hasta la ideación suicida activa (pensamientos específicos de quitarse la vida o planificación) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Dado que la probabilidad de una conducta suicida puede suceder debido a la gravedad de la ideación suicida, se ha destacado principalmente la evaluación de ideación suicida activa. No obstante, un reciente metanálisis indica que la prevalencia de por vida de ideación suicida pasiva en muestras clínicas (47,3%) y población general (10,6%) fueron altas. Además, se evidenció que entre ambos tipos de ideación (pasiva y activa), existen similitudes de comorbilidad psiquiátrica, factores psicológicos e intentos de suicidio ⁽⁷⁾.

Por lo tanto, para evaluar adecuadamente el riesgo de suicidio. Las investigaciones sugieren incluir la evaluación de ideación suicida pasiva en la práctica profesional ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Explorar en conjunto la ideación suicida pasiva y activa es recomendable para avanzar en la detección e intervención terapéutica, pero es fundamental que los profesionales de la salud comprendan conceptualmente cada tipo de ideación suicida. Por ello, el objetivo del manuscrito es realizar una descripción de la ideación suicida pasiva y activa, como también su comorbilidad con otros desórdenes emocionales.

Ideación suicida pasiva

La literatura científica generalmente conceptualiza la ideación suicida pasiva como los deseos de morir ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Este tipo de deseos no involucra un plan o intención de suicidio, sino más bien, una ambivalencia de pensamientos acerca de la propia muerte. De manera específica, el individuo puede declarar el deseo de morir mientras duerme, en algún tipo de accidente o de desarrollar alguna enfermedad terminal ⁽⁹⁾. También puede indicar que no vale la pena vivir, no despertar nunca más y otras declaraciones similares.

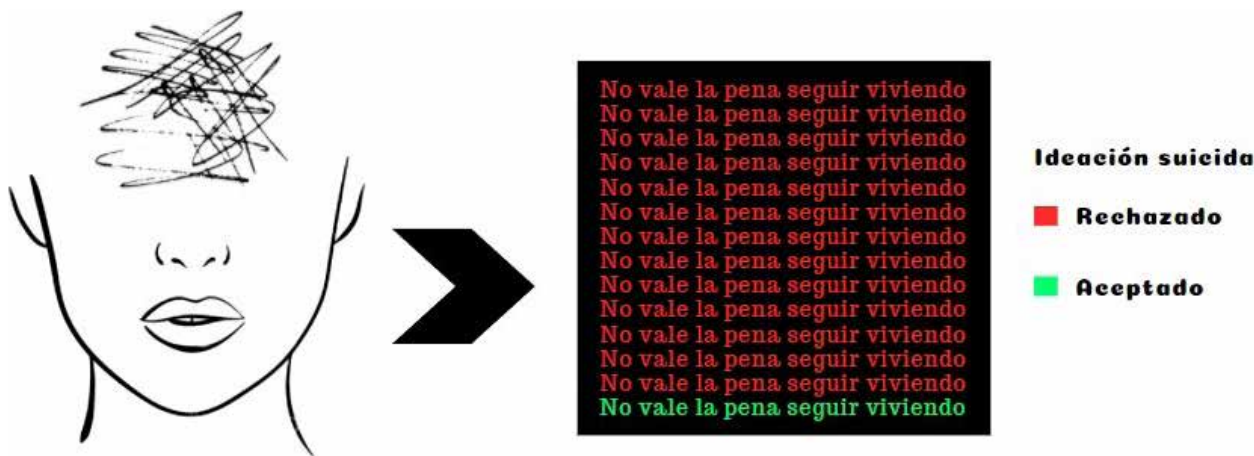


Figura 1. Proceso exploratorio de ideación suicida.

Aunque estos tipos de deseos pueden ser subestimados por los profesionales de la salud al considerar que carece de un plan o intento de suicidio, tales deseos pueden ser tan importantes como los pensamientos específicos de ahorcarse o utilizar algún arma de fuego⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. La ideación suicida pasiva ha sido considerada como una conducta de menor riesgo y, por lo tanto, ha recibido poca atención en la investigación clínica. Sin embargo, la ideación suicida pasiva puede considerarse una equivalencia psicológica de la ideación suicida activa, dado que el propósito es el mismo: acabar con la vida⁽⁷⁾⁽⁹⁾.

La comorbilidad de la ideación suicida pasiva ha sido documentada y mayormente está relacionada con los síntomas depresivos, ansiedad, estrés, psicosis y problemas de consumo de alcohol⁽⁷⁾⁽¹¹⁾. La literatura también indica que la desesperanza, soledad y riesgo de intento de suicidio son factores potenciales. Igualmente, el bajo apoyo social, dolores físicos, reportar un malestar de salud general, carga percibida, pertenencia frustrada e ingresos económicos muy bajos⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Con relación a los factores protectores, la evidencia empírica señala que los individuos tienen menor probabilidad de informar sobre ideas suicidas pasivas cuando presentan una adecuada satisfacción con la vida, participación en actividades físicas, actividad laboral, estar casado o vivir como casado, tener varios hijos y poder disfrutar del tiempo libre⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Por lo tanto, la ideación suicida pasiva debe ser minuciosamente evaluada y considerada en la entrevista e informe clínico. Su identificación invitará a un seguimiento y evaluación más exhaustiva del riesgo de suicidio, dado que aquellas ideas pasivas pueden convertirse repentinamente en activas⁽⁹⁾.

Ideación suicida activa

La ideación suicida activa se define como los pensamientos específicos que involucran la propia muerte, acompañado de planes y métodos para cumplir tal objetivo⁽⁷⁾⁽¹³⁾. Estos tipos de pensamientos pueden ser desde la intención de quitarse la vida hasta la planificación y recursos necesarios sobre cómo lo llevaría a cabo, siendo la expectativa central que la muerte ocurra como consecuencia⁽¹⁴⁾.

