



CUIDADO - EDUCACIÓN Y
SALUD

VOL. 7 - NÚM. 1 ENERO - ABRIL 2023

Revista Científica "Conecta Libertad" ISSN 2661-6904

Número actual

Vol. 7 Núm. 1 (2023): Enero-Abril 2023

Revista Conecta Libertad (ISSN 2661-6904), es el órgano científico oficial de difusión del Instituto Superior Tecnológico “Libertad”. Es una revista electrónica de acceso abierto dirigida a profesionales y estudiantes que desarrollan investigaciones en el área de la salud. Su misión es propiciar el intercambio de conocimientos y de experiencias en disciplinas de la salud y afines.

El objetivo editorial de la revista es difundir conocimientos humanísticos, científicos y técnicos referidos al perfeccionamiento del cuidado, la educación, la salud y procesos relacionados. Además, publica investigaciones fundamentadas en la formación, la práctica, la gestión y la promoción de la salud. La periodicidad de publicación de la revista es cuatrimestral, con tres números al año, que son publicados en los meses de abril, agosto y diciembre. Su publicación es totalmente gratuita. La Revista Conecta Libertad está integrada por un Comité Editorial que cuenta con profesionales nacionales e internacionales.

Publicado: 2023-04-29

Tabla de Contenidos

Artículos

Motivación y rendimiento psicológico deportivo en atletas de ultra trail <i>Klever Andrés Villacrés Altamirano</i>	1
Los fisioterapeutas: Alivian Trastornos Musculoesqueléticos y ¿también los padecen? <i>Estefanía Collaguazo Troya1, Yolis Yajaira Campos Villalta</i>	16
La mala praxis médica en cirugías estéticas <i>Nancy Alexandra Jaramillo Gomez, Ricardo Exequiel Álvarez Lagos , Evelyn Vanessa Aguirre Sarango</i>	26
Enfoque de género en el saber y las prácticas en salud ocupacional de médicas y médicos especialistas <i>Ariel David Pérez Galavís</i>	37
Nivel de conocimientos y aplicación del Proceso de Atención en Enfermería en profesionales un hospital público de Loja, Ecuador <i>Bertila Maruja Tandazo Agila1, Carmen Noemí Dávila Chamba2, Iván Enrique Zaquinacula Jiron3, María Gabriela Palacios Padilla4, Lady Diana Cabrera Macas5, Karina Guissella Lima Medina</i>	54

Comité Editorial

Directora de la Revista

Arelys Rebeca Álvarez González

Doctora en Ciencias Pedagógicas

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

direccionrevista@itslibertad.edu.ec

Editor General

Isabel Cristina Meléndez Mogollón

Máster en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

editor@itslibertad.edu.ec

Editor Adjunto

Edgar Edurman García Silvera

Ingeniero Químico PhD. En Ciencias Naturales

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

editor.adjunto@itslibertad.edu.ec

Secretaria del Consejo Editorial

Mercedes Edith Almenaba Guerrero

Ingeniera en Administración de Empresas

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

revista@itslibertad.edu.ec

Administrador del Sistema

Germán O. Freire Villacís

Ingeniero en Ejecución Informática

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

gofreire@itslibertad.edu.ec

Diseñador Gráfico

Alejandro Vilaña

Tecnólogo en Diseño Gráfico y Multimedia

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

alejandro.vilana@itslibertad.edu.ec

Comité Editorial Interno

Amauris Pérez

Máster en Gestión de la Calidad y Ambiental

Instituto Superior Tecnológico Libertad – Quito, Ecuador

aperez4@itslibertad.edu.ec

Comité Editorial Externo

Judith Francisco Pérez

Licenciada en Enfermería

Doctor of Education in Instrucional Technology and Distance Education

Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Quito, Ecuador

Doris María Romero Quiñones

Licenciada en Enfermería

Doctora en Ciencias de la Educación - Buenos Aires, Argentina.

dorisrmr@gmail.com

Betzi Josefina Brizuela de Miquelena

Licenciada en Enfermería

Doctora en Salud PúblicaUniversidad Centroccidental Lisandro Alvarado – Barquisimeto, Venezuela

orianajjb@gmail.com

Sandra Elizabeth Baldeón Baez

Ingeniera Agroindustrial - Máster Universitario en Investigación en Educación. Especialidad en desarrollo y gestión de las organizaciones para el cambio.

Universidad Autónoma de Madrid

Rafael Alejandro Camejo Gimenéz

Licenciado en Enfermería

Doctor en Gerencia Avanzada Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado – Barquisimeto, Venezuela

rafael.camejo@ucla.edu.ve

Jaime Ignacio Fauré Nioles

Licenciatura en Psicología

Magíster en Psicología Educacional Universidad Andrés Bello – Santiago, Chile

j.faurek@gmail.com

Juan Ernesto Pérez Reyes

Doctor en Medicina

Especialista en Oncología Coordinación Nacional de Hospitales. IESS – Quito, Ecuador

juanernesto1976@gmail.com

Indyra Gallard

Licenciada en Enfermería

Máster en Salud Pública y Envejecimiento

Universidad Iberoamericana del Ecuador. Quito-Ecuador

indyraga@gmail.com

Doris Ángel de Díaz

Licenciada en Enfermería

Doctora en Gerencia Avanzada

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado – Barquisimeto, Venezuela

doriangel-81@hotmail.com

María del Carmen Romero Reyes

Obstetra – Partera

Asociación Obstétrica del Uruguay – Montevideo, Uruguay

romeromcarmen@hotmail.com

Belkys Josefina Pereira Cuicas

Doctora en Ciencias de la Educación

Universidad Politécnica Territorial Andrés Eloy Blanco - Barquisimeto, Venezuela

pereirabelkys@gmail.com

Ángel López González

Máster en Investigación Sociosanitaria

Doctor en Investigación Sociosanitaria

Universidad de Castilla - La Mancha, España

angel.lopez@uclm.es

Lisbet Guillén Pereira

Máster en Entrenamiento Deportivo

Doctora en Ciencias de la Cultura Física

Universidad Metropolitana del Ecuador - Quito, Ecuador

guillenp7212@gmail.com

Iris González Morales

Especialista II Grado en Medicina Interna

Máster en Ciencias

Universidad de Ciencias Médicas - Cienfuegos, Cuba

irisgm@infomed.sld.cu

Tatiana Pérez Torriente

Licenciada en Enfermería

Máster en Salud Pública

Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto - Cienfuegos, Cuba

tatianapt@yahoo.es

Summar Alfredo Gómez Barrios

Licenciatura en Educación, Mención Educación Física y Deportes

Maestría en Gerencia Empresarial - PhD en Gerencia.

Director académico del Centro de Investigación y Estudios del Deporte-CIED. Quito - Ecuador

summar.gomez@gmail.com - academico@deportes.ec

Beatriz Emilia Veracoechea

Doctora en Educación. Mención Educación a Distancia y Tecnología Instruccional,

Coordinadora de los Programas de Postgrado en Educación

beatrizveracoechea@uapa.edu.do

Migdali Josefina Giménez Alvarado

Magíster en Salud Pública Materno Infantil

Doctora en Ciencias Gerenciales

gimenezmigdalis@yahoo.com

Verónica Méndez Regueiro

Especialista en Pediatría y Puericultura - Especialista en Medicina del Adolescente - Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud

Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Quito, Ecuador

livemenre@gmail.com

Yanet Blanco Fleites

Maestría en Urgencias Médicas en la Atención Primaria

Doctorado en Ciencias de la Enfermería

UCM-Cienfuegos, Cuba

goveablanco@gmail.com

MSc. Alisva Cárdenas

Economista - Magíster en Gestión de Empresas

Doctora en Ciencias Contables

Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE - Quito, Ecuador

aacardenas@espe.edu.ec

Ana Teresa Berrios

Licenciada en Enfermería

*Doctor of Education in Instrucional Technology and Distance Education Instituto Superior Tecnológico
Tecnoecuatoriano – Quito, Ecuador aberru@istte.edu.ec*

Motivación y rendimiento psicológico deportivo en atletas de ultra trail *Motivation and sports psychological performance in ultra trail athletes*

Klever Andrés Villacrés Altamirano¹

¹ Licenciado en Ciencias de la Educación mención en Cultura Física. Cursante de la Maestría en Psicología con Mención en Actividad Física y del Deporte de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-5081-8041> Klever.av1990@yahoo.es

Resumen

En el deporte no siempre se le atribuye a la motivación la misma importancia que a otros componentes del entrenamiento deportivo. Por ello, varios atletas que poseen capacidades y destrezas físicas para la práctica deportiva no consiguen sus objetivos por falta de preparación o entrenamiento mental. Objetivo: Este trabajo investigativo se desarrolló con la finalidad de determinar la correlación existente entre la motivación y el rendimiento psicológico de atletas de ultra trail en el desarrollo de su actividad deportiva. Metodología: La investigación se fundamentó en un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional y descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de escala de motivación deportiva y el instrumento inventario de ejecución deportivo, en correspondencia con las variables, que se aplicó a 32 atletas que se dedican al ultra trail y forman parte del Club Ecuadoruns, cuyas edades están entre 20 y 60 años. Resultados: Los datos revelaron que los investigados poseen un nivel alto de motivación intrínseca y un nivel de motivación extrínseca medio; su desempeño psicológico es alto. El análisis de datos realizado con la correlación de Pearson (r) dio un valor de 0,009 (bilateral), con lo que se determinó que la correlación es estadísticamente significativa. Conclusión: La motivación influye directamente en el rendimiento psicológico de los investigados.

Palabras clave: ultra trail, rendimiento psicológico, motivación, psicología deportiva.

Abstract

In sports, motivation is sometimes given different importance than other components of sports training. Therefore, several athletes who have physical abilities and skills for sports practice need more preparation or mental training to achieve their goals. Objective: This investigative work was developed to determine the existing correlation between motivation and psychological performance of ultra trail athletes in the development of their sporting activity. Methodology: The research was based on a quantitative, correlational, and descriptive approach. For data collection, the sports motivation scale instrument and the sports execution inventory instrument were used in correspondence with the variables, which were applied to 32 athletes dedicated to ultra trail and part of the Ecuadoruns Club, whose ages are between 20 and 60 years. Results: The data revealed that those investigated have a high level of high intrinsic motivation and a medium level of extrinsic motivation; their psychological performance is increased. The data analysis carried out with the Pearson correlation (r) gave a value of 0.009 (bilateral), with which it was determined that the correlation was statistically significant. Conclusion: Motivation directly influences the psychological performance of those investigated.

Keywords: ultra-trail, psychological performance, motivation, sports psychology.

Introducción

La motivación es el proceso mental que inicia, sostiene o guía el comportamiento de un deportista (entrenamiento, enfoque de la competición, gestión a la adversidad, rendimiento) (Cox, 2019), sin embargo, dada su naturaleza inherentemente abstracta, es una fuerza que a menudo es difícil de explotar por completo.

En el deporte, no siempre se le atribuye la misma importancia a la motivación que a otros componentes del entrenamiento deportivo, por ello, varios atletas que poseen capacidades y destrezas físicas para la práctica deportiva no consiguen sus objetivos por falta de preparación o entrenamiento mental (Baumann, 2018). Por lo general, los deportistas concentran su atención en el entrenamiento físico y dejan de lado el componente psicológico, a pesar de su incommensurable valor en su futuro desempeño psicológico y consecuentemente deportivo (Blynova, 2020).

El ultra trail, es una carrera a pie, que supera las distancias de una maratón común, esta, se realiza generalmente en montañas (Billat, 2020). Debido a las condiciones en las que se realiza el ultra trail, exige del deportista características físicas y psicológicas altamente desarrolladas, la motivación juega un papel esencial, pues constituye la fuente para una serie de comportamientos en función de las exigencias contextuales, de entre las que, el rendimiento psicológico deportivo no escapa (Téllez y Garzón, 2019).

El principal problema en la práctica del trail running, es el nivel de abandono de la prueba por parte de los atletas, aunado al papel trascendental de los factores psicológicos que juegan un en la mayoría de los casos de abandono (Philippe, 2016), problemática que conlleva a buscar qué factor psicológico (tipo de motivación) incide en la toma de decisiones de abandono o de continuación con la prueba por cuanto un alto porcentaje de corredores el terminar la carrera es el principal objetivo (Knechtle, 2014). Las percepciones de éxito en este tipo de carreras difieren según la motivación del atleta al participar en esta prueba deportiva (Waskiewicz, 2019).

Como se menciona, la motivación es un elemento importante en un ultra trail, ya que este, al ser un deporte de resistencia ejerce una influencia al inicio, durante el desarrollo e incluso en el abandono de la competencia (Bravo, 2015). En el Ecuador, existen aproximadamente entre 100 y 5000 deportistas de alto nivel y amateurs respectivamente, en el referido deporte, en su mayoría no alcanzan las metas deportivas planteadas, lo cual, depende de factores físicos, así como también psicológicos (Corzo, 2020). Cabe destacar que, la limitada o incluso falta de preparación psicológica influye en el rendimiento deportivo en cualquier disciplina y particularmente en la que corresponde al objeto de estudio (Turismo, 2018).

En este contexto, Zhang (2021) propuso un esquema en el que exponen que la máxima potencia sostenible, el desgaste energético corriendo y caminando, los factores psicológicos y de motivación son los tres factores principales que determinan el rendimiento en las ultramaratones de montaña, siendo la resistencia una de las características principales que los deportistas deben poseer para correr por la montaña en caminos irregulares y con distancias que sobrepasan los 50km (Dosil, 2017).

Para el éxito del deportista en el desarrollo de sus competencias de ultra trail debe contar con una motivación intrínseca, es decir, el deportista es capaz de realizar su actividad deportiva sin necesidad de un estímulo externo. Por lo tanto, es más tolerante a los resultados negativos en una competencia, es decir, al no necesitar el reconocimiento de los demás seguirá motivado en la práctica de su deporte, como lo dice Ping (2020).

Es necesario sentirse realizado por el mero hecho de ejecutar la actividad y no por el resultado que puedan obtener, el cual sigue siendo una variable que no depende exclusivamente de lo que puedan hacer. Las fuentes de la motivación intrínseca están en cada uno de los deportistas en su equilibrio emocional, sus estrategias, rutinas, razonamiento y otros (Enríquez, 2017).

Por otra parte, la motivación extrínseca también es importante en menor proporción que la motivación intrínseca para los atletas objeto del estudio. En este sentido, un atleta motivado de forma extrínseca es aquel que requiere de recompensas exteriores para continuar con su práctica deportiva. Por ejemplo, ser reconocido por ganar las carreras, este estímulo le permitirá continuar con sus entrenamientos y competencias. Sin embargo, estos estímulos pueden generar cierto tipo de problemas pues gran parte de los mismos están ligados a factores que escapan de su control (Gómez, 2018).

En un estudio realizado para analizar la motivación para correr, las variables predictoras de la carrera y las diferencias de género en corredores de maratón españoles, cuando se administró la prueba de motivación de maratón Scales-34 a 1.226 corredores en 3 maratones, se encontró que la motivación más alta era intrínseca o relacionada con la tarea (importancia de la vida, la autoestima y la orientación hacia la salud), mientras que la más baja era extrínseca o apropiada (Ruiz y Sancho, 2014; Ogles, 2020).

Además, también hubo algunos resultados que no fueron predichos por la hipótesis. Por ejemplo, las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en 4 de las 7 subescalas de motivación. En este caso, el número de días y semanas de entrenamiento y la marca personal estaban débilmente relacionados. También se obtuvieron datos descriptivos amplios y diferencias de género en variables sociodemográficas, de entrenamiento y de desempeño.

Otro estudio realizado por Waśkiewicz et al. (2019), mencionan que en la carrera de ultramaratón la adecuada motivación del atleta es uno de los hitos, no solo durante las carreras, sino también durante los entrenamientos, que son largos y muy agotadores. El objetivo de este estudio fue examinar la relación de la experiencia deportiva y las características de motivación de los ultramaratonistas. Como resultado del estudio se evidenció que los ultramaratonistas obtuvieron puntajes más altos en afiliación (3.55 ± 1.60 vs 3.34 ± 1.62 , $P < 0.05$), vida significada (4.20 ± 1.40 vs 4.03 ± 1.44 , $P < 0.05$) y menor en las áreas de preocupación por el peso (4.33 ± 1.68 vs 4.64 ± 1.65 , $P < 0.01$), logro de objetivos personales (5.09 ± 1.25 vs 4.64 ± 1.65 , $P < 0.001$) y autoestima (4.44 ± 1.36 vs 4.68 ± 1.38 , $P < 0.01$), que los corredores del grupo control.

El número de ultramaratones completados se relacionó negativamente con el logro de objetivos personales, la competencia y la escala de reconocimiento. El nivel de experiencia formativa se correlacionó negativamente con la personal escala de logro de metas en todos los participantes, y con la escala de autoestima en el grupo control (Millet, 2021). En síntesis, los ultramaratonistas tenían diferentes motivaciones en comparación con los corredores de distancia de carrera más corta. Concluyendo así que estos hallazgos deben ser considerados por psicólogos deportivos y otros profesionales en el área deportiva, con el objetivo de desarrollar intervenciones adaptadas al rendimiento para ultramaratonistas.

Por otra parte, el rendimiento deportivo es trascendental para el deportista, y se tiene en cuenta el desempeño de los atletas durante el desarrollo de sus actividades deportivas, sean

estas en entrenamiento o competencia, donde, para obtener un buen resultado, deben seguir una serie de reglas predeterminadas a las cuales se adaptará su organismo (Ruiz, 2014).

Según Téllez y Garzón (2019), existe una influencia de 6 factores en el rendimiento de los atletas de ultra trail:

- 1. Factor Fisiológico:** uno de los aspectos analizados es el vo2Max y el rendimiento en carrera de los atletas, determinando que los deportistas con un mayor vo2Max no siempre se ubican en los primeros lugares en competencia. Por otro lado, el sistema inmunológico de los atletas influye directamente, ya que según varios estudios se muestra que existen afectaciones musculares y esqueléticas.
- 2. Factor Psicológico:** los deportistas están expuestos a diversos cambios en la trayectoria como ambientales, meteorológicos, fatiga, irregularidad del camino entre otros. Por esta razón, el atleta requiere de capacidades psicológicas, siendo la motivación la clave para llevar con éxito su carrera.
- 3. Factor Ambiental:** clima, topografía, altimetría, temperatura, relieve, entre otros, están ligados a la localidad en la que se desarrolla la competencia siendo generalmente desiertos, bosques, llanuras y senderos. Los atletas deben estar preparados para la crisis o situaciones emergentes que pueden desencadenarse.
- 4. Factor Nutricional:** una nutrición e hidratación adecuada es fundamental para el rendimiento y salud de los atletas.
- 5. Factor Entrenamiento:** después de evaluar a 9 corredores de senderos, encontraron que el vo2 máx. era insuficiente o no tenía una correlación porcentual con el rendimiento de carrera, agregando variables como: economía de carrera (re) al 10 % de inclinación e índice de fatiga del 98 %, lo que sugiere que para evaluar de manera más efectiva a los corredores de senderos se deben agregar aspectos específicos del modelo, para mejorar la validez del proceso.
- 6. Factor Biomecánico:** el segmento de subida tiene más impulso debido a que el tiempo de contacto es más largo que el segmento de bajada, lo que produce la fuerza máxima más alta y a otros factores como: cambios en la velocidad de la zancada, el tiempo de contacto, el tiempo de oscilación y la dinámica. Se ha estimado que la velocidad de ascenso, la velocidad de descenso y el porcentaje de grasa corporal predicen el rendimiento en los corredores de ultra trail (Téllez y Garzón, 2019).

Con la finalidad de que los atletas logren un gran desempeño deportivo deben mantenerse alineados al entrenador quien, a su vez, estará vinculado con el psicólogo deportivo, siendo importante la fusión de los dos roles. Un atleta mentalmente fuerte es aquella persona que tiene la capacidad de adaptarse a los cambios que se presenten durante su competencia y se encuentra preparado para enfrentarse a los aspectos emergentes y críticos (Alesi, 2019).

Una vez efectuado el análisis se determina que, a pesar de ser el factor psicológico trascendental, en el rendimiento deportivo de los atletas, son pocos los autores que han decidido realizar estudios que determinen la influencia en el éxito competitivo. Existen estrategias motivacionales para afrontar el ultra trail que benefician a la comunidad deportiva, y particularmente, el presente estudio benefició al club Ecuadoruns y contó con el apoyo de las autoridades de los clubes, entrenadores, organizadores de carreras y deportistas (Theeboom, 2018).