Referencias bibliográficas

1. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *J Forensic Sci.* 2017;63(1):162-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13519>
2. O'Connor RC, Portzky G. Looking to the Future: A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention. *Front Psychol.* 2018;9:2139. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>

La literatura ha enfatizado la evaluación e investigación sobre la ideación suicida activa debido a la probabilidad de riesgo de suicidio a corto o largo plazo⁽⁷⁾⁽¹⁴⁾. La naturaleza de la ideación suicida activa puede fluctuar rápidamente entre seguir viviendo y querer morir. En ocasiones, estas fluctuaciones incorporan planes para su desarrollo. Por estas razones, la comunidad científica recomienda registrar las características de las ideas suicidas actuales en términos de frecuencia (varias veces a la semana, todos los días, etcétera), duración (horas, minutos, etcétera), factores desencadenantes (después de discusiones, consumo de alcohol o drogas, etcétera), capacidad de control (por ejemplo, controlable cuando no consume alcohol o drogas, cuando está acompañado, etcétera), acceso a medios letales (armas de fuego, medicamentos, etcétera) y si existe una planificación actual o planes anteriores asociados con un intento de suicidio⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾.

La prevalencia de ideación suicida activa asociada a desórdenes emocionales y físicos ha sido descrita por la literatura. La evidencia sugiere que los síntomas de ansiedad, depresión, consumo de sustancias o alcohol, psicosis, inestabilidad emocional (irritabilidad, ira y agresión), desesperanza, carga percibida, pertenencia frustrada, intentos de suicidio, insomnio, dificultades financieras, estrés, problemas de salud física y bajo apoyo social, son algunos factores vinculados a este tipo de ideación⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Por el contrario, los factores protectores están relacionados con el bienestar de uno mismo, entre los cuales se puede destacar la autoestima, actitud positiva, satisfacción de las necesidades básicas, cuidado personal, trabajo a tiempo completo o parcial, acceso a servicios de salud mental, satisfacción del sueño, autodeterminación, vivir con una o más personas, espiritualidad, apoyo social y resiliencia⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

Conclusiones

La ideación suicida pasiva o activa no es una enfermedad mental, es una conducta inadaptada que amenaza la vida del individuo y que, por lo tanto, debe ser evaluada y abordada clínicamente con suma responsabilidad. Aunque la detección de ideación suicida pasiva puede brindar un espacio de estrategias de prevención, no debe subestimarse para un seguimiento y evaluación más exhaustiva, dado que aquellas ideas pasivas pueden convertirse rápidamente en activas. Por ello, se recomienda a los profesionales de la salud que evalúen en conjunto la ideación suicida pasiva y activa, para una adecuada exploración del riesgo de suicidio.

3. Shneidman ES. *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press; 1996.
4. Pompili M. *Reflections of a Committed Suicidologist*. En: Pompili M. *Phenomenology of Suicide*. Springer; 2018. p. 13-30.
5. Baños-Chaparro J. ¿Preguntar sobre conductas suicidas tiene efectos negativos?: una revisión narrativa basada en evidencia. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2021 [citado 02 Mar 2022]; 25(6):e5166. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5166>
6. Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, Lamas Delgado F, Fuster Guillen FG. Análisis de redes de las conductas suicidas en adultos peruanos. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2021 [citado 02 Mar 2022]; 50(3):e02101450. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1450/1004>
7. Liu RT, Bettis AH, Burke TA. Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: A meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychol Med*. 2020;50(3):367-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S003329171900391X>
8. Baca-García E, Perez-Rodríguez MM, Oquendo MA, Keyes KM, Hasin DS, Grant BF, *et al*. Estimating Risk for Suicide Attempt: Are we Asking the Right Questions? *Passive Suicidal Ideation as a Marker for Suicidal Behavior*. *J Affect Disord*. 2011;134(3):327-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
9. Simon RI. Passive suicidal ideation: Still a high-risk clinical scenario. *Curr Psychiatr*. 2014;13(3):13-5. Disponible en: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/80610/depression/passive-suicidal-ideation-still-high-risk-clinical-scenario>
10. Baños-Chaparro J. Suicidio por arma de fuego: un problema de salud pública. *Medisur* [Internet]. 2021 [citado 07 Mar 2022]; 19(2):342-45. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4973>
11. Sáiz PA, de la Fuente-Tomas L, García-Alvarez L, Bobes-Bascarán MT, Moya-Lacasa C, García-Portilla MP, *et al*. Prevalence of Passive Suicidal Ideation in the Early Stage of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Lockdown in a Large Spanish Sample. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(6):20113421. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/JCP.20113421>
12. Lee S. Passive Suicidal Ideation in Older Adults from 12 European Countries. *J Popul Ageing*. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09350-6>
13. Baños-Chaparro J. Análisis bayesiano de la ideación suicida en adultos peruanos. *Medisan* [Internet]. 2021 [citado 09 Mar 2022]; 25(5):1158. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/san/article/view/3787>
14. Harmer B, Lee S, Duong TV, Saadabadi A. *Suicidal ideation*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
15. Baños-Chaparro J. Síntomas depresivos en adultos peruanos: un análisis de redes. *Rev virtual Soc Parag Med Int*. 2021;8(2):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.02.11>
16. Salceda S, Pérez Suárez L, Rodríguez-Revuelta J, Moya-Lacasa C, Jiménez-Treviño L, Paniagua G, *et al*. Active suicidal ideation one year after the beginning of COVID-19 pandemic in a large spanish sample: risk and protective factors. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021;53(S1):S414-S415. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.533>
17. Elbogen EB, Molloy K, Wagner HR, Kimbrel N, Beckham JC, Van Male L, *et al*. Psychosocial Protective Factors and Suicidal Ideation: Results from a National Longitudinal Study of Veterans. *J Affect Disord*. 2020;260:703-09. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.062>
18. Holman MS, Williams MN. Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Arch Suicide Res*. 2022;26(1):137-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>

Experiencia de un médico como paciente en un hospital del seguro social del Perú

Physician's experience as a patient in a Peruvian Social Security Hospital

Vega-Pizarro, Raúl Enrique ^{1,a}

¹ Dirección Regional de Salud del Callao-DIRESA Callao. Lima, Perú.

^a Médico Cirujano

Información del artículo

Citar como: Vega-Pizarro RE.
Experiencia de un médico como paciente en un hospital del seguro social del Perú. Health Care & Global Health.2022;6(1):46-49.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.116

Autor corresponsal

Raúl Enrique Vega Pizarro
Email: revp71@hotmail.com
Dirección: Mz. TT2 lote 08 Urb. Pro Los Olivos, Lima Perú.
Teléfono: +51 997952945

Historial del artículo

Recibido: 12/06/2022
Aprobado: 22/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

El presente trabajo es un relato de la historia de un paciente médico que contrajo el COVID-19 y que fue atendido en un hospital del seguro social del Perú. Los médicos, como cualquier ser humano, no están libres de enfermedades, pueden caer en el momento menos esperado y terminar en un centro hospitalario como uno de los tantos pacientes. La hospitalización de un ser humano lleva a la movilización de todos los seres queridos, y es cuando conocemos a las demás personas, para el médico hospitalizado puede al mismo tiempo ser una etapa de autodiagnóstico de la relación médico-paciente.

Abstract

this paper is an account of the story of a medical patient who contracted COVID-19 and was treated in a Peruvian Social Security Hospital. Doctors, like any other human being, are not free from illnesses, they can fall at the least expected moment and end up in a hospital center as one of the many patients. The hospitalization of a human being leads to the mobilization of all the loved ones, and it is when we get to know the other people, for the hospitalized physician it can at the same time be a stage of self-diagnosis of the doctor-patient relationship.

Introducción

A nivel mundial, hasta junio del 2022 el COVID-19 ha ocasionado más de seis millones de muertes⁽¹⁾. En el Perú, a la fecha va causando más de 213 mil fallecidos⁽²⁾. Los trabajadores de salud también fueron afectados por la pandemia, en Iberoamérica a la fecha ha provocado la muerte de 4638 médicos, de los cuales 1787 corresponden a México, 893 a Brasil y 572 a médicos peruanos⁽³⁾.

Dado el contexto, el objetivo del presente trabajo es relatar la historia de un paciente médico que contrajo el COVID-19 y que fue atendido en un hospital del seguro social del Perú.

Presentación de la historia

El inicio y diagnóstico de la enfermedad

Recuerdo que un 28 de enero del 2022 me puse mal. Presenté tos, agitación y una saturación de oxígeno por debajo de 90%. En ese momento sentí una tremenda tristeza porque sabía que me estaba complicando. En compañía de un familiar me dirigí a un hospital del Seguro Social (EsSalud), ingresé por el área de Emergencia COVID. Dos días antes tenía mi prueba antigénica positiva realizada en mi centro de trabajo, consideré que los síntomas presentados al inicio pasarían en una semana, ya que tenía las tres dosis de vacuna anti Covid-19. En el Hospital, al verificar los



resultados de la prueba de diagnóstico efectuada en el centro de trabajo, no habían reportado oportunamente y tuvieron que volver a hacer la prueba.

Estuve cuatro días en cuidados intermedios. No recuerdo muy bien todo lo sucedido en ese lapso, pero recuerdo claramente que la relación de mi PaO₂/FiO₂ bajaba día a día, ingresé con 357 y descendió paulatinamente hasta 156, es en ese momento deciden intubarme.

Recuerdo claramente el mensaje por WhatsApp® que me envió un amigo, que él tenía un conocido y contaba con acceso al sistema de información del hospital. El mensaje decía “tu pata tiene el azúcar elevado, encima es obeso, asmático y está contagiado, está cagado”. Yo no padecía de diabetes. En ese momento sentí una tremenda depresión, mis ojos se llenaron de lágrimas, ya no quería hablar ni saber nada de nadie.

Ingreso a cuidados intensivos

Desde el día 02 de febrero que pasé a la unidad de cuidados intensivos (UCI), solo recuerdo que entré a un espacio más privado donde había dos habitaciones y en cada una de ellas había aproximadamente cuatro pacientes. Me tocó un enfermero, se presentó y dijo “soy el Licenciado tal, cualquier cosita me pasas la voz, hoy te voy a cuidar”. No volvía a verlo cerca de mí, más se puso a conversar, bailar, hacer hora, bromear con sus compañeros y se ausentaba por completo. En un momento determinado, escuché que me decían que ya es el momento de la intubación, que la doctora llega en unos instantes. A mí alrededor vi equipos médicos, el coche de paro y la máscara de reanimación, luego ya no recuerdo nada.

Desperté un 13 de febrero y poco a poco recuperé la conciencia, sentía que me bañaban y cambiaban de ropa. En el cambio de guardia de los médicos escuchaba que decían “Paciente viene trasladado del hospital, con diagnóstico de COVID, con neumonía intrahospitalaria y por posible obstrucción intestinal y con pronóstico reservado. Fue descartado posible intervención quirúrgica, ya que habían solucionado el problema. Asimismo, el paciente es re-intubado el día 05 y se ha comenzado con el destete”.

Ocurrencias durante la estadía en cuidados intensivos

Tuve alucinaciones que para mí fueron reales. Escuchaba voces, preguntas e imágenes de episodios de asalto con arma de fuego diciéndome “ya perdiste gordito”, también tuve pensamientos y alucinaciones, siendo protagonista en las guerras con Chile y Ecuador, ver las diferencias de las fuerzas militares. También pude ver a tres enfermeras que se postraron en mi cama para administrarme los medicamentos. En el techo de la habitación se veían letras, luces, colores y se escuchaban canciones.

Un día, a altas horas de la noche, sentí que alguien me agarraba la mano y al abrir los ojos noté que era un médico. La verdad es que siempre veía personas que se acercaban y de lejos me miraban, algunos disimuladamente

me tomaban fotos y era constante, entraban a cada rato con uniforme, pero solo se fijaban en mi cama. Quizás eran los amigos que estuvieron pendientes y de alguna u otra manera se buscaban contactos para mandar imágenes y ver cómo iba evolucionando.

Durante la estancia he recibido una variedad de medicamentos, tales como Vecuronio, Midazolam, Haloperidol, Fentanilo, Quetiapina, antibióticos y otros.