El trail running está ganando cada vez más adeptos debido a la geografía y rutas que posee el Ecuador y es así que varios atletas sobresalen en esta disciplina, incluso logrando participaciones a nivel internacional (Sandoval, 2014). El principal objetivo en el deporte de alto rendimiento es que los atletas rindan al máximo y logren buenos resultados (Gómez et al., 2013). Por ejemplo, la investigación ha demostrado que los atletas con mayor fortaleza mental tienen más confianza en sus habilidades, pueden concentrarse mejor en las actividades diarias, están más motivados y tienen menos dificultades para regular sus estados emocionales (Crust, 2009).

A nivel mundial, el ultra trail se ha convertido en un deporte que reúne grandes masas a nivel competitivo y amateur, logrando así realizar campeonatos mundiales con sedes en diferentes países. Las competencias de este deporte están caracterizadas por sus largas distancias y realizadas en espacios demográficos de alta variación en cuanto a su altimetría, clima, temperaturas altas y bajas en la misma carrera y demás. Por tanto, para tener éxito los atletas deben estar preparados mentalmente. Esto quiere decir que previo a su competencia se desarrollan mejoras en las habilidades psicológicas claves para el rendimiento deportivo como: motivación, atención, estrés, ansiedad y confianza, las mismas que serán aplicadas durante la carrera deportiva. Es así que se llega a la hipótesis de que la motivación tiene asociación significativa con el rendimiento psicológico de los atletas de ultra trail (Valentini, 2018).

En un estudio de Izquierdo et al. (2006) se aplicó el IPED a 196 jugadores de la Federación Interinsular de Fútbol de La Palma (España) para analizar la autoconfianza, el control de afrontamiento negativo, el control atencional, el control visual e imaginativo, el nivel de motivación, el control de afrontamiento positivo y el control actitudinal. Los investigadores encontraron que los jugadores nacionales tenían el nivel más alto de confianza en sí mismos, mientras que los jugadores juveniles tenían menos confianza en sí mismos, lo que estaba relacionado con su menor experiencia de juego y su edad más joven.

Por otro lado, los autores muestran que los jugadores básicos tienen dificultades para hacer frente a la adversidad y que los jugadores motivados por la eficacia atlética se desempeñan mejor que aquellos que solo se preocupan por el éxito. El objetivo del estudio fue validar, en primer lugar, las propiedades psicométricas del Inventario Psicométrico de Ejecución de Ejercicios (IPED) y, en segundo lugar, determinar las fortalezas o debilidades en el perfil psicométrico de kayakistas de aguas tranquilas competitivos en función del sexo, la edad y el número de sesiones de entrenamiento por semana. Para ello se utilizó la versión en español del IPED de Hernández (2006). Los participantes del estudio fueron 258 kayakistas combinados de 14 a 65 años. Los resultados revelaron que la versión en español del instrumento utilizado mostró una validez y confiabilidad aceptables en una muestra de kayakistas. Estos deportistas reflejaban perfiles psicológicos caracterizados por altos niveles de motivación, y el estudio confirmó diferencias significativas en cuanto al sexo y la edad de los participantes, así como el número de sesiones de entrenamiento por semana.

En otro estudio, Álvarez et al. (2014) evaluaron 89 atletas de taekwondo competitivos universitarios (50 hombres y 39 mujeres) de 18 a 34 años. Los investigadores encontraron que todos los atletas tenían un valor aceptable. Además, demostraron que los atletas que participaron en un programa de entrenamiento mental reportaron un mejor control de imágenes visuales, así como un mayor afrontamiento positivo y un mayor control actitudinal que aquellos que no lo hicieron.

Así mismo, es importante definir los constructos que evalúa el Inventario Psicológico de Ejecución Deportiva:

1. Confianza en sí mismo (AC): qué tan seguro está de su capacidad para tener éxito en una tarea determinada. Esta certeza dependerá de la experiencia, los estados fisiológicos y emocionales, y las vivencias en las imágenes de Dosil (2004).
2. Control de afrontamiento adverso (CAN): el dominio de las acciones cognitivas y conductuales que realizan los individuos frente a situaciones motrices adversas. (Csikszentmihalyi, 1992). El grado de control sobre el estado de alerta o disposición para actuar (Abernethy, 1993).
3. El término Control de la Atención (CAT), aunque cercano al concepto de atención, se diferencia en que se refiere al mantenimiento de las condiciones atencionales (Dosil y Caracuel, 2003).
4. Control visuo-imaginativo (CVI): la adquisición de experiencias sensoriales y/o perceptivas a través de procesos controlados que ocurren sin los estímulos externos que realmente los produjeron (Suinn, 1993).
5. Nivel de motivación (LM): el nivel de un proceso interno, externo o híbrido que activa, orienta, dirige y mantiene el comportamiento individual hacia una meta, dándole intensidad y duración (Albo y Nuñez, 2003).
6. Control de afrontamiento positivo (CAP): gestión de las actividades, tanto cognitivas como conductuales, realizadas por los individuos para mantener las condiciones adecuadas de atención y concentración en situaciones motoras favorables (Csikszentmihalyi, 1992).
7. Control actitudinal (CACT): la tendencia a actuar y el control de objetos, personas y categorías de comportamiento en el entorno, así como el grado de reacción a ellos y las consecuencias de su evaluación (Ajzen, 1991).

En tal efecto, el presente trabajo se centró en determinar la correlación entre la motivación y el rendimiento psicológico deportivo de los corredores de ultra trail, ya que, como se describe anteriormente, la motivación es una de las causas de importancia en la mejora en el rendimiento deportivo.

Materiales y métodos

La población participante en la presente investigación corresponde a deportistas entre 20 y 60 años pertenecientes al club Ecuadoruns, ubicado en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha (Matriz), con sucursales en diferentes ciudades del país tales como: Riobamba, Ambato e Ibarra. El club cuenta con alrededor 100 atletas que corren corta, mediana y larga distancia. La investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal, de carácter descriptivo y nivel correlacional.

La muestra se tomó a través del método de muestreo no probabilístico por conveniencia, con un 95% de nivel de confianza y un margen de error 0,05. Se obtuvo una muestra de 32 participantes deportistas del club Ecuadorun. Los datos se recolectaron por medio de la aplicación Google Forms (por cuestiones de pandemia), para luego ser pasados al programa estadístico SPSS versión 28.0, con la finalidad de analizar si existe una correlación entre las variables de motivación y rendimiento psicológico deportivo.

Para la aplicación de los instrumentos de evaluación se tomó una muestra poblacional a través del método de muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser miembro activo del club.
- Encontrarse en permanente entrenamiento durante el proceso investigativo.
- Ser corredor de ultra distancias.

Teniendo en cuenta la naturaleza de las variables para la recolección de datos de la variable motivación se aplicó la Escala de Motivación Deportiva o SMS/EMD (Vallerand, 1995). El cuestionario se compone de 28 ítems y mide 3 factores que son: motivación intrínseca, motivación extrínseca y no motivación. Los tres tipos de motivación (intrínseca, extrínseca y no motivación) difieren en su grado de autodeterminación o autonomía.

Para la variable rendimiento psicológico se utilizó el Examen Psicológico de Rendimiento Deportivo o IPED (Hernández, 2006), que integra las propiedades psicométricas que provienen de dos teorías complementarias, la teoría clásica de los test (TCT) y la teoría de la respuesta al ítem (TRI), a las que se suman las ventajas analíticas de la teoría de la generalización (TG). La combinación de estas teorías garantiza una nueva triple perspectiva analítica y, por tanto, garantías metodológicas indiscutibles.

El cuestionario presentó 42 ítems que miden siete factores: autoconfianza (AC), control del afrontamiento negativo (CAN), control de la atención (CAT), control visual de la imaginación (CVI), nivel de motivación (NM), control de afrontamiento positivo (CAP) y control de actitud (CACT).

Téngase en cuenta que SMS/EMD es un instrumento estandarizado y adaptado a la población latinoamericana con un valor alfa de 0,8468 (Balaguer, 2016); mientras que el IPED es un instrumento que se aplicó para la actividad física, validado para población latinoamericana con un valor alfa de Cronbach correspondiente a 0,816. El análisis de datos se realizó a través de un estudio de correlación de Pearson, en función de las variables motivación y rendimiento Psicológico.

Antes de iniciar la investigación se realizó un trámite administrativo preliminar, por lo que se presentó una solicitud al club ecuatoriano con el objetivo de obtener los permisos necesarios para la realización de la investigación. Luego de la aceptación se realizó una reunión con los participantes en la cual se logró explicar el contenido del estudio y su función, tras lo cual se firma el consentimiento informado.

Es necesario resaltar que se siguió todo el protocolo de bioseguridad y se cumplió con las estipulaciones éticas de resguardar la información codificando a cada uno/una de las/los participantes, para así no develar la identidad.

El proceso que se siguió para obtener los resultados fue, en primer lugar, realizar una estadística descriptiva, para posteriormente aplicar la estadística inferencial, en donde como primer paso se realizó el análisis de normalidad de la distribución de los datos en ambas pruebas. Como la muestra fue inferior a cincuenta integrantes se aplicó Shapiro-Wilk, lo que permitió establecer que los datos sí tienen una distribución normal.

Resultados

A través de las valoraciones realizadas a la población seleccionada se obtuvieron resultados de los niveles y tipos de motivación encontrados en cada uno de ellos. A su vez, se evaluó también el rendimiento psicológico deportivo. Los hallazgos se presentan a continuación:

Tabla 1.

Motivación intrínseca y rendimiento psicológico deportivo

		Media	Desviación estandar	N
MOTIVACIÓN	MI	2,91	,296	32
RENDIMIENTO	AC (autoconfianza)	1,31	,471	32
	CAN: (control de afrontamiento negativo)	2,59	,560	32
	CAT: (control atencional)	2,63	,554	32
	CVI: (control visuoimaginativo)	1,16	,369	32
	NM: (nivel motivación)	1,16	,369	32
	CAP: (control de afrontamiento positivo)	1,00	,000	32
	CACT: (control actitudinal)	1,03	,177	32

Fuente: Aplicación de instrumentos SMS/EMD e IPED.

En la tabla 1 se visualiza que la motivación intrínseca de los atletas de ultra trail $M= 2,91$; $SE= ,296$ está en un nivel alto, así como los factores control de afrontamiento negativo $M= 2,50$; $SE= ,560$; y control atencional $M= 2,63$; $SE= ,554$. Mientras que en los factores autoconfianza, control visuoimaginativo, nivel de motivación, control de afrontamiento positivo y control actitudinal los atletas tienen un nivel medio.

Tabla 2.

Correlación entre Motivación intrínseca y rendimiento psicológico

		COD mi	ac	CAN	CAT	CVI	NM	CA P	CAC T
COD mi	Correlación de Pearson	1	-.014	-.043	.172	-	-.452	.	-.558
	Sig. (bilateral)		.937	.817	.346	.391	.009	.	.001
ac	N	32	32	32	32	32	32	32	32
	Correlación de Pearson	-.014	1	-.115	.340	.453	.267	.	.266
	Sig. (bilateral)	.937		.532	.057	.009	.140	.	.141
	N	32	32	32	32	32	32	32	32



CAN	Correlación de Pearson	-.043	-.115	1	.221	.005	.005	.	-.194
	Sig. (bilateral)	.817	.532		.224	.979	.979	.	.289
CAT	N	32	32	32	32	32	32	32	32
	Correlación de Pearson	.172	.340	.221	1	.138	-.020	.	-.206
CVI	Sig. (bilateral)	.346	.057	.224		.451	.915	.	.258
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
Correlación de Pearson	-.157	.453*	*	.005	.138*	1	.526*	.	.077**
	Sig. (bilateral)	.391	.009	.979	.451		.002	.	.674
NM	N	32	32	32	32	32	32	32	32
	Correlación de Pearson	-	.452*	*	.267	.005*	-.020	.526**	1
CAP	Sig. (bilateral)	.009	.140	.979	.915	.002		.	.017
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
CAC T	Correlación de Pearson	· ^b	·^{b}	·^{b}	·^{b}	·^{b}	·^{b}	·^{b}	·^{b}
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.	.	.
N	N	32	32	32	32	32	32	32	32
	Correlación de Pearson	-	.266	-	-.206	-	.417	**	1
T	Sig. (bilateral)	.558*	*	.194*	*	.077*		.	.
	N	32	32	32	32	32	32	32	32

Fuente: Aplicación de instrumentos SMS/EMD e IPED

Se observa que existen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables motivación intrínseca y nivel de motivación $p < 0,05$. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre motivación intrínseca y control actitud $p < 0,05$.

También existe una correlación estadísticamente significativa entre nivel de motivación y control visuoimaginativo $p < 0,005$. Es necesario aclarar que existen correlaciones, pero no son estadísticamente significativas.

Tabla 3.

Motivación extrínseca y rendimiento psicológico deportivo

		Media	Desviación estandar	N
RE	AC (autoconfianza)	1,31	,471	32
NDI	CAN: (control de afrontamiento negativo)	2,59	,560	32
MIE				
NT	CAT: (control atencional)	2,63	,554	32
O	CVI: (control visuoimaginativo)	1,16	,369	32
	NM: (nivel motivación)	1,16	,369	32
	CAP: (control de afrontamiento positivo)	1,00	,000	32
	CACT: (control actitudinal)	1,03	,177	32
MO	COD ME	2,28	,457	32
TIV				
ACI				
ÓN				

Fuente: Aplicación de instrumentos SMS/EMD e IPED.

Elaborado por: elaboración propia.

En la tabla 3 se puede observar que la motivación extrínseca de los atletas de ultra trail $M= 2,28; SE= ,457$ tienen motivación extrínseca en un nivel medio, así como en los factores autoconfianza, control visuoimaginativo, nivel de motivación, control de afrontamiento positivo y control actitudinal; mientras que, en los factores control de afrontamiento negativo $M= 2,59; SE= ,560$; y control atencional $M= 2,63; SE= ,554$ tienen un nivel alto.

Tal como se observa en la tabla 4, no existen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables motivación extrínseca y autoconfianza, control de afrontamiento negativo, control atencional, control visuoimaginativo, nivel de motivación, control de afrontamiento positivo y control actitudinal con nivel $p> 0,05$. Sin embargo, existe una correlación estadísticamente significativa entre autoconfianza y control visuoimaginativo con nivel $p<0,05$; nivel de motivación y control visuoimaginativo $p< 0,005$.

Tabla 4.
Correlación entre motivación extrínseca y rendimiento deportivo

		AC	CAN	CAT	CVI	NM	CAP	CAC T	cod me
AC	Correlación de Pearson	1	-.115	.340	.453	.267	.	.266	.028
	Sig. (bilateral)		.532	.057	.009	.140	.	.141	.879
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
CAN	Correlación de Pearson	-.115	1	.221	.005	.005	.	-.194	.335
	Sig. (bilateral)	.532		.224	.979	.979	.	.289	.061
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
CAT	Correlación de Pearson	.340	.221	1	.138	-.020	.	-.206	-.080
	Sig. (bilateral)	.057	.224		.451	.915	.	.258	.664
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
CVI	Correlación de Pearson	.453**	.005	.138**	1	.526**	.	-.077**	.078
	Sig. (bilateral)	.009	.979	.451		.002	.	.674	.672
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
NM	Correlación de Pearson	.267	.005	-.020	.526	1	.	.417	.114
	Sig. (bilateral)	.140	.979	.915	.002		.	.017	.536
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
CAP	Correlación de Pearson	b	b	b	b	b	b	b	b
	Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
CAC T	Correlación de Pearson	.266	-.194	-.206	-.077	.417	.	1	-.112
	Sig. (bilateral)	.141	.289	.258	.674	.017	.	.	.540
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
Cod me	Correlación de Pearson	.028	.335	-.080	-.078	.114	.	-.112	1
	Sig. (bilateral)	.879	.061	.664	.672	.536	.	.540	.
	N	32	32	32	32	32	32	32	32

Fuente: Aplicación de instrumentos SMS/EMD e IPED



Discusión

En relación a la motivación intrínseca y el rendimiento psicológico deportivo en sus respectivos niveles: control de afrontamiento negativo, autoconfianza, control visuoimaginativo, control atencional, nivel de motivación, control de afrontamiento positivo y control actitudinal, se determina que existe una relación estadísticamente significativa entre la motivación intrínseca y el control actitudinal, lo que nos demuestra que mientras más motivado se encuentre el atleta su actitud en las carreras de ultra trail se elevará. Este dato es concordante con el estudio de Moreno et al. (2018) denominado Motivación y Rendimiento en la Educación Física.

Estos hallazgos también concuerdan con Chiung (2021), cuyo propósito de estudio fue examinar la influencia de las metas de logro en la motivación intrínseca y el rendimiento en balonmano. Los participantes fueron 164 atletas de secundaria. Todos completaron el Cuestionario de Metas de Logro para el Deporte y la subescala de Motivación Intrínseca de la Escala de Motivación Deportiva; el entrenador de cada equipo calificó el desempeño deportivo general de sus atletas.

Usando análisis de regresión simultánea, las metas de enfoque de dominio predijeron positivamente, tanto la motivación intrínseca como el rendimiento en los deportes, mientras que las metas de evitación del rendimiento predijeron negativamente el rendimiento deportivo. Estos resultados sugieren que los atletas que persiguen el dominio de la tarea y la mejora de su competencia se desempeñan bien y disfrutan de su participación. Por el contrario, aquellos que se enfocan en evitar la incompetencia normativa obtienen malos resultados.

Una prueba experimental que determinó que cuando los profesores de educación física infunden confianza en que las habilidades se pueden mejorar se asocia con un aumento en la motivación intrínseca y que los aumentos en la motivación intrínseca pueden, en promedio, mejorar el desempeño de los estudiantes a largo plazo, estos datos. también estaría en consonancia con los hallazgos de Carrera y Román (2019) en el estudio de perfiles psicológicos de ultramaratonistas, quienes determinaron que la motivación intrínseca era la más común entre los ultramaratonistas.

Un total de 101 judokas completaron cuestionarios después de la sesión de pesaje (es decir, entre una y dos horas antes del comienzo del evento competitivo). El rendimiento objetivo de los atletas durante la competencia se obtuvo a través de la Federación Francesa de Judo. Los resultados de los análisis de modelos de ecuaciones estructurales respaldaron el modelo hipotético.

Estos resultados están de acuerdo con la teoría de la autodeterminación y el modelo jerárquico. Al mostrar que el apoyo a la autonomía de los entrenadores facilita la motivación intrínseca y el rendimiento deportivo. Los presentes hallazgos tienen implicaciones importantes para una mejor comprensión de los determinantes del rendimiento de los atletas.

En cuanto a la motivación extrínseca y el desempeño psicomotor, no se identificó una relación estadísticamente significativa, pero sí se encontró una relación estadísticamente significativa entre la confianza en uno mismo y el control de la imaginación visual. Esto también se vio reflejado en los resultados de Usán y Salavera (2018) en su artículo titulado Estudio I sobre la motivación escolar, la inteligencia emocional y el logro de aprendizaje en el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria, los cuales muestran una correlación

significativa entre la motivación escolar intrínseca y la inteligencia emocional, superior a la correlación entre la motivación extrínseca y la no motivación.

En este sentido, de los resultados obtenidos en el presente trabajo investigativo se verifica que la motivación intrínseca y extrínseca influyen directamente en los factores de rendimiento psicológico deportivo de los atletas del Club Ecuadoruns quienes, de acuerdo a la media aritmética, poseen un nivel alto de motivación intrínseca y un nivel medio de motivación extrínseca, lo que se refleja también en el estudio de Guevara y otros (2017).

Un análisis de la escala de motivación deportiva en la categoría sub16 de la escuela de fútbol El Nacional, determina que la motivación extrínseca es menor que la motivación intrínseca en resultado total y que la no motivación es menor, tanto en relación a la motivación intrínseca como extrínseca. Otro estudio es el de los factores psicológicos que afectan a los piragüistas en el alto rendimiento de Folgar (2013, pág. 1), quien plantea que los deportistas reflejan un perfil psicológico que se caracteriza por poseer un alto nivel motivacional.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio permiten concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre la motivación extrínseca y el desempeño motor del atleta. Sin embargo, tomando en cuenta el panorama global de la investigación se observa una correlación de importancia estadística entre el rendimiento psicológico deportivo y la motivación de la población evaluada. Es importante determinar, a manera de prospectiva, que de realizarse un estudio más profundo en poblaciones similares u otros tipos de deportistas se podría obtener un resultado más complejo del actual, confirmando así lo observado en el presente trabajo.

Parte de la heterogeneidad de los resultados se explica por el hecho de que la población es en sí, heterogénea, teniendo una variedad en cuanto a edades y representación del puntaje en las pruebas de rendimiento psicológico deportivo, lo cual que se explica a través del comportamiento de la desviación estándar del test aplicado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés de ningún tipo.