El día 14, día de la amistad, se me vinieron muchos pensamientos y sentimientos. Estaba preocupado y triste, recordaba muchas cosas, sobre todo las cosas buenas, la pena y la angustia se apoderaba de mí y de tanto pensar entré en un sueño profundo. Le decía a Dios, que me ayude y que me dé fuerza, porque Él era el ser Supremo, dueño de todo el Universo y de todas nuestras vidas. En mi caso, rezar era una práctica habitual, siempre al llegar al trabajo rezaba con mis compañeros de guardia y antes de comenzar con las consultas también acostumbraba hacerlo solo.

Atado a una camilla, al cuidado de una enfermera, con un trato amable, responsable y muy comprensiva. Desperté con las ganas de vivir y de luchar y no puedo negar que fui tratado muy bien al igual que el resto de los pacientes. Solo esperaba el día para la desintubación.

Recuerdo un día, durante el cambio de guardia me hacía el dormido y escuchaba todo lo que hablaba el personal de salud, hasta las características del vehículo que deseaba comprarse. Parece que no dormía, veía todo y solamente cerraba mis ojos al ver que el personal se dirigía hacia mi cama. Cuando el personal se iba a cenar me sacaba el oxímetro del dedo y la alarma sonaba, al notar su presencia volvía a colocarme el oxímetro y me hacía al dormido, no pudiendo identificar el origen de la alarma. Al parecer en el reporte diario me describían como paciente tranquilo, estable y dormido.

También debo reconocer la labor de los buenos profesionales. Noté que la enfermera responsable de mi cuidado era la encargaba de informar a mis compañeros y/o conocidos respecto a mi evolución, y también de retransmitir los mensajes provenientes de mis amistades. Después me enteré de que mi hermano le había pedido a una doctora para que haga todo lo posible por mí, a lo que la doctora había respondido “nosotros hacemos todo lo posible por todos los pacientes, a nosotros nos afectaría que un colega nuestro se nos vaya. Así como nosotros, él también salva, vidas. Estamos poniendo el mejor de los esfuerzos para que su hermano esté bien y vuelva con su familia”.

Llegó el día esperado, el 15 de febrero me retiraron el tubo con todo el procedimiento de adaptación. Al final, todo salió bien, estaba feliz. Considero que Dios escuchó las oraciones de todos y las súplicas de la familia, todo valió en los momentos difíciles. Dios puso la mano divina y les dio sabiduría a los médicos, enfermeras, y a todo el personal de salud que lucharon constantemente.

Después de la extubación estuve más tranquilo, solo quedaban los malestares y sensibilidad por todas partes. En una visita del día 16, el médico de turno dijo: Hola, soy el doctor tal, enfatizó ser de padre puneño y madre arequipeña. ¿Tú eres médico?, preguntó, contesté afirmativamente. También respondí satisfactoriamente a todas las preguntas respecto a mi bienestar y con ello indicó a la enfermera traerme algún caldo o un jugo. “De haber tolerancia, retirar todo dispositivos invasivo. Si no hay vómitos y tolera bien quítale todo lo invasivo”. Me quitaron la sonda vesical, nasogástrica, el catéter venoso central y las vías periféricas.

Recuerdo que me bañaban a las 05:00 am y llamaban a esa atención “Confort”. Fue difícil exponer diariamente el cuerpo desnudo al personal responsable del aseo y del cambio de sabana.

Tuve un compañero de habitación. Un paciente mayor y viudo, residente de Ventanilla y teníamos personas conocidas en común. Dirigente político y jugador de fútbol. Presentaba labilidad emocional al hablar, al mismo tiempo gracioso, enamorado y fastidiaba sin limitaciones a todo el personal. Cuando en la visita médica le preguntaban sobre algo, respondía con alguna ocurrencia. Estuvo bajo medicación que lo dejaban dormido y en durante el sueño hablaba con sus hijos, les decían que traigan las maletas y muchas cosas más. La verdad, él estaba despierto y consciente, todo lo que decía era parte de su broma. Le aconsejé que no haga eso porque confundiría a los médicos. Mi compañero también cuestionaba al equipo médico “¿y dónde han estado ustedes que no se ha aparecido toda la noche? Seguro que han estado durmiendo. Así cualquiera trabaja”.

Ingreso a cuidados intermedios

Tuve varias visitas por parte del personal profesional especializado en terapias. Para mí era nuevo porque involucraba una serie de actividades como ejercicios de respiración, movimientos de miembros superiores e inferiores. A los dos días posteriores a la recuperación del estado de conciencia noté que me encontraba escuálido y con limitación funcional en mis extremidades, con dificultades para mantener el equilibrio y deambular, incluso para los ejercicios de respiración. Me dijeron que necesitaba un inspirómetro que es un dispositivo que ayuda la recuperación de la función pulmonar. Disponible en farmacias, pero si uno quería podía adquirir en el mismo hospital. El terapeuta refirió que hay una trabajadora que tiene y lo vende a 20 soles.

Un día, al ver una evolución satisfactoria, el equipo de visita médica decidió el alta; sin embargo, la emoción motivó la necesidad de un electrocardiograma. Afortunadamente todo salió bien. El alta era del servicio, luego tenía que pasar al servicio de hospitalización en medicina para completar el tratamiento. Al preguntar por el servicio de medicina me dijeron que era un servicio tranquilo, solo que tenía que compartir con 20 a 30 pacientes, con una sola enfermera y con camas simples. Fue inolvidable el buen trato que

me tocó el día del alta de cuidados intermedios y pasar a medicina.

Ingreso al servicio de medicina

Después del alta del servicio de cuidados intermedios, en el trayecto cruzamos por varios servicios, pero ya estaba preparado para ingresar al nuevo servicio. En cada entrada me chequeaban, y sabían que el destino era medicina porque ya había una coordinación previa.