Referencias

- Abernethy, B. (1993). Attention. En R. N.Singer, M.Murphrey, L. K.Tennant, *Handbook of Research on Sport Psychology* (pp.127-170). Nueva York: Macmillan.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albo, J. M. y Núñez, J. L. (2003). Motivación y deporte. En A. Hernández Mendo, *Psicología del Deporte* (Vol.1): Fundamentos 2 (pp. 84-104). Buenos Aires: Tilio Guterman (<http://www.efdeportes.com>).
- Alesi, M. (2019). Effects of a Motivational Climate on Psychological Needs Satisfaction, Motivation and Commitment in Teen Handball Players. *J. Environ. Res. Public Health*, 16(15), 270-280. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16152702>
- Álvarez, O., Estevan, I., Falcó, C., Hernández-Mendo, A. y Castillo, I. (2014). Perfil de habilidades psicológicas en taekwondistas universitarios y su relación con el éxito en

- competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 13-20
- Balaguer, I., Castillo, I. y Duda, J. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de motivación deportiva en una población de deportistas españoles. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 73-83.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baumann, CW y Wetter, TJ. (2018). Cambios aeróbicos y anaeróbicos en corredores masculinos de alto rendimiento a lo largo de una temporada entre condados. *En t. J. Ejercicio. ciencia*, 12, 225–232.
- Billat, V. (2020). Fisiología y Metodología del Entrenamiento de la Teoría a la Práctica. Barcelona: Paidotribo.
- Blynova, O. (2020). Psychological safety of the learning environment in sports school as a factor of achievement motivation development in young athletes. *Journal of Physical Education and Sport*, 38(7), 14-23. doi:10.7752/jpes.2020.01002
- Bravo, A. G., Tirira B., Ponce, P. M., y Arla, M. (2015). Análisis de la escala de motivación deportiva en la categoría sub16 de la escuela de fútbol "El Nacional. EF Deportes, 4.
- Corzo, GS; Urquhart, DM; Che, X.; Knox, L.; Fitzgerald, PB; Cicuttini, FM; Lee, S.; Segrave, R.y FitzGibbon, BM (2020). Características psicológicas asociadas con la carrera de ultramaratones: un autoinforme exploratorio y un estudio psicofisiológico: Metaanálisis. *J. Psychol.* 142, 235–247.
- Cox, A. (noviembre de 2019). The Roles of Perceived Teacher Support, Motivational Climate, and Psychological Need Satisfaction. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 30(2), 222–239. doi: <https://doi.org/10.1123/jsep.30.2.222>
- Crust, L. (2009). The relationship between mental toughness and affect intensity. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 959-963
- Csikszentmihalyi, M. (1992). Flow. The psychology of Happiness. London: Rider.
- Dosil, J. y Caracuel, J. C. (2017). Psicología aplicada al deporte. En J. Dosil (Ed V), Ciencias de la actividad física y el deporte. Madrid: Síntesis.
- Enríquez, L. C., Calero, S., Castro, I. E., y Alcívar, R. (2017). Estudio metódico del rendimiento psicológico de balonmanistas profesionales sobre la base del test de Loehr: Estudio V. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 9.
- Gómez, M., Granero, A. y Isorna, M. (2018). Análisis de los factores psicológicos que afectan a los piragüistas en el rendimiento competitivo, *RIDEP*, 54(7), 57-76.
- Hernández, A. (2006). Un cuestionario para la evaluación psicológica de la ejecución deportiva: estudio complementario entre TCT y TRI. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 71-93.
- Izquierdo, J., Ruiz, J., Navarro, R., Mendoza, M., Rodríguez, M. y Brito, M. (2006). Habilidades psicológicas de ejecución deportiva en jugadores de fútbol de Gran Canaria. *Canarias Médica y Quirúrgica*, 4(10), 39-48.
- Knechtle, B.; Valeri, F.; Zingg, MA; Rosemann, T. y Rüst, CA. (2014). ¿Cuál es la edad para el desempeño más rápido de ultramaratón en carreras de tiempo limitado de 6 horas a 10 días? *AGE*, 36, 9715.
- Krouse, RZ; Ransdell, LB; Lucas, SM y Pritchard, EM. (2021). Motivación, orientación a objetivos, entrenamiento y hábitos de entrenamiento de mujeres ultramaratonistas. *J. Fuerza Cond. Res.* 58, 2835–2842.

- Millet GY, Tomazin K, Verges S, y otros. (2021). Neuromuscular consequences of an extreme mountain ultra-marathon. *PLoS One*, 27(2): e17059.
- Montico, S. (2004). La motivación en el aula universitaria: ¿una necesidad pedagógica? *Redalyc*, 9. Recuperado el 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/145/14502904.pdf>.
- Moreno, J., González, D., Albo, J. M., y Cervelló, E. (2018). Motivación y Rendimiento en la Educación Física: Una Prueba Experimental. *Revista Educación Física*, 36.
- Ogles, B., y Masters, K. (2020). Older vs. younger adult male marathon runners: Participative motives and training habits. *Journal of Sport Behavior*, 39(19), 130–143.
- Philippe, RA; Rochat, N.; Vauthier, M. y Hauw, D. (2016). La historia de los retiros durante una carrera de ultra trail: una investigación cualitativa de los cursos de experiencia de los corredores. *Psicología Deportiva*, 30, 361–375.
- Ping, X. (2020). Relatedness Need Satisfaction, Intrinsic Motivation, and Engagement. *Journal of Teaching in Physical Education*, 36(3), 340–352. doi: <https://doi.org/10.1123/jtpe.2017-0034>
- Rochat, N.; Hauw, D.; Philippe, RA; Von Roten FC y Seifert, L. (2017). Comparación de los estados de vitalidad de los finalistas y los que se retiran en carreras de montaña: una perspectiva enactiva y fenomenológica. *PLoS ONE*, 12, e0173667.
- Ruiz-Juan, F.; Sancho, AZ. (2014). Análisis de la motivación en corredores de maratón españoles. *Rev. Latinoam. psicol.* 46, 1–11.
- Sandoval, J. R., Caracuel, J. C., y Ceballos, O. (2014). Motivación y ejercicio físico deportivo: una añeja relación. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM*, 88.
- Suinn, R. M. (1993). Imagery. En R. N. Singer; M. Murphey y L. K. Tennant, *Handbook of Research on Sport Psychology* (pp. 492-510). Nueva York: Macmillan.
- Tellez, A. M., y Garzón, M. A. (2019). Factores condicionantes del rendimiento deportivo en atletas que practican el ultra trail. Fusagasugá, Colombia: Universidad de Cundinamarca.
- Theeboom, M. (2018). Motivational Climate, Psychological Responses, and Motor Skill Development in Children's Sport: A Field-Based Intervention Study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(3), 294–311. doi: <https://doi.org/10.1123/jsep.17.3.294>
- Turismo, M. D. (2018). Ministerio De Turismo. Obtenido de <https://www.turismo.gob.ec/a-correr-trail-running-otra-actividad-para-recorrer-las-montanas/>
- Valentini, M. (2018). Motivational Climate, Motor-Skill Development, and Perceived Competence. *Journal of Teaching in Physical Education*, 9(1), 216–234. doi: <https://doi.org/10.1123/jtpe.23.3.216>
- Waskiewicz, Z.; Nikolaidis, PT; Gerasimuk, D.; Borysiuk, Z.; Rosemann, T. y Knechtle, B. (2019). ¿Qué motiva a los corredores de maratón exitosos? El papel del sexo, la edad, la educación y la experiencia de entrenamiento en los corredores polacos. *Frente. psicol.* 10, 1671.
- Zhang, T. (2021). Need Support, Need Satisfaction, Intrinsic Motivation, and Physical Activity Participation. *Journal of Teaching in Physical Education*, 30(1), 51–68. doi: <https://doi.org/10.1123/jtpe.30.1.51>

Los fisioterapeutas: Alivian Trastornos Musculoesqueléticos y ¿también los padecen?

Physiotherapists: Relieve Musculoskeletal Disorders, and do they also suffer from them?

Estefanía Collaguazo Troya¹, Yolis Yajaira Campos Villalta².

¹ Magister en Ergonomía Laboral, Universidad Internacional SEK del Ecuador. Quito, Ecuador.
<https://orcid.org/0000-0003-3890-6046> ecollaguazo57@gmail.com

² Doctora en Ciencias Médicas, Universidad Internacional SEK del Ecuador. Quito, Ecuador.
<https://orcid.org/0000-0002-9874-9049> yolis.campos@uisek.edu.ec.

Resumen

El personal de salud es uno de los grupos laborales en los cuales ha aumentado notablemente las lesiones musculoesqueléticas, especialmente en fisioterapeutas, quienes, pese a tener conocimientos de biomecánica, se encuentran expuestos a riesgos ergonómicos. Objetivo: determinar el nivel de riesgo ergonómico por posturas forzadas, mediante la aplicación del método REBA y la prevalencia de sintomatología musculoesquelética con el Cuestionario Nórdico en fisioterapeutas que laboran a domicilio en la ciudad Quito, para el establecimiento de las medidas correctivas pertinentes. Método: estudio no experimental, descriptivo, transversal, realizado de octubre 2021 a febrero del 2022, siendo la población de veinte y ocho fisioterapeutas, de los cuales, se tomó una muestra de 11, seleccionando a aquellos que realizan atención domiciliaria, y se les aplicó un muestreo no probabilístico intencional. Resultados: la sintomatología musculoesquelética lumbar predominó principalmente en mujeres durante la tarea de los masajes, tanto en los últimos 12 meses (64%) como en los últimos 7 días (73%). No obstante, la movilización pasiva del lado derecho fue la tarea que reportó mayor nivel de riesgo ergonómico, con 8 puntos. Conclusiones: los fisioterapeutas reportaron niveles de riesgo ergonómico alto y medio, influyendo en esto la poca utilización de camilla portátil, el número de pacientes atendidos al día, el biotipo del paciente y del fisioterapeuta, lo que obliga al profesional a adoptar posturas forzadas durante la realización de su trabajo. Serían interesantes futuras investigaciones que permitan relacionar el biotipo del profesional, su edad, antigüedad laboral y los factores de riesgo psicosocial con los trastornos musculoesqueléticos.

Palabras claves: Fisioterapeutas, posturas forzadas, lesiones musculoesqueléticas, riesgo ergonómico.

Abstract

Health personnel is one of the workgroups in which musculoskeletal injuries have increased notably, especially in physiotherapists, who were exposed to ergonomic risks despite knowing biomechanics. Objective: To determine the level of ergonomic risk due to forced postures by applying the REBA method and the prevalence of musculoskeletal symptoms with the Nordic questionnaire in physiotherapists who work at home in Quito to establish appropriate corrective measures. Method: A non-experimental, descriptive, cross-sectional study, carried out from October 2021 to February 2022, with a population of twenty-eight



(28) physiotherapists, to whom an intentional non-probabilistic sampling was applied, selecting those who perform home care ($n=11$). Results: Lumbar musculoskeletal symptoms predominated mainly in women (73%) during the massage task (73%) both in the last 12 months (64%) and in the last seven days (73%). However, the passive mobilization of the right side was the task that reported the highest level of ergonomic risk (8 points), requiring prompt action. Conclusions: The physiotherapists reported high and medium levels of ergonomic risk, which the everyday use of portable stretchers could influence, the number of patients seen per day, the biotype of the patient, and the physiotherapist, forcing the professional to adopt forced postures during treatment and carrying out in their jobs. Future research would be interesting to relate the professional's biotype, age, seniority, and psychosocial risk factors with musculoskeletal disorders.

Keywords: Physiotherapists, forced postures, musculoskeletal injuries, ergonomic risk.

Introducción

Los servicios de salud son un área de trabajo que puede conllevar a importantes riesgos en cuanto a la seguridad y salud de los trabajadores, pudiendo variar los riesgos laborales según la profesión, el lugar de trabajo y ciertos factores externos (Ulutasdemir, Cirpan, Ozturk and Tanir, 2015).

Las lesiones musculoesqueléticas han ido aumentando notablemente y la fisioterapia es la especialidad médica que, utilizando los métodos a su alcance, se encarga de la valoración, diagnóstico, tratamiento y prevención de este tipo de afecciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el fisioterapeuta es el profesional encargado de esta área y es quien ejecuta pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular, mantener, facilitar y devolver el grado de funcionalidad e independencia de los pacientes, mejorando así su calidad de vida (Arellano, Oropeza, Vidal y Camacho, 2020).

Aunque los fisioterapeutas tienen conocimientos suficientes sobre las lesiones musculoesqueléticas, muchas veces en el cumplimiento de su trabajo corren el riesgo de sufrir alguna de las patologías que atienden, como consecuencia de movimientos repetitivos, forma incorrecta de manipular cargas, posturas inadecuadas, sumadas a la edad y a los años de trabajo, entre otros aspectos (Skiadopoulos and Gianikellis, 2014). La mayoría de las lesiones pueden provocarse en estos profesionales debido a la falta de conocimientos sobre ergonomía o cuidados posturales durante la ejecución de su trabajo.

Los fisioterapeutas que trabajan a domicilio, al momento de desarrollar sus actividades, involucran grandes segmentos corporales, adoptando posturas forzadas como girar o inclinar el tronco, bipedestación prolongada, cuclillas, sedestación en sillas sin apoyo, trabajar en camas o camillas muy bajas, flexión del cuello o colocar los brazos por encima de los hombros (Morales, Bonilla y Roldán, 2021).

En los últimos años se han realizado diversos estudios sobre los trastornos musculoesqueléticos (TME) en el personal de salud, debido a las exigencias físicas del trabajo desarrollado (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2004). Los TME se definen como un grupo de signos, síntomas y lesiones, que afectan al sistema osteomuscular, generando desde molestias leves hasta lesiones que provocan discapacidad.

Las lesiones más frecuentes se observan en cuello, hombros, codos, muñecas, manos, tronco y especialmente en la zona lumbar. Los diagnósticos más comunes son: la tendinitis, el síndrome del túnel carpiano, las lumbalgias, mialgias, tenosinovitis y cervicalgias (Díez,



Jiménez, Macata y Eransus, 2007). Estos trastornos de origen laboral han ido aumentando y afectando a los trabajadores de todas las áreas, independientemente de la edad, género, horas de trabajo y tipo de actividad. Los riesgos ergonómicos y las altas exigencias de trabajo son algunos de los factores que incrementan la probabilidad de sufrir este tipo de lesiones, convirtiéndose en una de las principales causas de ausentismo laboral (Cabezas y Torres, 2018).

Un estudio realizado en Irán (2017) obtuvo que el 94% de los fisioterapeutas experimentaban TME, con la mayor prevalencia del dolor lumbar (65%), lo cual pudiera explicarse porque en sus inicios, atienden un gran número de pacientes y no cuenta con la suficiente experiencia para adoptar posiciones ergonómicas durante el desarrollo de sus tareas (Rahimi, Kazemi, Zahednejad, López y Calvo, 2018).

Cabe mencionar que los fisioterapeutas estudiados en la presente investigación laboran bajo relación de dependencia y a domicilio, debiendo trasladarse por sus propios medios para cumplir las diferentes atenciones que realizan en el día, llevar consigo el equipo de trabajo.

Estos factores pudieran interferir en la aparición de lesiones musculoesqueléticas, aun cuando la resolución C.D. 513 Art. 53 manifiesta que el empleador debe tomar acciones preventivas sobre los riesgos laborales, tener control sobre su origen, planificar la prevención, integrando la técnica, organización, condiciones, relaciones sociales e influencia de los factores ambientales en el lugar de trabajo (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2017).

Dada la problemática expuesta, el objetivo del trabajo fue determinar el nivel de riesgo ergonómico por posturas forzadas mediante el método REBA y, la prevalencia de sintomatología musculoesquelética mediante el Cuestionario Nórdico en fisioterapeutas que laboran a domicilio en la ciudad Quito, para el establecimiento de las medidas correctivas pertinentes.

Metodología

Estudio no experimental, descriptivo y transversal, realizado durante los meses de octubre 2021 a febrero 2022 en fisioterapeutas que laboran en catorce (14) centros de rehabilitación del sur de Quito, con una población de veinte y ocho (28) fisioterapeutas. Realizando un muestreo no probabilístico intencional fueron seleccionados los fisioterapeutas que laboran en los domicilios de los pacientes ($n=11$), con una antigüedad laboral igual o mayor a seis meses dentro de la institución y laborando 8 horas diarias. Se excluyeron aquellos fisioterapeutas con antecedentes de TME y enfermedades de alto riesgo (diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial) diagnosticadas en los últimos 6 meses.

Dentro de las variables de estudio se consideraron las variables sociodemográficas (edad, sexo, índice de masa corporal, antigüedad laborando a domicilio, jornada laboral y lateralidad), datos generales de la jornada laboral (número de pacientes atendidos al día, tipo de transporte del terapeuta, bien con vehículo propio, transporte público o transporte de la institución, uso de camilla portátil), las tareas realizadas (masajes, movilizaciones y estiramientos pasivos) y posturas forzadas.

Se aplicó una entrevista directa para la recolección de las variables sociodemográficas y, para determinar la sintomatología musculoesquelética se aplicó el Cuestionario Nórdico de Kuorinka. Este cuestionario consta de diez preguntas cuya forma de respuesta es de opción múltiple, y de una pregunta abierta. Los segmentos evaluados fueron cuello, hombro, columna dorsal/lumbar, codo o antebrazo, mano o muñeca, donde el participante consideró



la sintomatología durante los últimos siete días y últimos doce meses (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Bierin, Andersson and Jorgensen, 1987). Para la evaluación de posturas forzadas se utilizó el método de evaluación ergonómica REBA (Rapid Entire Body Assessment), el cual considera los segmentos corporales: miembros superiores (brazo, antebrazo, muñeca), cuello, tronco y miembros inferiores, siendo la puntuación de 1 a 15, donde 1 representa un riesgo insignificante, 2-3 un riesgo bajo, 4-7 un riesgo medio, 8-10 un riesgo alto y 11-15 un riesgo muy alto (Universidad Politécnica de Valencia, 2006).

Fue utilizado el programa Excel para el cálculo de la frecuencia absoluta y relativa de las variables de estudio y el software estudio ERGO para el análisis del riesgo ergonómico por posturas forzadas, en base al Método REBA.

Los principios éticos de Belmont basados en el respeto a los participantes, la beneficencia y la justicia fueron considerados. La participación fue de carácter voluntario y se respetó la confidencialidad de la información, para lo cual se aplicó un consentimiento informado (Delclós, J, 2018).

Resultados

De los once (n=11) fisioterapeutas estudiados, el 100% trabajan 8 horas diarias, el 91% cuentan con 6 meses a 2 años laborando a domicilio, el 73% son mayores a 28 años, el 73% son mujeres, el 55% presentaron un índice de masa corporal (IMC) normal y lateralidad derecha en ambos sexos (81,8%). (Tabla 1).

Tabla 1.
Variables Sociodemográficas

		F.A	F. R
Antigüedad laborando a domicilio	6m a 2 años	10	90,9%
	2,1 a 4 años	1	9,1%
	4,1 a 6 años	0	0%
Edad	22 a 25 años	3	27,3%
	26 a 28 años	0	0%
	>28 años	8	72,7%
Sexo	Mujer	8	72,7%
	Hombre	3	27,3%
	Bajo peso <18,5	0	0%
IMC (Kg/m ²)	Normal:		
	Hombres 18,6 a 24,9	4	36,3%
	Mujeres 19 a 23	2	18,2%
	Sobrepeso:		
	Hombres 25 a 29,9	4	36,3%
Mujeres:	Mujeres 25 a 27	1	9,1%
	Derecha	6	54,5%
	Izquierda	2	18,2%



Lateralidad	Hombres:		
Derecha	3	27,3%	
Izquierda	0	0%	

Leyenda: *FA: Frecuencia Absoluta, *FR: Frecuencia Relativa, *IMC: Índice de masa corporal.

El 55% de los fisioterapeutas atienden de 1 a 4 pacientes por día, el 73% se trasladan en transporte público para llegar al domicilio de los pacientes y el 64% no cuentan con camilla portátil para realizar la rehabilitación (Tabla 2).

Tabla 2.
Datos generales de la jornada laboral

		F.A	F. R
Nº Pacientes Atendidos	1-4	6	55%
	5-8	4	36%
	>8	1	9%
Tipos de Transporte	Propio	3	27%
	Público	8	73%
	Institucional	0	0%
Uso de Camilla	Sí	4	36%
	No	7	64%

Leyenda: *FA: Frecuencia Absoluta, *FR: Frecuencia Relativa

En los últimos 12 meses la sintomatología musculoesquelética de mayor prevalencia fue en la zona lumbar (64%). Durante la última semana, de igual forma prevaleció mayor sintomatología en la zona lumbar (73%), predominando en mujeres (75%). (Tabla 3).

Tabla 3.
Prevalencia de sintomatología musculoesquelética en los últimos 7 días y 12 meses (Cuestionario Nórdico)

Segmento Corporal	7 días		Sexo		12 meses		Sexo	
	F. R	Mujer	Hombre	F. R	Mujer	Hombre		
Cuello	27%	38%	0%	36%	38%	33%		
Hombros	45%	38%	67%	18%	25%	0%		
Codo	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
Mano/Muñeca	36%	25%	67%	18%	25%	0%		
Z. Lumbar	73%	75%	67%	64%	50%	0%		

En la Tabla 4 se evidencia que en todas las tareas predomina la sintomatología en la zona lumbar, siendo los masajes la tarea que reporta mayor sintomatología en esta zona (73%).



Tabla 4.

Sintomatología musculoesquelética reportada en tareas evaluadas

Tareas/ Segmentos	Masajes		Movilización Pasiva		Estiramiento Pasivo	
	F.A	F. R	F.A	F. R	F.A	F. R
Cuello	4	36,4%	5	45,5%	2	18,2%
Hombro	6	54,6%	3	27,3%	2	18,2%
Muñeca	7	63,6%	1	9,1%	1	9,1%
Z. Lumbar	8	72,7%	6	54,6%	3	27,3%

De las 3 tareas evaluadas descritas en la Tabla 5, fue la movilización pasiva del lado derecho la que reportó mayor nivel de riesgo ergonómico (8 puntos), ameritando pronta acción. El resto de las tareas presentó un nivel de riesgo medio, requiriendo un nivel de acción necesario. (Tabla 5).

Tabla 5.

Nivel de riesgo ergonómico método. Método REBA

Masaje	Puntuación REBA	Nivel de Riesgo	Nivel de Acción	Acción
Lado izquierdo	7	Medio	2	Necesario
Lado derecho				
Movilizaciones Pasivas				
Lado izquierdo	7	Medio	2	Necesario
Lado derecho	8	Alto	3	Necesaria pronto
Estiramientos Pasivos				
Lado izquierdo	5	Medio	2	Necesario
Lado derecho				



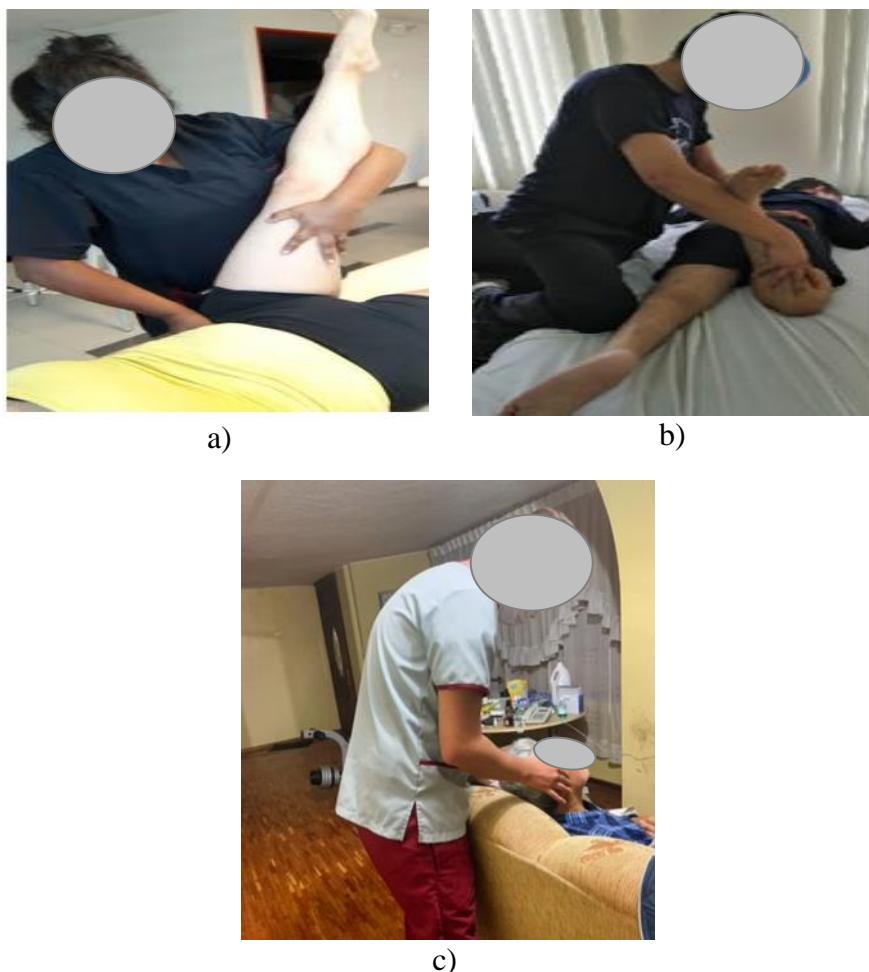


Figura 1. Tipos de masajes. a) Estiramiento, b) Movilizaciones pasivas, c) Masajes.
Fuente: Fotografías realizadas por las autoras durante la investigación (2022).

Discusión

El 73% de los fisioterapeutas que laboran a domicilio son mujeres y el 55% presentan un índice de masa corporal (IMC) normal, lo cual concuerda con un estudio realizado en Polonia donde el 70% eran mujeres y el 69% se encontraba con un IMC normal (Glowinski, Bryndal and Grochulska, 2021). Dada la actual pandemia COVID-19, la demanda de fisioterapeutas que laboran a domicilio se ha incrementado. Sin embargo, en Ecuador los estudios ergonómicos realizados en fisioterapeutas solo incluyen a aquellos que laboran en los centros asistenciales (Cabrera y Figueroa, 2019; Haro, 2021).

Viera, Schneider, Guidera, Gadotti and Brunt (2016), realizaron un estudio en los Estados Unidos de América donde asociaron las actividades de los fisioterapeutas con las molestias musculoesqueléticas. El traslado, la manipulación de pacientes y el levantamiento repetitivo fueron los factores de riesgo más comúnmente asociados con dolor lumbar (83%); además, la terapia manual se asoció con trastornos que afectaron al dedo pulgar y las manos (76%). Esos resultados contrastan con los obtenidos en la presente investigación, donde todas las tareas realizadas por los fisioterapeutas, principalmente los masajes (72,7%), reportaron sintomatología en la zona lumbar.

En los últimos 12 meses, las molestias con mayor prevalencia en los participantes fueron en región lumbar (64%) y cuello (18%), probablemente por las diferentes actividades que realizan, aunado con un posible incremento en el número de pacientes atendidos durante la pandemia COVID-19, donde muchas personas realizaron teletrabajo pudiendo generar mayor TME y prefirieron recibir atención domiciliaria previniendo contagios. Esta situación concuerda con una investigación en fisioterapeutas nicaragüenses, quienes sentían a menudo dolor en el cuello (18%) y en la región lumbar (22,2%) (Valverde, 2013). De igual forma, se pudo evidenciar en un estudio de un hospital iraní donde el 94% de los fisioterapeutas experimentaron TME de mayor prevalencia en la región lumbar (Rahimi et al., 2018).

Con respecto a los últimos 7 días, la columna lumbar fue la región con más afectación (73%), coincidiendo con un estudio realizado en Polonia donde el dolor más frecuente fue en la columna lumbosacra (82%) (Glowinski et al., 2021).

McMahon, Stiller and Trott (2006) asociaron las molestias musculoesqueléticas de los fisioterapeutas australianos con las diferentes actividades (76%): terapia manual y tratamiento de una cantidad excesiva de pacientes por día. Mientras que, en la presente investigación, a la realización de masajes correspondió el 73% de la sintomatología musculoesquelética reportada, con 1 a 4 pacientes atendidos por día (55%).

Ahora bien, de las tres tareas evaluadas, la movilización pasiva del lado derecho fue la actividad que reportó un riesgo ergonómico alto, apoyando lo descrito por Martínez (2016), quien hace referencia al riesgo ergonómico alto que padecen los fisioterapeutas durante su trabajo en los domicilios, dado que no cuentan con las condiciones óptimas para la atención del paciente, aunado al transporte de material que deben realizar para el cumplimiento de sus funciones.

Es la primera vez que en el país se realiza una investigación con fisioterapeutas que laboran a domicilio, ya que solo existen estudios sobre riesgos ergonómicos de estos profesionales en hospitales y centros de rehabilitación. No obstante, la muestra de fisioterapeutas que laboran a domicilio fue pequeña, dada que la investigación fue autofinanciada, siendo altos los gastos en transporte, ya que la residencia de los pacientes era en diferentes zonas de la ciudad.

Es importante plantear medidas de mejora para los fisioterapeutas domiciliarios, como la implementación de capacitaciones sobre ergonomía en los puestos de trabajo de atención a domicilio, pausas activas, uso de camillas portátiles y movilización, con la finalidad de prevenir trastornos musculoesqueléticos. Debe considerarse proporcionar transporte a los profesionales que laboran a domicilio.

Conclusiones

Los fisioterapeutas presentaron niveles de riesgo ergonómico que oscilaron entre medio y alto con lateralidad derecha. La mayor parte de la sintomatología se presenta en la región lumbar y en mujeres. Como factores agravantes se pudieran mencionar la carencia de camilla portátil en la mayoría de los fisioterapeutas, el biotipo del paciente, pero también del fisioterapeuta, por lo que estos últimos deben adoptar diferentes posturas para cumplir sus tareas.

Recomendaciones

Dado que los trastornos musculoesqueléticos constituyen la principal causa de morbilidad y registro de enfermedades profesionales a nivel mundial, realidad a la cual Ecuador no escapa, es menester establecer estrategias de prevención y control sobre este riesgo. Este tipo de trastornos en los profesionales fisioterapeutas es un tema poco estudiado en el Ecuador, y los resultados obtenidos constituyen un aporte a futuras investigaciones, especialmente en aquellos que realizan trabajo a domicilio, debiendo considerar factores como, el biotipo de pacientes y profesionales, tipo y tiempo de traslado del profesional para la atención y los factores de riesgo psicosocial a los cuales se exponen durante el ejercicio de su profesión.

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Arellano, L., Oropeza, L., Vidal, L., y Camacho, T. (2020). Dolor musculoesquelético en fisioterapeutas pediátricos. *Rev Hered Reha*, 3 (1), 3-12. doi: <https://doi.org/10.20453/rhr.v3i1.3715>.
- Cabezas, R., y Torres, M. (2018). Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia. *Fisioterapia*, 40 (3), 112-121. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.12.004>
- Cabrera, G. y Figueroa, P. (2019). Riesgos ergonómicos y su impacto en las patologías laborales en fisioterapeutas (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Prehospitalaria y Desastres. Carrera de Terapia Física, Quito. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18200/1/T-UCE-0020-CDI-152.pdf>
- Delclós, Jordi. Ética en la investigación científica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antoni Esteve, 2018, 43, 14-19. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/395594>. <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/395594>
- Díez, M., Jiménez, A., Macata, M., y Eransus, J. (2007). *Trastornos músculo-esqueléticos de origen laboral*. Navarra, España: Instituto Navarro de Salud Laboral. Recuperado de <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/76DF548D-769E-4DBF-A18E-8419F3A9A5FB/145886/TrastornosME.pdf>
- Glowinski, S., Bryndal, A., and Grochulska, A. (2021). Prevalence and risk of spinal pain among physiotherapists in Poland. *PeerJ*.9 doi: 10.7717/peerj.11715
- Haro, E. (2021). Prevalencia de lesiones musculoesqueléticas en fisioterapeutas de la ciudad de Quito 2020-2021 (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Enfermería. Carrera de Terapia Física, Quito. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/19365/TESIS%20ENRIQUE%20HARO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2017). *Normativa aplicable de seguridad y salud en el trabajo*. Edición Especial, 632, 14-16. Recuperado de https://sart.iess.gob.ec/DSGRT/norma_interactiva/IESS_Normativa.pdf



- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2004). *Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas.* Prevención Trabajo y salud. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Recuperado de <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/guia-tecnica-para-la-evaluacion-y-prevencion-de-los-riesgos-relativos-a-la-manipulacion-manual-de-cargas>
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Bierin, F., Andersson, G., and Jorgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon*, 18(3), 233-7. doi: [10.1016/0003-6870\(87\)90010-x](https://doi.org/10.1016/0003-6870(87)90010-x).
- Martínez, M. (2016). *Evaluación de riesgos ergonómicos relativos a la carga física del fisioterapeuta en atención domiciliaria.* (tesis de postgrado). Universitas Miguel Hernández. Recuperado de http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3327/1/Martinez%20Guerrero%2C%20Manuel_a%20TFM.pdf%20Hecho.pdf
- McMahon, M., Stiller, K., and Trott, P. (2006). The prevalence of thumb problems in Australian physiotherapists is high: an observational study. *Aust J Physiother*, 52 (4), 287-92. doi: [10.1016/s0004-9514\(06\)70009-5](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(06)70009-5)
- Morales, X., Bonilla, and E., Roldan, M. (2021). Evaluación del riesgo ergonómico por posturas forzadas en fisioterapeutas. *Revista Médica Científica CAMbios*, 20 (1). doi: DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v20.n1.2021.637>
- Rahimi, F., Kazemi, K., Zahednejad, S., López, D., and Calvo, C. (2018). Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in Iranian Physical Therapists Cross-sectional Study. *J Manipulative Physiol Ther*, 41(6), 503-507. doi: [10.1016/j.jmpt.2018.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2018.02.003).
- Skiadopoulos A. and Gianikellis K. (2014). Problemas músculo-esqueléticos en los fisioterapeutas. *Fisioterapia*, 36 (3), 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.06.001>
- Ulutasdemir, N., Cirpan, M., Ozturk, E., and Tanir, F. (2015). Occupational Risks of Health Professionals in Turkey as an Emerging Economy. *Annals of Global Health*, 81 (4), 522-529. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.08.019>
- Universidad Politécnica de Valencia (2006). Método REBA. Ergonautas. Disponible en: <https://www.ergonautas.upv.es/metodos/reba/reba-ayuda.ph>
- Valverde, A. (2013). *Riesgos ergonómicos en fisioterapeutas que laboran en el Hospital Aldo Chavarría.* (tesis de Postgrado). Managua, Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua. Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/7619/1/t728.pdf>.
- Viera, E., Schneider, P., Guidera, C., Gadotti, I., and Brunt, D. (2016). Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 29(3), 417-28. doi: [10.3233/BMR-150649](https://doi.org/10.3233/BMR-150649).

La mala praxis médica en cirugías estéticas *Medical Malpractice in aesthetic surgery*

Nancy Alexandra Jaramillo Gomez¹, Ricardo Exequiel Álvarez Lagos², Evelyn Vanessa Aguirre Sarango³.

¹ Estudiante de Derecho, Instituto Superior Tecnológico Libertad, Quito-Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-9447-5389>, nancyale1984@hotmail.com

² Abogado, Máster en Docencia y Desarrollo del Currículo, Instituto Superior Tecnológico Libertad, Quito-Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-5909-8693>, ricardo.alvarez@itslibertad.edu.ec

³ Abogada, Instituto Superior Tecnológico Libertad, Quito- Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-2341-7218>, evevane.aguirre@hotmail.com

Resumen

El artículo aborda teóricamente el fenómeno de mala práctica en la asistencia sanitaria dentro del campo de la cirugía estética. Objetivo: Analizar la mala praxis en el campo de la cirugía estética y su vinculación al derecho dentro de la legislación ecuatoriana. Metodología: La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de tipo documental por medio de una revisión sistemática en las bases de datos: Google Académico, Scielo, Dialnet, Index, Refseek, FDA, Medscape, y Academia, en el periodo 2018-2022. La información fue analizada a través de los métodos deductivo-inductivo, histórico-lógico, hermenéutico-dialectico y empírico. Resultados: Se presentó el estado del arte de la definición de mala praxis médica en la publicación científica, junto a la tipificación de este fenómeno en la legislación ecuatoriana y otros países. Adicionalmente, se analizaron los factores de riesgo y manifestaciones que dan lugar a la mala práctica en el campo de la cirugía estética. Conclusiones: En Ecuador, el tratamiento legal y la exigencia de responsabilidad por mala praxis médica se hallaron limitados por los legisladores, debido a la elaboración de un resultado de daño que es la muerte. La responsabilidad del médico puede ser de orden en ámbito civil o penal, según sea el caso en particular.

Palabras clave: mala praxis, mala práctica, cirugía estética, responsabilidad médica.

Abstract

Objective: Analyze malpractice in cosmetic surgery and its link to the law within Ecuadorian legislation. The article addresses the phenomenon of malpractice in healthcare within cosmetic surgery. Methodology: The research had a quantitative, observational, descriptive documentary approach through a systematic review of the databases: Google Scholar, Scielo, Dialnet, Index, Refseek, FDA, Medscape, and Academia, in the period 2018- 2022. The information was analyzed using deductive-inductive, historical-logical, hermeneutic-dialectical, and empirical methods. Results: The state-of-the-art definition of medical malpractice in scientific publications and the classification of this phenomenon in Ecuadorian legislation and other countries were presented. Additionally, the risk factors and manifestations that give rise to malpractice in cosmetic surgery were analyzed. Conclusions: In Ecuador, the legal treatment and the demand for liability for medical malpractice were found to be limited by the legislators due to the development of a result of damage, which is death. The doctor depends on the particular case; the responsibility may be civil or criminal, depending on the particular case.

Keywords: malpractice, malpractice, cosmetic surgery, medical liability.

Introducción

La mala praxis se podría definir como un ejercicio errado sin habilidad por parte de un médico, produciéndole un daño o perjuicio a la salud del paciente. En este sentido, Pérez y Gardey (2022), manifiestan que la mala práctica profesional puede ser por omisión o acción, donde se comete un error al manipular el cuerpo de un paciente o prescribir un medicamento, lo cual es negligencia, imprudencia o impericia por parte del médico.

En este contexto, la asistencia médica-quirúrgica es un acto terapéutico dirigido a restituir la salud. Particularmente, se puede aducir que la cirugía plástica es una especialidad quirúrgica que se ocupa de la corrección del cuerpo o el rostro del paciente. Es así que Bellanero (2021), en su revista jurídica cita a la Sociedad Española de Cirugía Plástica y plantea una clasificación de las diferentes cirugías plásticas (Ver tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de las cirugías plásticas

	Cirugía plástica	Cirugía plástica reparadora	Cirugía plástica estética
Objetivo	Corrección de todo proceso congénito	Restauración o mejorar la función y los cambios de apariencia física, causados por accidentes.	Corrección de los cambios en las normas estéticas, para conseguir una mayor armonía en el rostro y cuerpo.
Técnica	Trasplante y movilización de tejidos mediante injertos o incluso implantes de material inerte.	Reconstrucción de los defectos físicos de las personas, se ejecuta mediante tejidos.	Lipoescultura Abdominoplastia Rinoplastia Aumento de glúteos Aumento de pecho Ginecomastia Blefaroplastia

Fuente: Elaboración propia de los autores (2022) a partir de la información publicada por Bellanero (2021).

En el mundo se estima que ocurren 234 millones de cirugías en un año, que representan una medida terapéutica invasiva que atiende diversas demandas de los pacientes considerando estándares internacionales de seguridad y calidad (Delgado-Lino, y otros, 2019). Pese a la pandemia por Covid-19, las cirugías estéticas se mantuvieron sin cambios durante 2020, siendo el aumento de senos el procedimiento más demandado de todos (16%), seguido por la lipoescultura (15,1%), la abdominoplastia (7,6%), la rinoplastia (8,4%), y cirugía de párpados (12,1%) (Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, 2020).

En este ámbito médico, según la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica y Estética, la tendencia hacia la lipoescultura corporal general cubre el 80% de la demanda, con debilidades en el control de la oferta de servicios médicos aunados a la autodeterminación de pacientes con condiciones no aptas para este tipo de procedimientos (Hallo & Naranjo, 2020). Esta realidad visibiliza la importancia del ejercicio profesional del equipo quirúrgico de acuerdo a las pautas éticas, deontológicas y legales propias de la profesión.