El personal de cuidados intermedios me dejó en la puerta de medicina. Ingresé a un ambiente grande y antiguo, con camas y pacientes por todos lados. Me asignaron la cama 69, al llegar me recibió una enfermera e inmediatamente me ordenó que suba a la cama. Mi respuesta fue decirle que no tenía las fuerzas para ponerme de pie ni moverme.

Veía todo extraño y la cama incómoda. En un momento determinado, un médico joven (médico residente) tomó la historia clínica, dio lectura y hablamos algo. El médico residente estaba en preparación para exponer mi caso clínico. Poco después, se acercó otro galeno con mandilón blanco y de apariencia malhumorada que dijo “a qué has venido aquí, tú ya estás de alta”. Le respondí que me transfieren de cuidados intermedios y no me han dejado tratamiento. El médico enfadado dijo “por las puras te mandan aquí”. Solo respondí que vea lo que tiene que hacer. El médico cerró la historia y molesto dijo “mañana te vemos”, y se fue.

Desde ese momento pensé que las cosas ahí no iban a estar bien y tenía el presentimiento de que algo estaba pasando, y sería mejor irme a casa. Recibí un trato inhumano de la mayoría de los trabajadores técnicos y enfermeros, indiferente ante los saludos y solicitudes. Les hablaba, les pedía ayuda reiteradas veces a por lo menos 4 técnicas, pero me ignoraban como si fuese un paciente con enfermedad mental. No podía levantarme por mis propios medios.

Afortunadamente, se me acercó un enfermero y dijo que mejor hable con el médico, porque, aquí en realidad no van a hacer nada, solo terminar con el tratamiento que quedó de cuidados intermedios. Frente a mi incomodidad, una enfermera del turno noche pidió que me tranquilice y dijo que el doctor había indicado que tome alprazolam para controlar mi supuesta ansiedad. Dicho medicamento no hizo ningún efecto.

Por suerte, a la media noche pasó un médico mayor. Le reporté mi caso y lo tomó en cuenta. Mencionó que “lo más lógico es que se vaya a su casa. Mañana, mi colega pasa visita y le diré que ordene tu alta y prepare tu descanso médico”. Al día siguiente me levanté muy temprano, bien aseado y esperando el anhelado día del alta. El médico quien debió darme el alta, era el jefe del servicio de medicina, el mismo que al principio me había tratado mal. Pasaba de cama en cama la visita junto a sus dos médicos residentes y

en el momento que estaba cerca a mí, frente a otro paciente, decía en voz alta "Para qué estudian medicina, si se van a casar pronto, si van a tener hijos. Para qué se meten a hacer algo donde se pueden complicar, si no saben no lo hagan". Sentí una alusión indirecta, porque él sabía que era médico. Mostraba ser un sabelotodo, hablaba y hablaba, ponía en aprietos a los médicos residentes. Luego ocurrió algo inesperado, se pasó a otra cama obviando la mía y me puso al último. Dicha actitud me hizo sentir despreciado en ese momento.

Alta hospitalaria

Ya al día siguiente fui dado de alta y al fin pude sentirme contento porque estaba saliendo de un sitio en el cual no estaba cómodo. Solamente escuché decir en la visita "ya el colega está de alta" vi sonriente al tal Doctor, contento, amable, sonriente; diferente a los días anteriores (quizás sea porque llame a una amiga del Cuerpo Médico y ellos le han llamado la atención), pues eso sí lo pensé y creo que así fue; igual cuando mi hermano vino a recogerme ningún médico se acercó y solo la enfermera de turno muy amable me entregó mis documentos y es ahí donde mi hermano se dio cuenta de que los médicos me habían ignorado por completo.

Estuve 22 días y el mayor parte de ello intubado, salí más tranquilo, pero con una susceptibilidad a todo, me mostraba más sensible, lloraba a cada momento, no podía caminar y me llevaron cargando a mi casa. Mi familia me apoyó en todo, recibía las llamadas de amigos, compañeros, vecinos. En el transcurso de mi recuperación seguía deprimido debido a la mala experiencia; sin embargo, Dios supo guiarme y darme la paz que necesitaba.

Esta vez me tocó ser paciente y pude comprender lo que se siente al otro lado del escenario, la situación es muy

diferente, uno ve de todo y al salir también ves quien está contigo en las buenas y en las malas. La familia es fundamental y reaviva la energía para seguir adelante en esta nueva vida que Dios me brinda.

Reflexiones finales

Los médicos, como cualquier ser humano, no están libres de enfermedades, pueden caer en el momento menos esperado y terminar en un centro hospitalario como uno de los tantos pacientes. La hospitalización de un ser humano lleva a la movilización de todos los seres queridos, y es cuando conocemos a las demás personas, para el médico hospitalizado puede al mismo tiempo ser una etapa de autodiagnóstico de la relación médico-paciente.

Cuando el médico enferma y se ve obligado a aceptar la condición de paciente, experimenta una serie de transformaciones de orden personal, profesional y asistencial⁽⁴⁾. Después de su recuperación, y al retornar a la consulta, generalmente mejora la relación médico-paciente, con una visión más humana del prójimo enfermo⁽⁵⁾.

El hospital, un lugar de recuperación de la salud, en determinados casos puede ser percibido por los pacientes como un centro de trato inhumano. Todos queremos médicos que respeten a las personas, sanas o enfermas, independientemente de quien sean, queremos a médicos que apoyen a los pacientes y a sus seres queridos cuando y donde se necesiten⁽⁶⁾. Sin embargo, encontramos médicos maltratadores, la erosión de los recursos morales de las personas puede llevar a realizar actos inhumanos⁽⁷⁾. No se pretende generalizar a toda la institución, contrariamente, los hospitales del seguro social cuentan con trabajadores de salud que superan las expectativas de los pacientes y merecen todo el reconocimiento.