La Constitución de la República de Ecuador (2008), establece una de las importantes responsabilidades del Estado, que es garantizar la salud, y que la prestación de servicios de salud se tutelará por los principios de universalidad, equidad, solidaridad, interculturalidad, eficacia, calidad, bioética, precaución y eficiencia, con una perspectiva de género. El artículo 54, ibídem, inciso segundo, regula la responsabilidad por la mala práctica que señala: “en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas.” (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

En Ecuador, en el proceso jurídico por responsabilidad penal ante daños a la salud de los pacientes por mala praxis médica, las víctimas no pueden presentar una demanda específicamente por dicha conducta, sino más bien este delito se confunde con otros tipos de delitos como homicidio, asesinato o lesiones. Es así que la norma sanciona de acuerdo al artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal (2014), que en la parte pertinente, señala:

Homicidio culposo por mala práctica profesional: La persona que, al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.
(Código Orgánico Integral Penal, 2014)

Por otra parte, cuando el profesional de salud no haya provocado la muerte, pero sí haya causado un daño en la salud física y psicológica del paciente, debido al daño producido, se debe llevar el proceso por vías legales diferentes. Esto es, deslindándose del tipo penal y convirtiéndose en un proceso civil, tipificado al amparo de lo previsto en el artículo 2232 del Código Civil Ecuatoriano (2005). En tal efecto, el presente artículo tiene por objeto analizar la mala praxis en el campo de la cirugía estética y su vinculación al derecho dentro de la legislación ecuatoriana.

Metodología

El artículo se sustenta sobre un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo, con un diseño no experimental, de tipo documental (Hernández, 2014). Los métodos empleados para sistematizar la información fueron el deductivo-inductivo, histórico-lógico, hermenéutico-dialógico, con apoyo del método empírico a partir del juicio de los autores.

En ese sentido, la metodología se basó en una revisión sistemática que permitió la pesquisa en las siguientes base de datos: Scielo, Google Académico, Dialnet, Index, Refseek, FDA, Medscape y Academia. Para ello se tomaron los siguientes criterios de inclusión, tales como artículos relacionados al tema y año actual. Para la búsqueda se utilizaron descriptores como: "mala práctica médica" "cirugías estéticas", así como también se realizaron filtros en base a la temporalidad. Esto abarcó desde el año 2018 al 2022. Se llenaron fichas de análisis, además. Como criterios de exclusión no fueron tomados los artículos que no se encontraban acordes al tema ni con fecha desactualizada.

Inicialmente, se encontró información en las bases de datos: Google Académico, 12 artículos, en Scielo, 5 artículos, Dialnet, 34 artículos, Index, 3 artículos, Refseek, 184 artículos, FDA, 2 artículos, Medscape, 12 artículos, Academia, 36 artículos y en Dilemas Contemporáneos, 1 artículo. De todos estos, se seleccionaron 20 artículos de acuerdo a los criterios de inclusión determinados, para su análisis. Los trabajos que cumplían los criterios de selección fueron ingresados en hoja de cálculo (Excel) y las fichas en un documento de Word. En el análisis de la calidad se consideró la introducción, metodología, resultados y

discusión. Para determinar la validez de los artículos se consideraron los términos de calidad metodológica como: consistencia, coherencia, pertinencia y originalidad. (Hernández, 2014)

Los resultados de la revisión documental fueron registrados en un fichaje bibliográfico, que permitió la valoración de los archivos seleccionados y el procesamiento de información a partir del juicio de expertos, describiendo al fenómeno de "Mala Praxis Médica" en su dimensión deontológica y legal, a nivel nacional e internacional. Posteriormente, como apoyo al proceso investigativo se consideraron fuentes secundarias asociadas al fenómeno de investigación, como la Constitución de la República del Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal, Jurisprudencias de la Corte Nacional de Justicia, el Código Civil Ecuatoriano y la Ley Orgánica de Salud, que respaldaron la interpretación de los resultados.

Resultados y discusión

La sistematización realizada sobre la información recopilada, permitió estructurar los resultados de acuerdo a los elementos que definen el estado del arte de la mala práctica en el área de la cirugía estética. De esta manera, la información se encuentra dividida en tres acápite relacionados a las dimensiones de: mala praxis médica, tipificación de la mala praxis e implicaciones del fenómeno.

Mala Praxis Médica

La revisión documental evidenció una evolución de la conceptualización de la mala práctica, encuadrando la búsqueda de los documentos desde el año 2018 hasta el 2022. De esos, se seleccionaron 6 autores los cuales realizan una definición referente a la mala práctica médica. Esto conlleva a sintetizar lo que definen los autores respecto a la mala praxis médica, y que se representa en la siguiente tabla:

Tabla 2

Definiciones de la mala praxis médica

Autor	Mala Praxis Médica
Figueroa y Yáñez (2022)	La mala praxis nace de la relación entre una obligación y un derecho. Esto es, el deber que tiene y que presta un servicio y cumple un mandato y el otro el mandante quien se encuentra en una condición o circunstancia específica y requiere de una atención médica. El médico, al igual que cualquier otro profesional, debe responder por cualquier negligencia que se cometa en ejercicio de la práctica de esta.
Bellanero (2021)	Define la mala praxis como un actuar o violación por parte del médico, contrario a la lex artis, pero su acción es involuntaria y produce un resultado indeseable, inaceptable, por lo que se deben abstraer en su totalidad las conductas dolosas.
Fornasini (2018)	El ejercicio de la medicina incluye la relación médico-paciente, y también generaliza que la mala praxis es un error médico, una forma de negligencia o una acción u omisión, no lograr los resultados esperados, no realizar las acciones planificadas, usar

planes incorrectos para lograr los resultados deseados o desviar el proceso de atención del paciente. Las consecuencias de los errores son complejas y, si bien algunos errores no son fatales, otros pueden acabar con la vida de alguien.

Paguay (2022)

Sintetiza que la mala praxis es una acción errada o una práctica sin experiencia por parte de un profesional de salud que causa un daño paciente, rompiendo la confianza que el paciente pone en el profesional. De lo dicho se puede desprender que la responsabilidad de la mala praxis médica no es solo de los médicos, sino también alude a los enfermeros, técnicos, auxiliares y demás profesionales de la salud.

Cesano (2018)

Los autores coinciden en un mismo concepto referente a la mala praxis médica y señalan que la responsabilidad profesional es por las acciones llevadas a cabo, y consideradas negligencias. En cuestión, consideran que es una negligencia médica todo acto realizado de manera negativa que llegue a provocar una lesión al paciente. Así mismo, determinan que la mala praxis médica se determina por negligencia, impericia, inobservancia y en ciertos casos con dolo, y que al momento de sancionar se convierte en homicidio preterintencional.

Fuente: Elaboración propia del autor (2022)

Analizando las pautas de investigación de los autores citados, se pudo obtener que no existe un consenso internacional sobre la definición de mala práctica médica, dado que se define como una negligencia médica o como una responsabilidad del médico. Por eso es importante distinguir la mala práctica médica y sus tipos como la negligencia, imprudencia, inobservancia, o si el delito es culpable o doloso. Así mismo, la mala praxis es un proceder por parte del galeno, contrario a la *lex artis*, pero su acción se ejecuta de forma involuntaria, induciendo un resultado no querido por el médico (Cesano, 2018; Figueroa & Yáñez, 2022; Pintado, Rojas, & Pino, 2019; Bellanero, 2021).

En este contexto, la mala praxis tiene una vinculación directa a la costumbre presente dentro la dinámica asistencial, que la invisibiliza para los pacientes y el sistema, pues el error humano es parte de los procesos de gestión proactiva de los servicios hospitalarios (Ministerio de Salud Pública, 2020). A partir de esta premisa, es posible objetar si existe un deber objetivo de cuidado (Fornasini, 2018), lo que lleva a reflexionar sobre: ¿la práctica médica es un error o un ejercicio errado por parte de un profesional de salud?, ¿la práctica que causa un daño al paciente se considera un error médico? (Paguay, 2022).

A partir del año 1999, con la publicación del informe *Errar es humano*, por el Instituto de Medicina de E.E.U.U., se visualizaron riesgos de la práctica clínica para el paciente, ubicando el error en la atención sanitaria como una causa de muerte, lo que da lugar a la seguridad del paciente como una preferencia a abordar en los sistemas sanitarios (Meléndez, Macías, & Álvarez, 2019). Desde entonces, la cirugía ha sido una parte esencial de la atención médica en todo el mundo durante más de un siglo. Aunque el objetivo de la cirugía es salvar

vidas, la falta de seguridad en el tratamiento quirúrgico puede causar daños significativos, lo cual tiene efectos importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de las cirugías (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Existen delitos imputados que no deberían ser punibles como dolosos, es decir, con pena de cárcel, sino un caso civil, así como se logró evidenciar en el caso 73001-31-006-2008-00283-01 (sentencia SC042-2022, 2022), por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia.

La sistematización de los preceptos teóricos que subyacen a la mala praxis médica, tiene por objeto proporcionar a los profesionales de salud y jurídicos una herramienta que puedan utilizar como precepto del tipo penal sobre la mala praxis, así como también para que el legislador asuma una postura jurídica para garantizar la correcta evaluación de la responsabilidad penal médica asociada a la mala práctica médica. Al mismo tiempo, la divulgación de la base jurídica teórica del abogado que le permite vislumbrar las responsabilidades del médico en materia penal.

Tipificación de la mala práctica médica

Dentro de la legislación ecuatoriana, la mala praxis médica se regula por la Ley Orgánica de Salud (2006), que establece las infracciones en ejercicio de los profesionales de la salud; viendo estas infracciones como todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de la inobservancia, impericia, imprudencia, y negligencia. Al respecto, el artículo 202, señala: “a) Inobservancia, el cumplimiento de las normas; b) Impericia, la actuación del profesional de la salud con falta total de conocimientos técnicos; c) Imprudencia, la actuación profesional con omisión del cuidado; y, d) Negligencia, la actuación profesional con omisión.” (Ley Orgánica de Salud, 2006, pág. 33).

En cambio, el Código Orgánico Integral Penal (2014), establece la consecuencia penal sobre la cual se les sanciona a los profesionales de salud. Esta sanción se basa en el artículo 146 por homicidio culposo por mala práctica profesional, que señala: “La persona que, al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.” (pág. 15).

Así mismo, si la conducta del profesional es dolosa debe responder por un homicidio doloso, conforme lo señala el artículo 144, ibídem, que señala: “Homicidio. - La persona que mate a otra será sancionada con pena privativa de libertad de diez a trece años”. (Código Orgánico Integral Penal, 2014). En este mismo contexto, se señala de aquello que los profesionales de la salud por la muerte del paciente tienen que pagar una reparación integral estipulada en el artículo 78 del COIP que manifiesta: “Mecanismos de reparación integral. - Las formas no excluyentes de reparación integral, individual o colectiva” (Código Orgánico Integral Penal, 2014).

Por otro lado, cabe manifestar que cuando el profesional de salud realiza una mala praxis médica que no haya provocado la muerte, pero sí le haya causado daño en su salud física y psicológica, el médico se evade de una responsabilidad penal, pero se convierte en una responsabilidad civil que se puntúa al amparo de lo previsto en el artículo 2232 del Código Civil Ecuatoriano (2005).

En países como Colombia, Argentina, España, Ecuador y Perú, en su legislación, específicamente en el caso de sanción por la mala praxis de los profesionales de la salud, los médicos se sancionan de la siguiente manera:

Tabla 3

Legislación comparada en materia de mala praxis profesional

	Peña	Multa
Argentina (1984)	Art. 94 Se impondrá prisión de un 1 a 3 años e inhabilitación especial por 1 a 4 años, al que, por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud.	Las multas van desde \$1.000 a \$15.000 pesos, así como una inhabilitación especial de 1 a 4 años.
Colombia (2000)	Art.113 y Art. 119 Si el daño fuere en deformidad física transitoria, la sanción es de 1 a 6 años de privación de libertad. Si llega a ser permanente, la pena será de prisión de 1 a 7 años Si la desfiguración afecta al rostro, la pena se aumenta en un tercio.	La multa varía de acuerdo al daño de la víctima entre los quince a cien salarios mínimos legales.
España (2015)	Art. 142 Se ha establecido que los profesionales que causen la muerte de otras personas por culpa grave serán sancionados con pena privativa de libertad de 1 a 4 años. Si el homicidio se produjo por negligencia profesional, se prevé además la pena especial de 3 a 6 años con inhabilitación para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo.	La multa se basa de acuerdo a la gravedad del daño.
Perú (2018)	Art. 111 y Art. 124 Al profesional de salud por la mala práctica médica lo sancionan por el delito de homicidio culposo, la pena será no menor de 4 ni mayor de 8 años e inhabilitación conforme al Art. 36 incisos 4, 6 y 7. Si el, médico desarrolla una conducta negligente que conlleve a la muerte del paciente, y si es por lesiones graves por negligencia médica la pena será no menor de tres años ni mayor de seis años e inhabilitación, si desarrolla una conducta negligente respecto a la salud e integridad física de la persona.	La multa es de la siguiente manera: si es muy grave el 100 % de la multa resultante. Grave: se impondrá el 40 % del importe de la multa. Leve: se aplicará el 20 % del importe de la multa resultante.

Fuente: Elaborado por los autores a partir del Código Penal de la Nación Argentina (1984), Código Penal Colombiano (2000), Código Penal Español (2015) y el Código Penal del Perú (2018).

Haciendo un análisis a la legislación comparada sobre la mala praxis médica en Argentina, se puede decir que la responsabilidad por malas prácticas médicas tiene un carácter subjetivo. La normativa jurídica que sistematiza las relaciones médico-paciente es de condición preventiva. En este sentido, si el médico logra demostrar dentro del juicio que en el acto se tomaron todas las precauciones, a pesar de haber provocado un daño, entonces no es exigible la responsabilidad penal. La carga de la prueba le corresponde a la parte actora que es la víctima. En este sentido la multa por el daño tiene un límite hasta los quince mil, más la suspensión por un lapsus de tiempo al profesional. En cambio, en Colombia, España, y Perú, se asemejan las penas de acuerdo a la gravedad de daño, así como también la multa va de acuerdo al daño y no existe un límite.

Análisis de relaciones en la mala praxis médica en cirugías estéticas

A partir del análisis de los resultados, se detectaron una serie de relaciones que facilitan la ocurrencia de la mala práctica médica en la cirugía estética, pues, debido al carácter social que ampara este fenómeno, no existe un elemento unicausal que pueda abordarse como agente. En este sentido, a continuación, se representan los elementos que interaccionan entre sí, como factores causales que impactan este ámbito de ejercicio médico (Ver Figura 1).

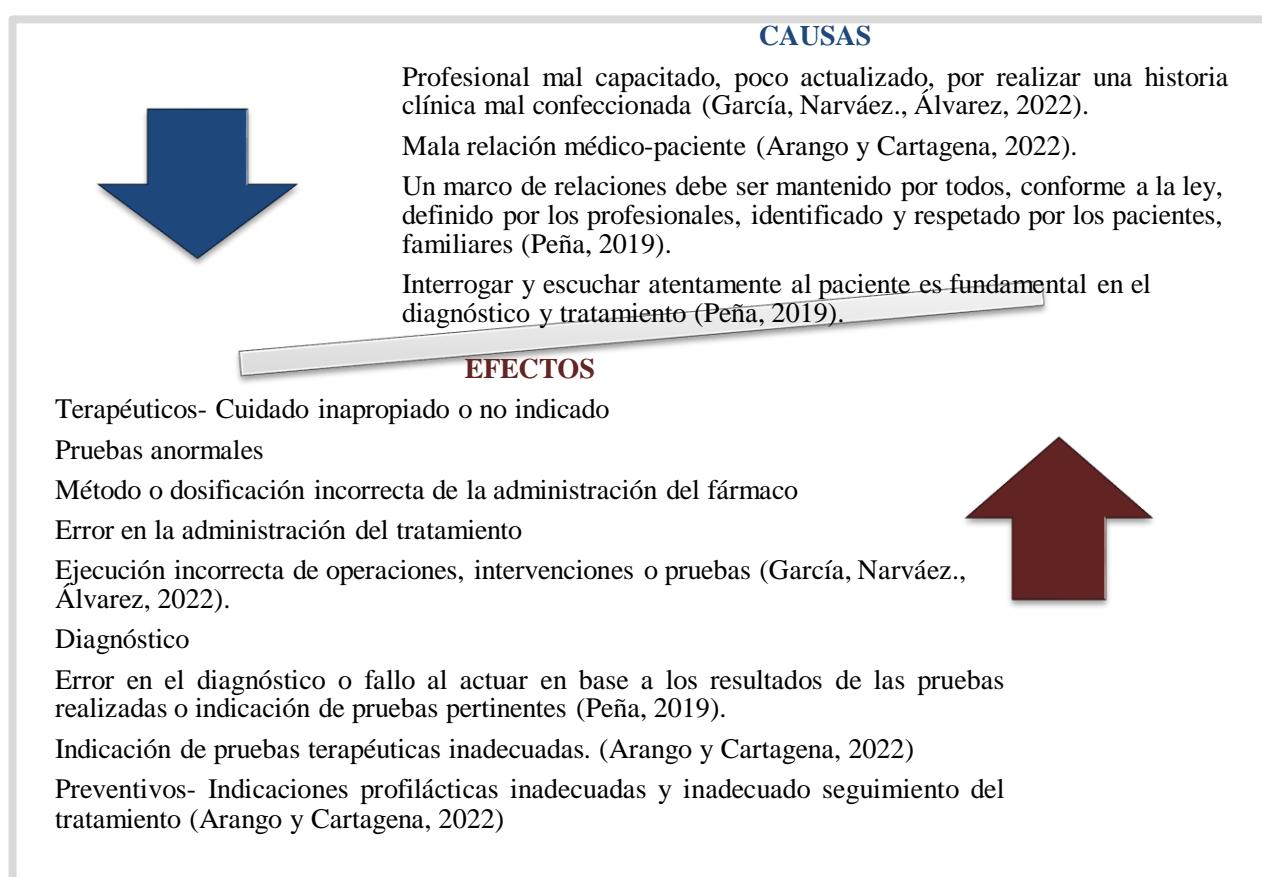


Figura 1. Causas y efectos de la mala praxis en cirugías estéticas.
Fuente: Elaboración propia de los autores (2022).

La responsabilidad por los daños derivados de la mala praxis médica se presume surgida por imprudencia, negligencia, impericia e inobservancia, y falta de habilidad, entendiendo por imprudencia la negligencia en el ámbito de la atención necesaria o en la previsión de sus consecuencias (Vera, 2022). La negligencia, equivale a descuido, y la falta de pericia se considera falta de habilidad, experiencia o práctica científica.

En este contexto, la jurisprudencia como la doctrina ha evolucionado hacia una posición cada vez más amplia respecto de la responsabilidad de los profesionales médicos, teniendo en cuenta que la responsabilidad no se limita a una cierta falta de conocimiento, negligencia grave o imprudencia, errores inexcusables derivados del diagnóstico y tratamiento.

Es importante señalar que existen omisiones que generan responsabilidad, como en los casos en que los pacientes no reciben adecuadamente su control médico-quirúrgico, lo que resulta en una asistencia, que no es totalmente compatible con un cuidado razonable. En tal efecto, debe predominar el pensamiento basado en la protección del paciente, quien deposita toda su confianza en el personal de salud.

Por supuesto, los errores médicos deben ser juzgados con criterios razonables y debe proporcionarse un contenido específico en cada caso analizado, para que no quede impune la práctica profesional y la mala praxis médica por falta de práctica.

Conclusiones

La mala praxis es un tema de suma importancia en cualquier nivel quirúrgico, especialmente en la cirugía estética. Los riesgos pueden reducirse fortaleciendo ciertos aspectos, siendo los más importantes la comunicación médico-paciente, el consentimiento informado y la historia clínica, también con una buena infraestructura y un buen equipo de trabajo.

En el Ecuador, los legisladores limitan el tratamiento legal y las reclamaciones de responsabilidad por mala praxis médica, porque la lesión resultante se limita a la muerte. Además, cabe señalar que los delitos también deben tener otras consecuencias lesivas.

El alcance de la responsabilidad profesional varía según la gravedad del daño causado. Según las circunstancias, la responsabilidad del médico puede ser de ámbito civil o penal, según sea el caso en particular.

Es así que a nivel regulatorio conviene revisar la normativa actual para proteger a los pacientes que se sometan a cirugías.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de interés de ningún tipo.