Referencias bibliográficas

1. WHO. Weekly Epidemiological Update on COVID-19 [Internet]. World Health Organization. 2022 [cited 2022 Jun 12]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---8-june-2022>
2. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 12]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. Colegio Médico del Perú. Médicos fallecidos por COVID-19 en Iberoamérica [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 12]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/medicos-fallecidos-por-covid-19-en-iberoamerica/>
4. Álvarez Escobar M del C. ¿Qué pasa cuando el paciente es el médico? Dilema en la relación médico-paciente. *RevMedElectrón*. 2018;40(2):524-6.
5. Albuja Baca PF. Cuando el médico es el paciente. *Acta méd Peru [Internet]*. 2016;32(3):164. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2015.323.103>
6. Rizo CA, Jadad AR, Enkin M. What's a good doctor and how do you make one? Doctors should be good companions for people. *BMJ*. 2002;325(7366):711.
7. Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Med Educ [Internet]*. 2016;16(1):75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0595-3>

Pautas de redacción científica en ciencias de la salud: Título de la investigación

Guidelines for scientific writing in the health sciences: Title of the research study

Morales Juan ^{1,a}

¹ Universidad de Ciencias y Humanidades. Centro de Investigación eHealth. Lima, Perú.

^a Médico, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina.

Información del artículo

Citar como: Morales J. Pautas de redacción científica en ciencias de la salud: Título de la investigación. Health Care & Global Health.2022;6(1):50-54.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.118

Autor corresponsal

Juan Morales
Email: mdjuanmorales@gmail.com
Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos 15304. Lima, Perú.
Teléfono: +51 989521832

Historial del artículo

Recibido: 21/06/2022
Aprobado: 25/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

La calidad del título de un artículo científico refleja la calidad del artículo y puede ser determinante para la lectura de todo el documento científico. El título descriptivo o neutral es el más recomendado, también tener presente la extensión, sintaxis y la estructura gramatical. La redacción del título puede perfeccionarse a lo largo del proceso de la investigación, durante la redacción del artículo, después del análisis y revisión de los autores. Es importante considerar las observaciones y/o sugerencias después de una revisión crítica de algún investigador voluntario y de los revisores o editores de las revistas. Igualmente, es aconsejable revisar las instrucciones de la revista al cual se desea enviar. En el presente trabajo se ha desarrollado los tipos de título, pautas, consejos útiles y ejemplos de títulos.

Palabras clave: Investigación Biomédica; Proyectos de Investigación; Informe de Investigación; Publicaciones de Divulgación Científica (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

The quality of the title of a scientific article reflects the quality of the article and can be decisive for the reading of the rest of the scientific paper. The descriptive or neutral title is the most recommended, also keep in mind the extension, syntax and grammatical structure. The writing of the title can be perfected throughout the research process, during the writing of the article, after the analysis and revision of the authors. It is important to consider the observations and/or suggestions after a critical review by a volunteer researcher and the reviewers or editors of the journals. It is also advisable to review the instructions of the journal to which you wish to submit. This paper has developed title types, guidelines, useful tips and title examples.

Keywords: Biomedical Research; Research Design; Research Report; Publications (Source: MeSH, NLM).

Introducción

Culminar exitosamente un trabajo de investigación no solamente debe conducir a la obtención de un grado académico, una especialidad, o cualquier otro propósito académico o comercial. Un trabajo de investigación debe comunicarse a la comunidad científica y al público interesado. La comunicación debe hacerse empleando un lenguaje científico y esto puede parecer un obstáculo a la hora de querer publicar.

En la era digital han surgido nuevas alternativas de publicar los resultados de una investigación. En esta oportunidad, nos abocaremos al medio más tradicional, es decir, a la publicación en una revista científica biomédica.

Antes de abocarnos a la redacción del título de la investigación, es necesario reseñar sobre la redacción científica, artículo científico y su respectiva estructura.



Redacción científica

La ciencia ha tenido un crecimiento sustancial en las últimas décadas. En las publicaciones, a veces se exageran los hallazgos científicos o las implicaciones potenciales⁽¹⁾. La redacción científica es la transmisión de una señal al receptor. Las palabras de esa señal deben ser tan claras, sencillas y ordenadas. La redacción científica no tiene necesidad de una decoración ni cabida para ellos⁽²⁾. El objetivo de una buena redacción es hacer que el trabajo del lector sea entendible de la manera más fácil posible. Implica un proceso de aprendizaje y esfuerzo. La escritura clara y convincente hace que la buena ciencia sea más impactante y, por tanto, más valiosa⁽³⁾.

Según Lindsay (citado por Eslava-Schmalbach), la escritura científica forma parte de conjunto de conocimientos que todo investigador debe tener y que aunque el 99% de ellos manifiestan que es parte integral de su trabajo, menos del 5% tiene formación en escritura científica, la fuente de aprendizaje tiene origen en la lectura de los artículos⁽⁴⁾.

Estructura IMRAD

Hasta 1945, los artículos se organizaban de forma más parecida a un capítulo de libro, y no seguían la estructura IMRAD. De 1950 a 1960 se adopta parcialmente la estructura IMRAD y, a partir de 1965, comienza a predominar, alcanzando el liderazgo absoluto en la década de 1980⁽⁵⁾. La estructura IMRYD (IMRAD, en inglés Y=And) corresponde a las iniciales de Introducción, Métodos (Materiales y Métodos), Resultados y Discusión.

Un artículo científico, además de la estructura base IMRYD, cuenta con título, resumen y referencias bibliográficas. En esta oportunidad trataremos respecto a la redacción del título de la investigación.

Redacción del título de la investigación

La calidad del título de un artículo científico refleja la calidad del artículo y puede ser determinante para la lectura del resto del documento científico. Un título deficiente trae consigo una alta probabilidad de rechazo del manuscrito⁽⁶⁾.

El título es uno de los componentes más leídos y utilizados en la búsqueda de información⁽²⁾. El título de un artículo científico biomédico tiene dos funciones principales: a) Presentar el tema principal o el mensaje del artículo, y b) Atraer a los lectores potenciales y despertar su interés para leer el artículo⁽⁷⁾.

La redacción del título se inicia desde el momento de la elaboración del proyecto de investigación y puede perfeccionarse en las distintas etapas, siendo el mejor título el que resulta después de concluir el manuscrito.