Referencias

- Bellanero, A. (2021). *Mala praxis y derecho penal costarricense: un énfasis en las cirugías estéticas.* Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/juridicas/article/view/48844/48538>
- Cardona, A., & Guerra, C. (2022). *Las cirugías plásticas en Colombia.* Obtenido de <http://52.170.20.67:8080/handle/123456789/2549>
- Catañeda, L., & Morales, C. (2020). *Nombre del documento. Nombre de la revista. Vol; Nro(pp).* Obtenido de <http://libros.com>

- Cesano, J. D. (2018). *La Responsabilidad Médica*. Buenos Aires: BdeF Ltda.
- Código Civil. (2005). Quito: Zona Legal.
- Código Orgánico Integral Penal. (10 de febrero de 2014). Obtenido de Registro Oficial No.180 :
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
- Código Penal Colombiano. (24 de julio de 2000). *LEY 599 DE 2000. Congreso de Colombia*. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/codigo_penal_colombia.pdf
- Código Penal de la Nación de Argentina. (1984). *LEY 11.179 (T.O. 1984 actualizado)*. Obtenido de Ministerio de Justicia y Derechos Humanos:
https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_arg_codigo_penal.htm
- Código Penal del Perú. (16 de octubre de 2018). *Ministerio de Justicia*. Obtenido de [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/001CD7E618605745052583280052F800/\\$FILE/COD-PENAL_actualizado_16-09-2018.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/001CD7E618605745052583280052F800/$FILE/COD-PENAL_actualizado_16-09-2018.pdf)
- Código Penal Español . (2015). *Gobierno de España* . Obtenido de Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre: <https://www.conceptosjuridicos.com/codigo-penal/#:~:text=El%20C%C3%B3digo%20Penal%20es%20un,aplicar%20a%20los%20distintos%20delitos>.
- Constitución de la República del Ecuador. (20 de octubre de 2008). Obtenido de Registro Oficial No. 449: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Delgado-Lino, P., Moreira-Moreira, C., Muñoz-Moreira, R., F, M.-R., Almeida-Almeida, G., & García-Loor, G. (2019). *Calidad de asistencia dentro de los cuidados de intervención quirúrgica*. *Pol. Con.* (Edición núm. 30) Vol. 4, No 2. Obtenido de 10.23857/pc.v4i2.890
- Fernández, S. (2016). El Acto Médico: Error y la Mala praxis. *Boletín CONAMED-OPS*, 4.
- Figueroa, C. Y., & Yáñez, P. F. (2022). Imputación Objetiva en la Responsabilidad Penal Medica. *Universidad libre de Colombia*, 28.
- Fornasini, B. G. (2018). El error médico en la prestación de salud. *Carta al editor*, 3.
- García, M. (mayo de 2019). *Tendencia estética*. Obtenido de <https://www.quironsalud.es/blogs/es/tendencia-estetica/cuatro-intervenciones-cirugia-plastica-populares>
- García, O., Narváez, F., & Álvarez, Y. (2022). *Revista Colombiana de Cirugías Estética*. Obtenido de Situación actual de la aplicación de biopolímeros en cirugía estética de glúteos: <https://www.ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/view/191/pdf>
- Hallo, D., & Naranjo, E. (2020). *Problemas Jurídicos en la mala práctica médica dentro de la cirugía estética en Ecuador*. *Debate Jurídico Ecuador. Revista Digital de Ciencias Jurídicas de UNIANDES*. Vol. 3, Nro. 2; pp. 81-93. Obtenido de <http://45.238.216.13/ojs/index.php/DJE/article/view/1943>
- Hernández, S. R. (2014). *Metodología de la Investigación* . México: Interamericana Editores S.A.
- Lencioni, J. (2015). *Sexología y Tocoginecología*. Rosario: Corpus.
- Ley Orgánica de Salud. (22 de diciembre de 2006). Obtenido de Registro Oficial Suplemento 423: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

- Mayo Clinic. (04 de mayo de 2022). *Cirugía estética*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cosmetic-surgery/about/pac-20385138>
- Meléndez, I. C., Macías, M., & Álvarez, A. (2019). *Revista Cubana de Enfermería*. Recuperado el 20 de diciembre de 2022, de Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239/585>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1984). *LEY 11.179 (T.O. 1984 actualizado)*. Obtenido de CODIGO PENAL DE LA NACION ARGENTINA: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_arg_codigo_penal.htm
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *MSP explica el art 146 del COIP*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/msp-explica-el-art-146-del-coip/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Cirugía Segura Salva Vidas*. Recuperado el 20 de diciembre de 2022, de chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
- Paguay, O. M. (2022). El homicidio culposo por mala práctica médica en el Ecuador. *Revista científica Sociedad & Tecnología*, 14.
- Peña, R. F. (2019). *Los actos protocolares y el derecho a la salud de los pacientes por atención de emergencia en el hospital rezola de cañete*. Obtenido de <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/29759/Pe%c3%b1a%20Cruz%2c%20Roberto%20Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, J. P., & Gardey, A. (2022). *MALA PRAXIS*. Obtenido de <https://definicion.de/mala-praxis/>
- Pintado, A. F., Rojas, C. J., & Pino, A. E. (2019). Mala práctica médica en Ecuador. *Revista Dilemas Contemporáneos*, 10.
- Rios, A. R. (2018). *La responsabilidad médica en las constituciones de Mexico y Perú*. Mexico: Ius Comitiālis.
- Saltos, P. (2004). *Mala práctica médica*. . Ecuador: Revista Novedades Jurídica N.1. Ediciones Legales.
- Sentencia SC042-2022, 73001-31-03-006-2008-00283-01 (Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia 07 de febrero de 2022). Obtenido de <http://consultajurisprudencial.ramajudicial.gov.co:8080/WebRelatoria/csj/index.xhtml>
- Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética. (2020). *Resultados de la encuesta global anual sobre procedimientos estéticos/cosméticos*. Obtenido de <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2021/12/Spanish-LATAM.pdf>
- Vera, O. (2022). *LA RESPONSABILIDAD Y LA MALA PRAXIS DEL PROFESIONAL MÉDICO*. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 60-65. Epub 30 de diciembre de 2022. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000200060&lng=es&tlng=es
- Villareal, J., Gómez, D., & Bosques, F. (abril de 2011). *Revista medicina universitaria*. Recuperado el 06 de 03 de 2023, de Errar es humano: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

Enfoque de género en el saber y las prácticas en salud ocupacional de médicas y médicos especialistas

Gender focus in the know and practices in occupational health medical specialists

Ariel David Pérez Galavís ¹.

¹ Médico Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Docente – Investigador en el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” – Ministerio del Poder Popular Para la Salud. Maracay, Estado Aragua, Venezuela. : <https://orcid.org/0000-0003-3422-3862> arieldavid65@gmail.com

Resumen

Objetivo: se centró en analizar las representaciones sociales que estén circulando en el imaginario colectivo de las y los médicos especialistas en salud ocupacional, partiendo del examinar de lo subjetivo que se construye en torno al saber y las prácticas en salud, desde el enfoque de género. Metodología: la misma se realizó desde el paradigma postpositivista, enfoque cualitativo, método fenomenológico hermenéutico. Contó con los aportes de cinco médicas y médicos, especialistas en Salud Ocupacional, que estuvieron laborando en servicios de seguridad y salud en el trabajo, tanto del sector público como privado, con menos de diez años de egresados como especialistas. Fue realizada en el Estado Aragua - Venezuela, durante los años 2020-2021, con la aplicación de una entrevista individual focalizada en profundidad y un diario de campo. Resultados: el análisis de las representaciones sociales permitió develar códigos, símbolos, registros y significaciones sobre la atención médica en los servicios de salud ocupacional, que es necesario deconstruir para comprender el marco epistemológico subyacente en la formación continua del especialista en salud ocupacional, quien tiene la responsabilidad de propiciar y concretar las metas y objetivos del programa de seguridad y salud en el trabajo. Conclusiones: El análisis de los discursos evidenció un vacío existente sobre la construcción de estrategias en el abordaje del enfoque de género, y en la diferenciación de los problemas de salud de las y los trabajadores en la atención médica. Nos sugiere que es poco lo que las y los médicos especialistas han profundizado sobre género en el trabajo, a pesar de haber recibido formación en el tema.

Palabras Clave: género y salud, medicina del trabajo, conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Abstract

Objective: focused on analyzing the social representations circulating in the collective imagination of occupational health specialists, starting from examining the subjective built-around knowledge and health practices from the gender perspective. Methodology: It was carried out from the postpositivist paradigm, qualitative approach, and hermeneutic phenomenological method. It had the contributions of five doctors, specialists in Occupational Health, who worked in safety and health services at work, both in the public and private sectors, with less than ten years of graduate as specialists. It was carried out in the Aragua State - Venezuela, during the years 2020-2021, with an individual interview focused in-depth and a field diary. Results: The analysis of social representations allowed revealing codes, symbols, records, and meanings about medical care in occupational health

services, which need to be deconstructed in order to understand the epistemological framework underlying the continuing education of the occupational health specialist, who has the responsibility of promoting and specifying the goals and objectives of the occupational health and safety program. Conclusions: The analysis of the discourses revealed an existing gap in the construction of strategies in the gender approach and the differentiation of health problems of workers in medical care. It suggests that there is little that medical specialists have gone into in-depth about gender at work, despite having received training on the subject.

Keywords: Gender and health, occupational medicine, health knowledge, attitudes and practice in health.

Introducción

Las necesidades sentidas de las comunidades en general teniendo como principio básico la universalidad y equidad de género, las políticas públicas dirigidas a la salud laboral que actualmente se desarrollan en los países suscritos a la Organización Internacional del Trabajo, así como a nivel gubernamental pueden ser atendidas a través del desarrollo de líneas de investigación. Esto debe hacerse con la perspectiva de contribuir a mejorar la salud de las/los trabajadores/as, a través de la comprensión e interpretación de las realidades sentidas con un enfoque de derechos humanos que respondan a las necesidades e intereses de la masa trabajadora, que permita cerrar las brechas existentes de inequidad social y las diferentes formas de construcción de identidades en mujeres y hombres a nivel mundial. En este sentido, la percepción de las relaciones sociales de género representa una herramienta clave en las prácticas de asignación de tareas, debido a las diferencias que se derivan de las relaciones de poder y desigualdad entre hombres y mujeres.

Es de considerar el hecho de que las mujeres tengan mayor facilidad para ingresar a contextos cambiantes, pues estos les permiten ejercer diferentes roles en relación a las urgencias que se presenten en el momento. Además, poseen una mayor capacidad para participar en los movimientos, luchan por mejoras que beneficiarán a su comunidad y a su medio ambiente, para intentar revertir o, al menos, solventar las situaciones de riesgo que plantea el entorno. Todo ello, con acciones que implican un esfuerzo adicional a sus tareas habituales, sin desestimar los riesgos que ellas tienen en el área de trabajo.

En consecuencia, el género es producto de la cultura, se trata de un concepto contingente, incluso diferente según la región y épocas históricas.. Su concepción puede variar según las edades del sujeto, por tanto, se constituye en una verdadera división social en la asignación de las personas a diferentes ocupaciones, puestos de trabajo y tareas dependiendo del sexo. Esto hace suponer una asociación entre sexo y determinados talentos o capacidades del sujeto. Como bien advierte Acevedo (2018), “Actualmente observamos un patrón universal de segmentación y segregación de la fuerza de trabajo según el sexo”. Además, la autora expresa: “A pesar de una mayor diversificación de los estudios para las mujeres y de su presencia en áreas de formación donde predominan los hombres, el acceso al empleo en sectores masculinizados permanece casi inamovible”.

El concepto de “género” emergió durante los años sesenta, según reseña el Instituto Nacional de las Mujeres de México (2008). Fue producto de investigaciones médicas realizadas por Robert Stoller, sobre trastornos de la identidad sexual de los seres humanos:

Basado en sus investigaciones en niños y niñas con problemas anatómicos en la distinción de sus genitales, concluyó que la identidad sexual de las mujeres y los hombres no era resultado directo del sexo biológico, sino de las pautas de socialización y representación cultural sobre lo que significa ser mujer u hombre en un determinado contexto social.

Por consiguiente, el concepto de género se entiende como el resultado de los procesos sociales y culturales que vienen a dar sentido y significado a las diferencias sexuales existentes entre las mujeres y hombres. Según este concepto, muchos de los atributos que pensamos como naturales, en realidad son características socialmente construidas sin relación alguna con el sexo biológico de las personas. Se puede comprender, entonces, que la diferencia entre los sexos se va creando en el trato diferencial que reciben las personas según su sexo.

Considerar el género como categoría analítica ha permitido comprender la composición de la fuerza humana de trabajo, las relaciones sociales, las clases y las formas de producción en contextos históricos específicos, tomando en consideración las formas en que se estructuran las relaciones sociales entre los hombres y las mujeres en los espacios públicos y/o privados, así como las nociones ideológicas, jurídicas y políticas construidas para definir el rol de las personas en la sociedad. Para el Instituto Nacional de las Mujeres de México (2008) no fue hasta finales del año 1970 y principios de 1980 que el género como categoría de análisis comenzaría a utilizarse en las investigaciones históricas acerca del trabajo y la mujer. Dicho Instituto asevera que “su utilización estuvo precedida del reclamo de mujeres en ámbitos intelectuales, por tener su espacio en la historia escrita”.

En consecuencia, Gomáriz (1992) relató que para 1928, la escritora inglesa Virginia Woolf “realizó una profunda reflexión acerca de los factores que excluían a la mujer de la producción literaria y de la historia escrita”. También, Simone de Beauvoir expresó que la mujer tendría que escribir su propia historia. Además, consideró que “esos primeros acercamientos, sin ser efectuados desde la perspectiva historiográfica, implicaban un cuestionamiento a la narrativa histórica y a la construcción de identidad del sujeto desde el positivismo como corriente epistemológica”. En suma, al final de la década de 1920, Virginia Woolf no sólo se preguntó cuáles eran las condiciones en que vivían las mujeres que les impedía incursionar en el campo de la literatura”, sino por qué a las mujeres “apenas la menciona la historia”. Por lo que la autora consideró que:

El incorporar a la mujer como objeto de reflexión historiográfica y sujeto de la historia, ha sido un proceso en el cual las luchas feministas y el movimiento reivindicativo de las mujeres, tuvieron directa injerencia al reflexionar y tratar de responder una serie de interrogantes directamente relacionadas con el proceso mismo de la mujer. Esto determinó que muchas mujeres del medio universitario y académico se involucraran en el estudio de la problemática femenina.

Políticas Públicas Sobre Género en Venezuela

En Venezuela, en 1974, nace el primer mecanismo para el avance de la mujer, tal como lo reseñó Acevedo (2009). Este mecanismo fue la creación de la Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República. Años más tarde, en septiembre de 1993, se elaboró la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (LIOM), en ese mismo año se creó el Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU).

En los últimos 17 años, en el país se han implementado políticas públicas y estrategias para acelerar los procesos de inclusión social, orientando la gestión hacia la reivindicación de los derechos y el avance hacia la igualdad y la equidad de género, a través de la creación de espacios para asegurar la eliminación y erradicación de la discriminación contra las mujeres. En 1999 se creó el Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER), y en el 2009 el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, sus entes adscritos y sus tres Viceministerios.

En consecuencia, la República Bolivariana de Venezuela ha suscrito y ha ratificado convenios, protocolos y tratados internacionales a los cuales se les ha dado cumplimiento y fortalecimiento, como lo describe Acevedo (2009). Los más relevante son: a) El Cairo (1994): Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Mejoramiento de la Condición de la Mujer. Derechos Reproductivos. b) Convención Interamericana de Belem do Pará (1994): Erradicación de la Violencia en contra de las Mujeres. c) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995): Igualdad entre Hombres y Mujeres para el Siglo XXI. d) CEDAW (1979): Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres. e) Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000, donde se acordó alcanzar, para el 2015, las 8 Metas del Milenio.

Asimismo, se creó la Ley Orgánica sobre los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia (2007). Desde el año 2013 se ha venido desarrollando el Plan Nacional para la Igualdad y Equidad de Género "Mamá Rosa", el cual fue construido mediante consulta nacional, donde voceras del poder popular plasmaron sus aportes para el diseño de las políticas públicas de igualdad de género.

Sobre las bases de las consideraciones anteriores, los mecanismos de políticas públicas orientadas a visibilizar la perspectiva de género se evidencian en todas las estructuras institucionales a nivel nacional, como hace referencia Acevedo (2014), quien señaló que en el Poder Ejecutivo está representada a través del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, en el Poder Legislativo a través de la Comisión Permanente de Familia, Mujer y Juventud de la Asamblea Nacional, en el Poder Judicial se cuenta con los Tribunales Especiales de Violencia contra la Mujer, y en el Poder Ciudadano se tiene la Defensoría Especial de la Mujer. En cuanto al Poder Público Estadal se cuenta con 16 Institutos Regionales de la Mujer (IREMUJERES) y a nivel de Poder Público Municipal se encontraron nueve Institutos Municipales de la Mujer, creados desde el 2001, en ambos niveles. Asimismo, se creó el Banco de Desarrollo de la Mujer (BANMUJER).

En consecuencia, la República Bolivariana de Venezuela, ha suscrito y ha ratificado convenios, protocolos y tratados internacionales a los cuales se les ha dado cumplimiento y fortalecimiento, como lo describe Acevedo (2009), los más relevante son: a) El Cairo (1994): Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Mejoramiento de la Condición de la Mujer. Derechos Reproductivos. b) Convención Interamericana de Belem do Pará (1994): Erradicación de la Violencia en contra de las Mujeres. c) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995): Igualdad entre Hombres y Mujeres para el Siglo XXI. d) CEDAW (1979): Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres. e) Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000, donde se acordó alcanzar para el 2015, las 8 Metas del Milenio.

Asimismo, se creó la Ley Orgánica sobre los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia (2007); desde el año 2013 se ha venido desarrollando el Plan Nacional para la

Igualdad y Equidad de Género “Mamá Rosa”, el cual fue construido mediante consulta nacional, donde voceras del poder popular plasmaron sus aportes para el diseño de las políticas públicas de igualdad de género.

Sobre las bases de las consideraciones anteriores, los mecanismos de políticas públicas orientadas a visibilizar la perspectiva de género se evidencian en todas las estructuras institucionales a nivel nacional, como hace referencia Acevedo (2014), quien señaló que en el Poder Ejecutivo está representado a través del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, en el Poder Legislativo a través de la Comisión Permanente de Familia, Mujer y Juventud de la Asamblea Nacional, en el Poder Judicial se cuenta con los Tribunales Especiales de Violencia contra la Mujer, y en el Poder Ciudadano se tiene la Defensoría Especial de la Mujer. En cuanto al Poder Público Estadal se cuenta con 16 Institutos Regionales de la Mujer (IREMUJERES) y a nivel de Poder Público Municipal se encontraron nueve Institutos Municipales de la Mujer, creados desde el 2001, en ambos niveles; asimismo, se creó el Banco de Desarrollo de la Mujer (BANMUJER).

Visibilización Laboral de la Mujer

En Venezuela el proceso constituyente de 1999, trajo consigo reformas en lo laboral como es el caso de la Ley Orgánica del Trabajo, Los Trabajadores y Las Trabajadoras (LOTTT, 2012).

En el Artículo 1 se visibiliza a la mujer desde el Título y en todo el resto del texto. En el Artículo 20 se establece como principio rector la igualdad y equidad de género en el acceso al trabajo y a funciones directivas; reconociéndose no solo el trabajo remunerado de la mujer, sino incluso el trabajo que desarrolla en el hogar, lo que ha sido un avance significativo en lo que a género se refiere en Venezuela. Otro aporte de la LOTTT es que las madres y los padres trabajadores gozan de inamovilidad laboral durante los dos años siguientes al nacimiento de su hija o hijo, y los padres tienen un permiso de 15 días remunerados, lo que, para Acevedo (2014), “...tiende a contribuir a romper un sesgo de género que materializa las medidas de protección a la familia y se convierte en desventaja de las mujeres en el acceso al empleo”.

A pesar de los avances significativos en la LOTTT, siguen persistiendo las desigualdades de género en el área laboral. Entre los principales impactos identificados en estas desigualdades se encuentra la división social del trabajo, de donde se desprende la división sexual del trabajo expresada como segregación tanto vertical como horizontal, y la propia segmentación del empleo. También, de la división sexual del trabajo se desprende la asignación diferencial de tareas; colocando en mayor desventaja a la mujer en lo laboral, lo que da lugar a la expresión de la desigualdad de género existente en el trabajo.

Por otra parte, las relaciones sociales de género en el trabajo, entendidas como formas dinámicas de relación social y poder entre los hombres y mujeres, vienen a transversalizar los diferentes espacios de acción. Su mayor expresión es la violencia laboral; de aquí se identifica el acoso tanto laboral como sexual como otras expresiones de desigualdades de género. Otros aspectos que hay que tomar en cuenta son la virilización del trabajo y los nuevos conceptos de trabajo productivo y trabajo reproductivo. Todos estos puntos pueden en algún momento modificar los factores de riesgo presentes en el área laboral o incluirse como uno más de ellos, trayendo como consecuencia problemas de salud ocupacional en la masa trabajadora.

Avances de la Visión de Género en el Trabajo

Según Carosio (2009), el proceso de instalación y desarrollo de los programas de estudios de la mujer y de género, en Venezuela, tuvo compromiso muy bajo de las universidades, pues prácticamente, no se asignaron suficientes recursos a estos programas. Es por ello, que la mayoría de las investigaciones han sido producto de esfuerzos y persistencia individuales, de profesoras e investigadoras comprometidas, que han logrado superar las trabas que les impiden obtener estructuras funcionales y profesionales para desarrollar equipos de trabajo consolidados.