Tipos de título

Los títulos pueden ser descriptivos, declarativos o interrogativos⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

- Título descriptivo o neutral: Tiene los elementos esenciales del tema de investigación, es decir, los pacientes/sujetos, el diseño, las intervenciones, las comparaciones/control y el resultado, pero no revela el resultado principal ni la conclusión. Es el título más recomendable.
- Título declarativo: Establece el principal hallazgo del estudio en el título mismo; reduce la curiosidad del lector, puede señalar un sesgo por parte del autor. No recomendable.
- Título interrogativo: Tiene una consulta o la pregunta de investigación. Es más sensacionalista. No recomendable; sin embargo, puede ser apropiado para un artículo de revisión.

Pautas para la redacción de un título

Considerar las siguientes pautas⁽²⁾:

- Extensión: Debe tener el menor número posible de palabras; sin embargo, evitar títulos demasiado cortos o demasiado largos.
- Sintaxis: La mayoría de los errores gramaticales se deben al orden defectuoso de las palabras.
- Estructura gramatical: El título de la investigación es una etiqueta, no una oración gramatical.
- Abreviatura y jerga: Evitar el uso de abreviaturas, fórmulas químicas, nombres patentados, nombres comerciales, jergas, etc.
- Título en serie: Se refiere a la combinación de un título principal y un subtítulo separado por dos puntos. A excepción de algunos casos, se desaconseja un título en serie.

Consejos útiles para la redacción de un buen título

Tener presente los siguientes consejos⁽⁷⁾⁽⁸⁾:

El título debe ser:

- Simple y directo.
- Interesante e informativo.
- Específico, preciso y funcional.
- Conciso, preciso y debe incluir el tema principal.
- No engañoso.
- Breve.
- Libre de palabras superfluas o innecesarias.
- Exento de abreviaturas no estandarizadas o jerga técnica.

El título también puede:

- Incluir el entorno, la población, la intervención, la condición y el diseño.
- Considerar el lugar de estudio y el tamaño de la muestra, si es pertinente o suma al valor científico.
- Incluir las palabras clave.
- Priorizar los títulos descriptivos.

Es recomendable revisar las instrucciones de la revista al cual se desea enviar. Puesto que cada una de ellas tienen parámetros propios de la cantidad de palabras o especificaciones particulares. Puede ser útil dar una mirada a los títulos de los artículos publicados por la revista de nuestro interés. La mayoría considera un máximo de 15 palabras o su equivalente en cantidad de caracteres; no obstante, existen revistas que pueden aceptar mayor número de palabras. Es frecuente que además del título principal, la revista solicite un título corto, de ser el caso puede considerar no más del 50% de la cantidad de palabras del título original.

Las revistas se reservan el derecho de considerar fórmulas, químicas, siglas, nombres comerciales, títulos en serie, entre otros aspectos. También, mencionar que el título puede perfeccionarse a lo largo del proceso de la investigación, durante la redacción del artículo, después del análisis y revisión de los autores. Igualmente, es importante considerar las observaciones y/o sugerencias después de una revisión crítica de algún investigador voluntario y de los revisores o editores de las revistas. Finalmente, como

todo en la vida, la experiencia es fundamental, por ello es recomendable el desarrollo de investigación, la docencia en investigación, participación como revisor de artículos y la lectura de artículos científicos.

El siguiente esquema puede facilitar plantear un título de investigación. Un título resulta de la interacción de las variables involucradas en el estudio, indicador, conector y su complemento (Figura 1).

En la tabla 1 se presentan ejemplos de títulos con una variable de estudio. Es posible prescindir de algunos términos poco relevantes. Tal es el caso del segundo ejemplo, donde se puede prescindir del término “Nivel de”, quedando el título como “Actividad física en pacientes con diabetes mellitus del primer nivel de atención de Lima Norte”. Si se quiere enfatizar la expresión “Nivel de” puede mencionarse en los objetivos del estudio (Tabla 1).

En la tabla 2 y tabla 3 se mencionan ejemplos de títulos con dos y tres variables, respectivamente.

Conclusiones

La calidad del título de un artículo científico refleja la calidad del artículo y puede ser determinante para la lectura del resto del documento científico. El título descriptivo o neutral es el más recomendado, también tener presente la extensión, sintaxis y la estructura gramatical. La redacción del título puede perfeccionarse a lo largo del proceso de la investigación, durante la redacción del artículo, después del