La aspiración actual a nivel universitario es transversalizar con la perspectiva de género el currículo educativo en todos los niveles. Partiendo de esta premisa, expresa Castillo (2007) que esto solo se alcanza "...desarrollando experiencias de enseñanza-aprendizaje y unidades curriculares que den lugar a la formación humana para la igualdad y a la formación especializada para la integración del enfoque de género en las políticas públicas", y en la solución de problemas para sociedades efectivamente democráticas con equidad.

Además, desde la dimensión política, las teorías género-sensitivas visibilizan las dimensiones de poder construidas en el aspecto cotidiano de la vida social, laboral y de la actividad universitaria. Desde diversas perspectivas se observa que las desigualdades se presentan desde las maneras de concebir, producir, valorar y diseminar los saberes en todos los ámbitos; la asignación por género en las diferentes disciplinas y áreas del saber, la cultura y las estructuras universitarias, las relaciones sociales de género en el mundo académico e, incluso, en los modos en que se ejerce el poder. En este sentido, cabe destacar a Fernández (1998) quien reseña que "la institucionalización de los estudios feministas en las instancias de la educación superior ha tenido diferentes impactos: en el desarrollo del conocimiento y en el impacto de la estructura misma de las instituciones".

En el mismo orden de ideas, en la mayoría de las universidades se observa con mayor frecuencia interés por realizar investigaciones sobre las mujeres o el desarrollo de conocimiento con perspectiva de género, pues han aumentado los trabajos de grado presentados en distintas disciplinas sobre esta temática. Las políticas públicas que se vienen desarrollando y que buscan ser sensibles al género y leyes que promueven la equidad e igualdad, impulsan la necesidad, en las y los investigadores, de mayor información y reflexión que les permita tener bases para la práctica docente. En ese sentido, la propuesta actual consiste en avanzar a la transversalización de la perspectiva de género en la educación superior, como reseñó astillo (2009):

... se propone la construcción de ambientes y contenidos educativos no sexistas que posibiliten la transformación social y la igualdad efectiva. El primer paso de esta tarea es visibilizar la variable de género, y mostrar el eufemismo de la ciencia única, universal y desinteresada, oculta la localización corpo/política del sujeto y, por ende, sus marcas de raza, lengua, clase, edad, sexo/género, etc. Conocimiento que producido a partir de la visión patriarcal se autoproclama como el único, verdadero y con capacidad para juzgar a los demás.

Demandas y oportunidades académicas y sociales se presentan en este momento histórico, para los Estudios de Género y de las Mujeres, tales como: los planteamientos inter y transdisciplinarios de la producción de conocimientos, la visibilización de la educación en valores y para la ciudadanía como base de toda formación científica, preocupaciones sobre

qué es lo que se quiere conocer y cómo se relaciona el conocimiento con las prácticas sociales, nuevos modelos de producción del saber ligados al hacer y al convivir, el diálogo de saberes como filosofía y método que reconoce el valor creador de la diversidad epistémica.

En Venezuela, en particular, la puesta en práctica de la Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior (2005), retó a la academia con la necesidad de la puesta en práctica de saberes que necesariamente son situados y donde la variable sexo-genérica se hace evidente.

Formación en Género en Salud Ocupacional

En Venezuela en 1991, según reseñan Guevara y Sánchez (2014) se inició el postgrado de salud ocupacional en la Universidad de Carabobo y, en el 2005, en el Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". La formación de género se incluyó en dichos postgrados para esa misma fecha, y en la Universidad Lisandro Alvarado de la Ciudad de Barquisimeto, posteriormente. Relata Acevedo (2014) que, en 1991, en la Universidad de Carabobo se fundó a Unidad de Estudios de Género, que orientó a tesistas de pre y postgrado en esta materia. En el ámbito nacional, la revista Salud de los Trabajadores y la Revista Venezolana de Estudios de las Mujeres divultan trabajos de investigación en temas de género y trabajo, así como de salud laboral de las mujeres.

Igualmente, desde el año 2008 se realizan los Encuentros Nacionales "Mujer, Trabajo y Salud" que reúne a profesionales y trabajadores del campo de la salud ocupacional para la discusión y reflexión de temas de salud ocupacional de las mujeres y de género, trabajo y salud, con el principal objetivo de crear y fortalecer las políticas públicas en esta materia.

Por tal motivo el propósito de esta investigación fue analizar las representaciones sociales que estén circulando en el imaginario colectivo de las y los médicos especialistas en salud ocupacional, partiendo del examinar de lo subjetivo que se construye en torno al saber y las prácticas en salud, desde el enfoque de género.

Metodología

El método que dio dirección a este itinerario de investigación fue el fenomenológico hermenéutico. La direccionalidad de la mirada de esta investigación estuvo centrada en analizar las representaciones sociales que circulan en el imaginario colectivo de médicas y médicos especialistas en salud ocupacional.

Se realizaron un total de cinco entrevistas, algunas fueron necesarias repetirlas, para profundizar determinados tópicos. Se utilizó la grabación y un diario de campo o memorando, se asumió el itinerario metodológico diseñado por Montero (1998). Las y los actores sociales sujetos de la investigación, fueron cinco médicas y médicos especialistas en salud ocupacional, que estaban laborando en servicios de seguridad y salud en el trabajo, tanto del sector público como privado en el Estado Aragua, Venezuela, durante los años 2020-2021, y que, además, tuvieran menos de 10 años de egresados como especialistas. Todo esto articulado a la introducción de la unidad curricular "Mujer, Salud y Trabajo" en los postgrados de Salud Ocupacional para esa fecha en las universidades nacionales.

Una vez realizadas las entrevistas, se transcribieron sin omitir ninguna información textual y paratextual, la cual fue asentada en el diario de campo. La limpieza o barrido fue la etapa siguiente y se eliminaron las palabras o expresiones que se repetían. Una vez que los conceptos empezaron a acumularse, se inició el proceso de agruparlos bajo términos explicativos en categorías. Se ordenaron las transcripciones para obtener un relato continuo, coherente y libre de redundancias e irrelevancias.

La codificación axial que se utilizó en esta investigación, ocurrió alrededor de un eje central (el saber y prácticas profesionales de los médicos/as en torno al género, a nivel laboral). A partir de este eje central que se rastreó en los discursos se fue desarrollando el corpus temático. Luego se procedió a la categorización y análisis de los datos, los mismos fueron triangulados con los estudios previos, con los antecedentes de la investigación, y los aportes de las y los informantes claves, para emitir las consideraciones finales.

Resultados y Discusión

Los resultados de esta investigación fueron analizados con los aportes de la teoría de género y trabajo, de los estudios previos, es decir antecedentes de dicha investigación y los aportes de las y los informantes claves. La presente investigación contó con los aportes de cinco personas de profesión médica, especialistas en salud ocupacional e higiene del ambiente laboral, cuyas edades oscilaron entre 52 y 71 años de edad, con una antigüedad de graduación de tres a siete años como especialistas en salud ocupacional. Uno labora en el sector privado, tres en el sector público y uno, tanto en el sector privado como público, cuatro de ellas son mujeres y un hombre. A efectos de identificar sus aportes a este análisis codificaremos por medio de letras sus narraciones.

1. Tras la búsqueda de las representaciones sociales y prácticas en salud ocupacional:

Es de considerar lo mencionado por Terán y González (2008):

La estructura básica de la mentalidad occidental ha sido el racionalismo herencia del pensamiento griego. Estamos frente a una crisis de los fundamentos del conocimiento científico, filosófico y del pensamiento en general. Crisis que comienza a planearse a mediados de este siglo y que no ha sido otra que la crisis del paradigma de la ciencia en cuanto a modo de conocer. Estamos frente a un desafío epistemológico en función de encontrar los mejores caminos que nos permitan captar o aproximarnos a la esencia.

Los discursos de las y los médicos especialistas en Salud Ocupacional entrevistadas(os) no están diciendo otra cosa sobre lo antes planteado, en relación al enfoque de género en el saber y las prácticas en salud en el área laboral. A continuación, se presentan algunos de sus criterios.

“Se hacen las diferencias en cuanto a lo que es la esfera reproductiva, la esfera sexual es diferente en el trabajador y la trabajadora...”. (Jc)

“No es justo marcar diferencias, en la prevención en seguridad laboral no hacemos distingo en el sexo, ... para minimizar los riesgos a la salud...”. (Cz)

“Los problemas de salud de los trabajadores están relacionados con los factores de riesgo a que están expuestos, por lo que las estrategias se basan en cómo debemos disminuir su exposición en los trabajadores y no en el género”. (Za)

La introducción de la perspectiva de género en los estudios de especialización de las y los médicos en salud ocupacional, como cita Lamas (2000) “...implica reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otra cosa son las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual”. Por lo que la representación social del trabajo en base a los relatos de las médicas y los médicos especialistas en salud ocupacional entrevistados es predominantemente androcéntrica.

El conocimiento acerca de las asociaciones entre el género y los riesgos para la salud de las y los trabajadores es en la actualidad muy limitado y mucho de lo que ocurre en ese ámbito puede quedar fácilmente invisibilizado detrás de los actuales sistemas de atención médica. Este enfoque de género, debe ser abordado cuanto antes por las médicas y médicos especialistas en salud ocupacional, a fin de evitar consecuencias en la agudización de las patologías de la población trabajadora y su impacto en la calidad de vida. Pero, además, quedarían invisibilizados los factores de riesgo propios del género y que han marcado la precariedad en el trabajo, desde la inserción de la mujer en el área laboral formal y otros aspectos de género relacionados con los varones y sexo diversos.

2. Aportes de la formación al enfoque de género en salud ocupacional:

Nuestras entrevistadas y entrevistados expresaron haber recibido formación en género durante sus estudios de pregrado, pero muy superficiales, y en el postgrado con materias específicas como Mujer, Trabajo y Salud. Casi todas y todos han buscado información sobre aspectos de género y salud laboral por iniciativa propia, en internet o asistiendo a conferencias y seminarios. A continuación se expresan algunos de los criterios recogidos.

“Durante la carrera tuve algunas clases en cuanto a género y he asistido a charlas, a conferencias, por interés propio”. (Jc)

“...dentro de la carrera sí pero muy superficial”. (Za)

“He asistido a seminarios y a charlas y a simposios. Por internet los indago no con mucha frecuencia, pero sí los indago para poder determinar la discriminación de género que existe”. (Sc)

Algunos de las y los participantes mostraron poco interés por informarse en temas de género y trabajo. Sin embargo, otros han incursionado en temas afines al género.

“Sí vi género.... .No me he actualizado”. (Cs)

“...Realicé una maestría de sexología”. (Jc)

La formación en género, salud y seguridad en el trabajo en las universidades que dictan postgrado de salud ocupacional e higiene del ambiente laboral ha tratado de responder a la necesidad de formación tanto cualitativa como metodológica. Según Castillo (2007), “...además a una demanda de profesionales para un espacio público y privado de gestión de políticas de equidad e igualdad en sus diferentes vertientes. Se ha tratado en fin de disseminar el conocimiento comprometido con la justicia”.

Para Acevedo (2014), la formación e investigación sobre salud laboral en mujeres, debe ser abordada más allá de la función reproductiva, lo que actualmente se maneja oculta detrás de conocimiento androcéntrico, lo que deja a un lado una serie de variables que pueden en un momento dado incidir en los factores de riesgo, y que no están presentes en el hombre.

La introducción del concepto de género en las ciencias médicas ha tenido como objetivo lograr cambios en el modo de conocer. Esto solo se logrará con la iniciativa de profundizar este tema por parte de las y los médicos, un reto mayor para los especialistas en salud ocupacional, debido a la inserción, cada día mayor de la mujer en el área laboral remunerada, siendo imperante conocer todos los aspectos relacionados a género, salud y seguridad en el trabajo para así desarrollar la práctica médica con un enfoque de derechos humanos, que responda a las necesidades e intereses de la población trabajadora.

La perspectiva de género también analiza aspectos relacionados a la virilización del trabajo, el androcentrismo en la concepción del trabajo, el machismo como factor de riesgo en el trabajo, la discriminación laboral por orientación o identidad de género, los cuales tienen repercusiones en la salud laboral.

3. Prevención en seguridad y salud laboral, visión desde el género. Retos de la salud ocupacional:

La formación de los profesionales de la salud en las universidades venezolanas, según Godoy, González y Rivero (2013), tiene su basamento en los diseños curriculares de educación. Estos diseños curriculares, nacen como respuesta a las necesidades sociales de una determinada población en un determinado momento histórico, por lo que “el tipo de sociedad que se busca hacer realidad a través del programa educativo viene determinado por el diagnóstico que se haga de la situación existente”.

En Venezuela, en diversos estudios realizados en el año 1985, se evidenció que había contenidos de las asignaturas de la carrera de Medicina que no eran necesarios, lo que para ese momento exigía la adecuación del pensum de estudio al contexto social. Así que, para que un país cuente con profesionales capacitados para solucionar las problemáticas que se les plantee, en primer lugar, es necesario que sean identificadas éstas como tal. De esta forma, en cada una de las carreras universitarias se incorporarán componentes que permitan formar integralmente a los futuros profesionales, construyendo un perfil del egresado o egresada que corresponda a la realidad social. Así fue el caso de la introducción de la unidad curricular Mujer, Salud y Trabajo, en los postgrados de salud ocupacional, el cual forma a médicas y médicos que con sus características y atributos determinan la calidad de la atención en salud que se busca brindar a la población trabajadora.

Las opiniones de las médicas y médicos nos sugieren que aunque las universidades están contribuyendo en la formación integral de las y los especialistas en salud ocupacional, sigue siendo poco lo que los egresados han ampliado en conocimientos sobre las bases de la promoción a la salud y la prevención, tanto de enfermedades como de accidentes en lo laboral y así tener las herramientas necesarias para desarrollar estrategias con una visión de género y para minimizar los efectos a la salud que pudiera acarrear la actividad laboral, lo cual se evidencia en las siguientes expresiones:

“...la prevención en seguridad laboral no hace distingo en el sexo...”. (Cz)

“...no es necesario hacer un programa en base a género...”. (Cs)

“No, dependiendo del género no, porque los factores de riesgo afectan tanto al hombre como a la mujer”. (Za)

Sin embargo, otras(os) entrevistadas(os) que han continuado y profundizado el tema de género, salud y trabajo, consideran que el programa de seguridad y salud en el trabajo, en lo referente a promoción y prevención, debe ser diseñado con un enfoque de género, debido a las diferencias existentes en la salud de las trabajadoras y los trabajadores.

“...es importante que el programa plantea que se diseñarán estrategias para abordar el problema de salud, dependiendo si es trabajador o trabajadora...”. (Jc)

“...es necesario diseñar estrategias dependiendo si es hombre o mujer, ya que los riesgos son diferentes”. (Sc)

En relación a lo planteado Acevedo (2016) reseñó:

Una visión de género en salud y seguridad en el trabajo contribuye a ampliar y profundizar la caracterización del factor humano del trabajo, al reconocer su carácter sexuado, sus diferencias y necesidades psicobiológicas, sociales y culturales; y las implicaciones de éstas en la organización del trabajo, la actividad que se realiza en éste, las relaciones sociales entre los sexos que se establecen en

el proceso de trabajo, las consecuencias en la salud de las trabajadoras y los trabajadores, y la gestión de la seguridad.

Para lograr que la prevención de los riesgos de exposición en la salud de las y los trabajadores sea igualitaria, equitativa, integral y eficaz, es necesario que el diseño y ejecución de la práctica médica, sean siempre perfilados desde la perspectiva de género, ya que se podría hablar de dos fuerzas de trabajo separadas, ocasionando perfiles de riesgo diferenciados por sexo.

En este sentido, se debe tener en cuenta la importancia de realizar diagnósticos previos del grupo objetivo que se pretenda intervenir, el cual debe ser desagregado por género para comenzar a analizar la información e interpretar desde una perspectiva de género. Para esto es necesario que se diseñe con un enfoque de género el programa de seguridad y salud en el trabajo, ya que este es el inicio de todas las actividades preventivas y de promoción a desarrollar a nivel laboral.

El saber médico sobre temas propios de género, como la división sexual y las relaciones sociales de género en el trabajo, el concepto de trabajo productivo y trabajo reproductivo, y cómo impactan en la salud de las y los trabajadores, fueron temas analizados en las entrevistas.

4. División sexual del trabajo, más allá de la complejidad:

La perspectiva de género en el análisis del trabajo, explica Acevedo (2014) que ésta “permite identificar la inserción diferencial de hombres y mujeres en el trabajo, visibilizar las diferencias en las actividades y tareas que realizan, así como abordar las relaciones sociales de sexo en el trabajo y las consecuencias para hombres y mujeres”.

Este punto se refleja en los siguientes discursos:

“La lucha de la mujer sigue siendo por buscar esa igualdad por ocupar espacios que antes en cuanto a los cargos de gerencia no ocupaba”. “...las mujeres aunque estén capacitadas las ubican en otras áreas y esto puede afectar su salud”. (Jc)

“Desde que la mujer ingresó al área laboral siempre ha habido discriminación ya que el trabajo es considerado para hombres”. “...la discriminación existe pasará mucho tiempo para que quede erradicada estas desigualdades en oportunidades en el trabajo”. (Cs)

“Puede afectar la salud ya que estaría acarreando la segregación en el trabajo, y este aspecto puede alterar la salud de la trabajadora”. (Sc)

Otras entrevistadas consideran que la división sexual del trabajo está incluida entre los factores de riesgo psicosocial y, que directamente no influyen en otros factores de riesgo a nivel ocupacional. Lo cual es una visión muy funcionalista, de realidades separadas, obviando lo complejo e interconexiones del proceso de trabajo. Esto lo vemos expresado así:

“No debería tener influencia sobre los factores de riesgo porque no tiene nada que ver, pero los factores de riesgo como los psicosociales están incluidos estos factores relacionados con el género”. (Cz)

“...esos son riesgos psicosociales, pero no tiene por qué modificar los factores de riesgo, en dado caso yo lo incluiría dentro de los riesgos psicosociales, lo que yo considero es que si repercute en su salud”. (Za)

Comentan Astudillo e Ibarra (2014) en su ensayo “Perspectiva de Género, Desafíos para la Ergonomía en Chile”, que:

...existe una exposición laboral a los riesgos en el trabajo que en el caso de las mujeres parece ser más importante que aquella que se conoce y si bien los hombres también se

encuentran expuestos, las diferentes situaciones sociales han hecho que al menos sean más considerados en las políticas públicas de prevención de seguridad y salud en el trabajo.

Los aspectos de género y la salud en el trabajo, como la división sexual del trabajo, ha sido investigada en muchos estudios, a veces considerada como la extensión de los roles diferenciados en el ámbito doméstico, el resultado de la jerarquía vertical donde los hombres se encuentran en los puestos superiores, la asociación de los hombres a las máquinas o la división de otras condiciones de trabajo y empleo por género. En consecuencia, el género y el sexo no siempre son considerados en la implementación de las políticas de seguridad y salud en el trabajo. La orientación de los estudios y las prácticas en aspectos relativos a la seguridad y salud en el trabajo sigue siendo pensada para un mundo laboral masculino.

Las mujeres, según la publicación "Las Mujeres en el Trabajo" en el año 2016 por la Organización Internacional del Trabajo, a lo largo de su vida laboral, siguen padeciendo grandes dificultades para acceder a trabajos decentes, tomando en cuenta, que sólo se han logrado mejoras mínimas desde la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995. Además, la desigualdad entre mujeres y hombres persiste en los mercados laborales a nivel mundial, en lo relacionado a las oportunidades, al trato y a los resultados. Es importante mencionar, lo expresado en dicha publicación, donde afirma que, en los dos últimos decenios, los notables progresos realizados por las mujeres en cuanto a los logros educativos no se han traducido en una mejora comparable de su posición en el trabajo. En muchas regiones del mundo, en comparación con los hombres, las mujeres tienen más probabilidades de encontrarse y permanecer en situación de desempleo, tienen menos oportunidades de participar en la fuerza de trabajo y suelen verse obligadas a aceptar empleos de peor calidad.

Además, los progresos realizados para superar los obstáculos antes mencionados, tal como hace referencia Ceballos (2016), han sido lentos y se limitan a algunas regiones del mundo. Incluso en muchos de los países en los que la disparidad en la participación de la fuerza de trabajo y el desempleo se ha reducido, y en los que las mujeres están dejando de lado el trabajo familiar auxiliar para centrarse en el sector de los servicios, la calidad de los empleos de las mujeres sigue suscitando preocupación. Lo antes planteado constituye un determinante importante de las desigualdades de género en el trabajo.