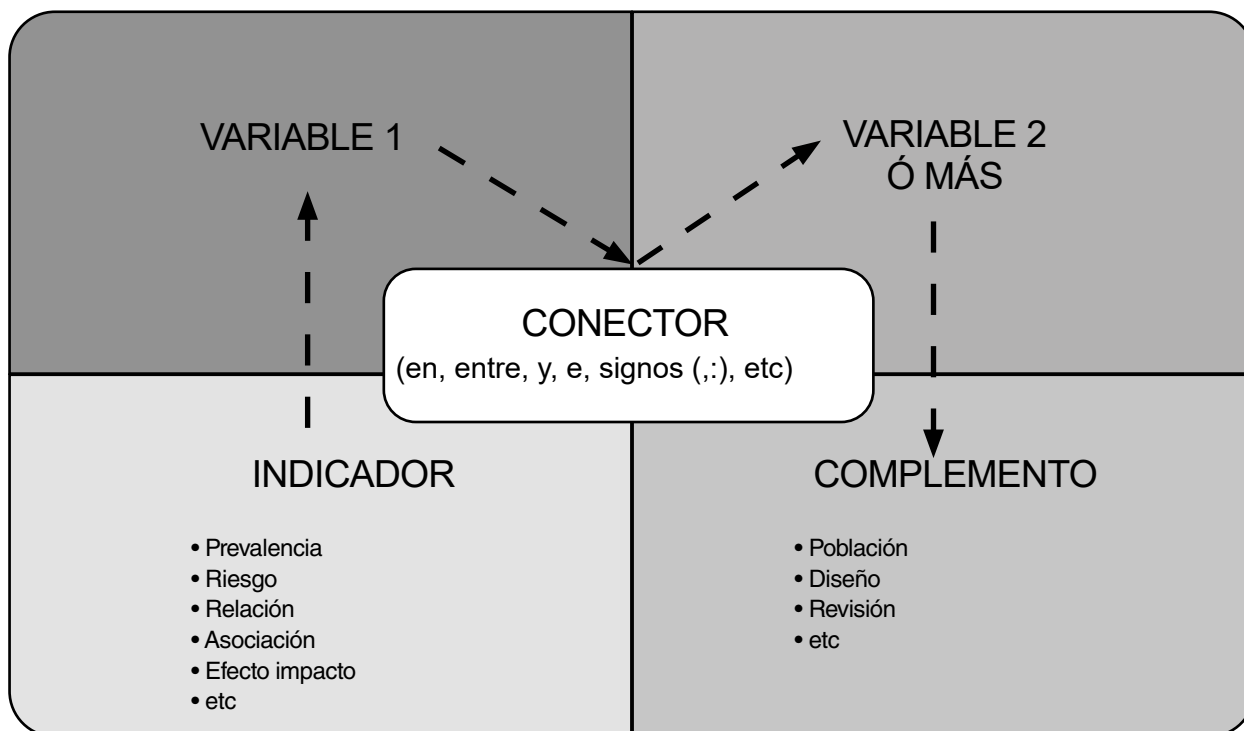


Figura 1. Interacción de variables.

Tabla 1. Ejemplos de títulos con una variable de estudio.

| Indicador (Prevalencia, incidencia, etc.) | Variable de estudio | Conector (En, entre, etc.) | Población, espacio y tiempo |
|---|---------------------------------|----------------------------|--|
| Prevalencia de | ansiedad | entre | estudiantes de universidades públicas de Lima, 2022 |
| Nivel de | actividad física | en | pacientes con diabetes mellitus del primer nivel de atención de Lima Norte |
| Infección | por virus T-linfotrópico humano | en | donantes de sangre en un hospital nacional de Lima |
| Riesgo de | COVID-19 | en | Trabajadores de salud de los hospitales de Lima, Perú. |

Tabla 2. Ejemplos de título con dos variables de estudio.

| Indicador (Prevalencia, incidencia, efecto, relación, asociación, etc.) | Variable de estudio 1 | y en | Variable de estudio 2 | Conector (En, entre, “:”, etc.) | Población, espacio, tiempo, otro complemento |
|---|---------------------------------|------|----------------------------|---------------------------------|--|
| | Trastornos musculoesqueléticos | y | nivel de estrés | en | trabajadores del servicio de transporte público de Lima. |
| Relación/Asociación entre | actividad física | y | calidad de vida | en | estudiantes universitarios de Lima |
| Efecto de | modificación del estilo de vida | en | el control de glicemia | en | pacientes con diabetes mellitus |
| | Consumo de tabaco | y | cáncer pulmonar | : | estudio de casos y controles, Perú. |
| Estudio de casos y controles sobre el | Consumo de tabaco | y | cáncer pulmonar | en | Hospitales del seguro social del Perú. |
| | Diabetes mellitus | y | enfermedades odontológicas | : | epidemiología y mecanismos biológicos/ Revisión sistemática |

Tabla 3. Ejemplos de título con tres variables de estudio.

| Indicador (Prevalencia, incidencia, efecto, relación, asociación, etc.) | Variable de estudio 1 | y , | variable de estudio 2 | y e en | Variable 3 | Conector (En, entre, “:”, etc.) | Población, espacio, tiempo, otro complemento |
|---|-----------------------|-----|-------------------------------|--------|---------------------------|---------------------------------|--|
| | Violencia física | , | psicológica | y | sexual | en | mujeres residentes de un distrito de Lima |
| Prevalencia de la | depresión | , | ansiedad | e | insomnio | en | estudiantes universitarios peruanos |
| Efecto de la | sangre de cuy | y | gomitas de Physalis peruviana | en | la reducción de la anemia | en | niños de Huánuco, Perú |
| | Insomnio | , | depresión | y | ansiedad | en | trabajadores de salud: Revisión sistemática |

análisis y revisión de los autores. Es importante considerar las observaciones y/o sugerencias después de una revisión crítica de algún investigador voluntario y de los revisores o

editores de las revistas. Igualmente, es aconsejable revisar las instrucciones de la revista al cual se desea enviar el manuscrito.

Referencias bibliográficas

- Vinkers CH, Tjink JK, Otte WM. Use of positive and negative words in scientific PubMed abstracts between 1974 and 2014: Retrospective analysis. *BMJ* [Internet]. 2015;351:h6467. Disponible en: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.h6467>
- Day RA. Como escribir y publicar trabajos científicos

- [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica y Técnica* N.º 598. Washington, D.C; 2005. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/como-escribir-escritos-cientificos-2010.pdf>
3. Plaxco KW. The art of writing science. *Protein Sci* [Internet]. 2010;19(12):2261-6. Disponible en: doi: 10.1002/pro.514
 4. Eslava-Schmalbach J, Gómez-Duarte OG. La escritura científica, un aspecto olvidado de la formación profesional. *Rev Colomb Anesthesiol* [Internet]. 2013;41(2):79-81. Disponible en: doi: 10.1016/j.rca.2013.04.001
 5. Sollaci LB, Pereira MG. The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: A fifty-year survey. *J Med Libr Assoc*. 2004;92(3):364-7.
 6. Gjersvik P, Gulbrandsen P, Aasheim E, Nylenna M. Poor title--poor manuscript? *Tidsskr Nor Laegeforen* [Internet]. 2013;133(23-24):2475-7. Disponible en: doi: 10.4045/tidsskr.13.1077
 7. Bahadoran Z, Mirmiran P, Kashfi K, Ghasemi A. The principles of biomedical scientific writing: Title. *Int J Endocrinol Metab* [Internet]. 2019;17(4):e98326. Disponible en: doi: 10.5812/ijem.98326
 8. Tullu MS. Writing the title and abstract for a research paper: Being concise, precise, and meticulous is the key. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019;13(Suppl 1):S12-7. Disponible en: doi: 10.4103/sja.SJA_685_18