5. Relaciones sociales de género en el trabajo, más allá de ser un tema delicado...

Las relaciones sociales de género, como reseñaron Acevedo, Biaggii y Borges (2009), en el área de trabajo:

...se expresan en una distribución desigual de poder entre hombres y mujeres, generando situaciones de tensión y violencia que afectan, fundamentalmente, a las mujeres. El acoso laboral y el acoso sexual en el trabajo son expresión de violencia de género muy extendida en los espacios laborales.

Sobre este aspecto las médicas y los médicos entrevistados relatan:

"...es un tema muy delicado a nivel laboral y que se presenta con mucha frecuencia. Claro que afecta mucho la salud". (Cz)

"...el acoso se ve y he leído que hasta a los hombres los acosan, incluso sexualmente, o sea que no es un tema de mujeres solamente. Es un tema complicado, complejo, de difícil manejo para nosotros los médicos ocupacionales". (Cs)

"Acoso laboral y sexual muy común y se ve en las dos direcciones hombre-mujer, mujer-hombre y claro que sí influye en la salud...". (Za)

"...esto influye en el trabajo que realice la persona, trae ausentismo laboral... hasta se enferman para no ir a trabajar y enfrentarse a esa situación...". (Jc)

Acevedo, Biaggii y Borges (2009), relatan que la violencia laboral se expresa como:

...un impacto negativo en la salud de las personas, en su integridad física y moral, en su rendimiento laboral y estabilidad del empleo, y en el ámbito familiar. La persistencia de la situación de hostigamiento se convierte en suplicio psicológico con efectos psicosomáticos y sociales.

La violencia laboral puede llevar a ausencias en el trabajo por enfermedad, tanto física como mental, e incluso jubilación anticipada. Pero además puede conllevar al extremo de la muerte, generando costos financieros no solo para la sociedad que cargará con los gastos de la recuperación psicológica de esa trabajadora o trabajador sino para el Estado. En este sentido, es un problema de salud colectiva, siendo necesario que las médicas y médicos especialistas en salud ocupacional empiecen a actuar sobre el problema, iniciando con la identificación de la situación de violencia laboral para, junto con el resto de los gestores del servicio de seguridad y salud en el trabajo, las empleadoras y empleadores y el Comité de Seguridad y Salud Laboral elaboren estrategias para su erradicación. Por eso es importante que las médicas y médicos ocupacionales adopten un papel de liderazgo en esta discusión por las repercusiones negativas a la salud que conlleva la violencia laboral.

6. Producción y Reproducción desde el análisis de las médicas y los médicos, en lo laboral

Aunque culturalmente se ha atribuido el trabajo productivo a los hombres y el reproductivo a las mujeres, Acevedo (2005) consideró que "el trabajo productivo no es exclusivo del hombre, ni el reproductivo exclusivo de las mujeres, naturalmente ambos están capacitados para realizar ambas funciones, tanto física como psicológicamente". Las y los entrevistados expresan:

"La producción se ha relacionado siempre al hombre y la reproducción a la mujer... pero hoy día la mujer produce porque trabaja". (Cs)

"...la mujer está en desventaja en el trabajo y además se embaraza y debe continuar trabajando. Atender el hogar afecta mucho la salud de las trabajadoras...". (Jc)

"Esa es la ley de la vida: trabajar y tener hijos no va a afectar la salud". (Cz)

En tal efecto, Acevedo (2005) expresó:

Es casi imposible pensar que los hombres sean los únicos ejecutores de todas las actividades económicas que se desarrollan en una sociedad o que las mujeres puedan cumplir solas con todas las funciones reproductivas. No obstante, predomina en la mayor parte de las sociedades una división sexual del trabajo donde se asigna, predominantemente, los hombres a la producción y las mujeres a la reproducción.resultando una mayor carga de trabajo para las mujeres al sumar las cargas productiva y reproductiva.

Reflexiones finales

La complejidad, tal como lo reseñaron Terán y González (2008), es efectivamente el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que constituyen

nuestro mundo fenoménico. La complejidad no es complicación, es multiplicidad de factores que se cruzan y entrecruzan sin pretender dar explicaciones causalistas o finalistas.

Un pensamiento complejo nunca es un pensamiento completo, al contrario, es articulado y multidimensional. Por lo que es de considerar que el paradigma tecno científico, caracterizado por la medicina moderna como único modelo explicativo de la salud y la enfermedad, es una teorización que plantea esta explicación como un fenómeno biológico de los seres humanos. Paradigma que no contempla otros factores que puedan explicar la determinación social del proceso salud-enfermedad donde el género adquiere relevancia. Incluso los factores de riesgo que pudieran quebrantar la salud de las y los trabajadores pueden estar determinados por el género, al igual que los riesgos pueden estar exacerbados o disminuidos, dependiendo del género. Esta reduccionista y miope manera de concebir la acción en salud laboral, ha minimizado por completo el proceso de generación de conocimientos sobre la promoción y prevención en salud en el área laboral con una visión de género.

Al reflexionar sobre los hallazgos más importantes de esta investigación, en relación al saber y la práctica médica, sobre temas como el de género, desde el discurso de las y los médicos especialistas en salud ocupacional, lo podríamos sintetizar en los siguientes comentarios:

1. Se evidencia la persistencia del conocimiento reduccionista, mecanicista, biologicista y fraccionado, con base en el modelo cartesiano, lo cual se refleja en los discursos de las y los entrevistados.
2. Se observa, a través del discurso de las y los médicos especialistas en Salud Ocupacional, que hay un limitado alcance en la continuación de la formación del médico(a) especialista en materia de género.
3. Se visualiza, reiteradamente, el manejo inadecuado del tema de género en el área laboral, para así poder diseñar estrategias en promoción y prevención con un enfoque de género.

La incorporación del género en el área laboral es hoy un desafío impostergable. Terán y González (2008) relataron que “las luchas de las mujeres feministas alrededor del mundo, han logrado posicionar agendas y abrir espacios de discusión y reflexión en torno al logro de la equidad de género en el área laboral”. Se considera que para que las médicas y médicos especialistas en salud ocupacional incorporen el género como variable transversal dentro de todas las fases de la dinámica laboral es necesario contar con elementos teórico-prácticos para así desarrollar una serie de estrategias que puedan ser abordadas con claridad y sistematización, a fin de ir conformando un cuerpo de conocimientos fundamentales para lograr incorporar el género en los espacios laborales. Esto solo se logrará con la formación continua de las y los especialistas en salud ocupacional sobre salud, género y trabajo.

Se considera que las acciones preventivas que se están desarrollando en el área laboral, no pueden seguir siendo manejadas con una visión reduccionista. Es necesario trascender hacia una dinámica de análisis de la salud-enfermedad, con una visión de género en el área laboral, donde tengan cabida los aspectos culturales y subjetivos, entre otros, dependiendo del género, y así identificar los factores de riesgo que pueden estar presentes en la masa trabajadora en determinado centro laboral, y así minimizar los riesgos.

Es importante considerar que las acciones tendientes a disminuir las desigualdades de género en salud ocupacional, favorecen no solo a las mujeres sino también a los hombres,

debido a que se estarían tomando en cuenta otros aspectos de género relacionados con los varones.

Vale decir, que identificar los condicionantes que influyen en el perfil epidemiológico de las y los colectivos humanos es muy importante. Ese amplio e inexplorado mundo experiencial que tanto hace falta indagar para humanizar los saberes y prácticas en salud. Bajo este nuevo paradigma, debe nacer una atención en salud que se nutra permanentemente del mundo simbólico de las otras y de los otros para ajustar y adoptar medidas preventivas de educación y fomento de la salud en el área laboral, acordes con la complejidad que encierra la salud individual y colectiva. Además de una mirada, que conduzca a una planificación estratégica situacional, con el propósito de partir de necesidades sentidas desde el propio género.

Finalmente, reconocer que el solo hecho de incorporar términos como “trabajadoras y trabajadores” o “empleadoras y empleadores” o “delegadas y delegados” no muestra de forma contundente la perspectiva de género en nuestro marco legal si el término de género no está incluido. En este sentido, se insta al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales como órgano ejecutor de las políticas de seguridad y salud en el trabajo en Venezuela, incluirla en nuestro marco legal ya que en la Norma Técnica 01-2008, ni en su exposición de motivos, ni en su objeto de aplicación, lo contempla.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés de ningún tipo.

Referencias

- Acevedo, D. (2005). Desigualdades de género en el trabajo. Evolución y tendencias en la sociedad venezolana. Producción y reproducción. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 10(24), 161–188. Recuperado de: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/2253
- Acevedo, D. (2018). Género, salud y seguridad en el trabajo. En: *seguridad integral en el trabajo un enfoque psicosocial*. (pp. 1-24). Colombia: Editorial Universidad de San Buenaventura Cali.
- Acevedo, D. (2009). *Instrumentos nacionales de políticas públicas para la igualdad de género*. En: *curso básico de socialismo, feminismo y género*. Módulo III. Lectura 3. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género.
- Acevedo, D. (2014). *El trabajo y la salud laboral de las mujeres en Venezuela. Una visión de género*. (2^a ed.). Valencia: Editorial Universidad de Carabobo. Recuperado de: https://www.seguroscaracas.com/portal/paginasv4/biblioteca_digital/PDF/1/Documento s/Salud%20Laboral/saludlab_trabajoysaludlaboralmujeres.pdf
- Acevedo, D., Biaggii, Y., Borges, G. (2009). Violencia de género en el trabajo: acoso sexual y hostigamiento laboral. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 163-182. Recuperado de: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100012
- Astudillo, P., Ibarra, C. (2014). La perspectiva de género, desafíos para la ergonomía en Chile. Una Revisión sistemática de literatura. *Revista Ciencias y Trabajo*, 16(49), 28-37. doi: 10.4067/S0718-24492014000100006
- Carosio, A. (2009). El saber desde las mujeres. Los estudios de género y de las mujeres en Venezuela. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(33), 1-17. Recuperado de:

<https://albacarosio.wordpress.com/2021/04/05/el-saber-desde-las-mujeres-los-estudios-de-genero-y-de-las-mujeres-en-venezuela/>

- Castillo, A. (2007). La transversalización de género en la estructura curricular en la universidad central de Venezuela. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 221–238. Recuperado de: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100012
- Ceballos, A. (2016). *Mujeres y trabajos no convencionales en México*. México: CEAMEG. Recuperado de: <https://vlex.com.mx/vid/mujeres-trabajos-no-convencionales-846962032>
- Fernández, A. (1998). Estudios sobre la mujer, el género y el feminismo. *Revista Nueva Antropología*, 16(54), 79–95. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/159/15905405.pdf>
- Godoy, D., González, S., Rivero, J. (2013). Componentes de formación para la atención en salud de personas sexo-género diversas. *Revista Comunidad y Salud*, 11(1), 12. Recuperado de: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932013000100003
- Gomáriz, E. (1992). Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas, periodización y perspectivas. *Revista Isis Internacional*, (17), 31. Recuperado de: <http://www.generoysociedad.com/geso/wp-content/uploads/2013/Libros/los%20estudios%20de%20genero%20y%20sus%20fuentes....pdf>
- Guevara, M., Sánchez, J. (2014). Los estudios de postgrado en la facultad de ciencias de la salud – sede Aragua. Universidad de Carabobo. Reseña histórica. *Revista Comunidad y Salud*, 12(1), 74–83. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740254011>
- Instituto Nacional de las Mujeres México. (2008). *Guía metodológica para la sensibilización en género: una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública*. Vol. 2. Instituto Nacional de las Mujeres. México D.F.: Editorial Colonia Guadalupe Inn. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100973.pdf
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Revista de la Escuela Nacional de Antropología y Cultura*, 7(18), 84–106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. (2005, 14 de septiembre). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.272, septiembre 14, 2005.
- Ley Orgánica del Trabajo, Los Trabajadores y Trabajadoras. (2012, 7 de mayo). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 6.076 [Extraordinaria], mayo 7, 2012.
- Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007, 23 de abril). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 38.668, abril 23, 2007.
- Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género, CEPAL. (2010). *Informe Preliminar para la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Caracas: Autor.
- Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género. (2013). *Plan nacional para la igualdad y equidad de género “Mama Rosa” 2013 – 2019*. Caracas: Autor.

- Montero, M. (1998). De la historia de vida al análisis de la metodología cualitativa en el campo sociológico. *VI Congreso CLACSO*, Caracas: CLACSO.
- Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing:
<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Norma Técnica del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2008, 15 de abril) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 38.910, abril 15, 2008.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Las mujeres en el trabajo. Tendencias 2016*. Ginebra: Autor. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-dgreports/-/-dcomm/-/-publ/documents/publication/wcms_483214.pdf
- Terán, I., González, M. (2008). El saber y la práctica médica desde el discurso de los residentes de postgrado en medicina general integral de dos municipios del Estado Aragua. *Revista comunidad y salud*, 6(1), 14–22. Recuperado de: https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932008000100004&script=sci_abstract

Nivel de conocimientos y aplicación del Proceso de Atención en Enfermería en profesionales un hospital público de Loja, Ecuador *Level of knowledge and application of the Nursing Care Process in professionals of a public hospital in Loja, Ecuador*

Bertila Maruja Tandazo Agila¹, Carmen Noemí Dávila Chamba², Iván Enrique Zaquinaula Jiron³, María Gabriela Palacios Padilla⁴, Lady Diana Cabrera Macas⁵, Karina Guissella Lima Medina⁶.

¹ Magister en Enfermería Clínico Quirúrgica, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-6376-4030> bmtandazo@hotmail.com

² Magister en Emergencias Médicas, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0001-7490-7172> noedavilal@gmail.com

³ Licenciado en Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-6881-9480> ivanjiron4321@gmail.com

⁴ Estudiante del Internado Rotativo, Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-7590-2370> gaby0000palacios@gmail.com

⁵ Estudiante del Internado Rotativo, Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-7731-0475> ladydy1166@gmail.com

⁶ Estudiante del Internado Rotativo, Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador, <https://orcid.org/0000-0002-6735-3084> lima2016karina@gmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento y aplicación del proceso de atención en enfermería (PAE) en un grupo de profesionales de un hospital público de la ciudad de Loja, Ecuador. Metodología: Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Resultados: Se encontró que el grado de conocimientos sobre el PAE fue mayor entre los profesionales de tercer nivel, donde el 33.7% demostró muy buenos conocimientos y el 2.1%, conocimientos regulares. A su vez, entre los profesionales con estudios de cuarto nivel, el 24% mostró muy buenos conocimientos y el 12%, un nivel regular de conocimientos. De igual manera, el mayor nivel de conocimientos se encontró entre los participantes de entre 6 y 10 años de experiencia laboral, con el 43.6% de los participantes con un nivel muy bueno y el 51.3% con buen conocimiento sobre el PAE. Conclusiones: En consistencia con lo reportado por investigaciones anteriores, los participantes cuentan con conocimientos buenos sobre el PAE y, por lo general, indican aplicarlo siempre o casi siempre. Los conocimientos sobre el PAE son mayores en el grupo de 41 a 50 años, pero son quienes lo aplican con menor frecuencia. Los servicios de atención con menor conocimiento sobre la ejecución del PAE fueron los de Ginecología y Neonatología.

Palabras clave: Proceso de Atención en Enfermería, conocimiento, cuidado de la salud.

Abstract

Objective: To analyze the level of knowledge and application of the nursing care process (PAE) in a group of professionals from a public hospital in Loja, Ecuador. Methodology: Non-experimental, quantitative, descriptive, and cross-sectional study. Results: It was found that the degree of knowledge about the PAE was higher among third-level professionals, where 33.7% demonstrated very good knowledge, and 2.1% had regular knowledge. Among professionals with fourth-level studies, 24% showed very good knowledge, and 12% had

average knowledge. Similarly, the highest level of knowledge was found among the participants with between 6 and 10 years of work experience, with 43.6% of the participants with a very good level and 51.3% with good knowledge about the PAE. Conclusions: Consistent with what has been reported by previous research, the participants have good knowledge about the PAE and, in general, indicate that they always or almost always apply it. Knowledge about the PAE is higher in the 41-50 age group, but they are the ones who apply it less frequently. The care services with the slightest knowledge about the execution of the PAE were those of Gynecology and Neonatology.

Keywords: Nursing Care Process, Knowledge, Healthcare.

Introducción

El cuidado enfermero se define como el conjunto de comportamientos mostrados en la relación profesional de enfermería-paciente, que es atravesada por el conocimiento, las habilidades y las actitudes de ambos (Romero-Martín et al., 2019). En este sentido, se concibe como un fenómeno complejo, pues se construye desde la experiencia y la perspectiva de cada individuo involucrado, de manera que el cuidado se reconoce como la base de la enfermería, siendo el eje central en su práctica y teoría, formación profesional y relación desde una perspectiva ética (Romero-Martín et al., 2019).

Así, el equipo profesional de enfermería es parte vital en el sistema de salud, pues provee más del 80% del cuidado primario en el servicio hospitalario (Mulugeta et al., 2019). Además, desempeña un papel importante a través de la gestión de sus acciones, basándose en sus competencias y los recursos e instrumentos disponibles. Especialmente, en el ámbito hospitalario, debido a la complejidad y dependencia de los cuidados, la labor gestora del personal de enfermería ha sido clave en la articulación y organización del equipo sanitario de salud, y la búsqueda de acciones estratégicas de mejoras dirigidas al usuario (Souto-Ferreira et al., 2019).

La enfermería es una disciplina que ha evolucionado en el tiempo para suprir las demandas de la sociedad, puesto que en sus inicios era desempeñada empíricamente por mujeres y amas de casa, asumiendo el rol de curanderas. Desde el siglo XIX esta se enfoca en el apoyo técnico del médico en la lucha contra la enfermedad (Martínez y Chamorro, 2011). A finales del siglo XX, la enfermería se consolida como ciencia y profesión autónoma con conocimientos propios, cuya aplicación se fundamenta en una metodología estandarizada (Pérez y Uribe, 2017). En este contexto, surge el Proceso de Atención en Enfermería (PAE) como una metodología fundamental de trabajo para el cuidado en cualquier ámbito. Este garantiza la asistencia integral del paciente, centrándose en sus aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales.

En virtud de la demanda de organización y gestión en el ámbito enfermero, el PAE es una herramienta de destreza y conocimiento que favorece el pensamiento crítico compuesto por cuatro pasos: valoración diagnóstica, planificación, ejecución y evaluación (Ponti et al., 2017). El PAE abarca las dimensiones de asistencia, administración, investigación, enseñanza y participación en el plano político, cada una de ellas con objetos medios, instrumentos y actividades específicas, que coexisten temporal e institucionalmente (Souto-Ferreira et al., 2019). Adicionalmente, el PAE permite al profesional de enfermería conocer el estado de salud de la persona, determinar cuál es el diagnóstico del paciente y, posteriormente, conducir a los cuidados o intervenciones que se deben manejar para un

óptimo tratamiento (Sánchez-Castro et al., 2019). Además, se relaciona con una mejor satisfacción de los pacientes, uno de los principales objetivos e indicadores de calidad de los servicios hospitalarios (Mulugeta et al., 2019).

Por lo antes planteado, se llevó a cabo el presente estudio que tuvo por objetivo analizar el nivel de conocimiento sobre el PAE y su aplicación en la práctica profesional en el hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, Ecuador, en el período comprendido entre diciembre de 2021 y enero de 2022.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población del estudio estuvo conformada por 120 profesionales de enfermería del hospital Manuel Ygnacio Monteros, quienes respondieron el cuestionario en cumplimiento de los criterios de inclusión: ser profesional de enfermería titular o contratado y aceptar el consentimiento informado. La muestra estuvo conformada por la totalidad de profesionales de enfermería, por lo que no fue necesario realizar un diseño muestral.

Se aplicó un cuestionario ad hoc, aplicado mediante una encuesta. Este permitió recabar datos sociodemográficos de los participantes (edad, sexo, servicio en que trabajaba, años de experiencia y nivel de estudios), así como, los niveles de conocimientos del PAE en sus cinco dimensiones (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) y la escala valorativa del nivel de aplicación (siempre, casi siempre, a veces o nunca) en la práctica profesional.

El presente no implicó riesgos para los profesionales que formaron parte del estudio, quienes aceptaron participar de forma voluntaria tras la aceptación del consentimiento informado. Las respuestas recabadas se utilizaron de manera confidencial para salvaguardar la integridad de los participantes. Los datos fueron analizados utilizando estadísticos de frecuencia, mediante el programa estadístico SPSS en su versión 25.0.

Resultados

Los datos se organizaron en tres partes, en función de los objetivos del estudio. En la primera, se muestra la caracterización sociodemográfica de los participantes; en la segunda, se describen los niveles de conocimientos sobre el PAE, y en la tercera, se muestra el nivel de aplicación del PAE por parte de estos profesionales.

Como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría de los profesionales de enfermería fueron mujeres (95%), con edad comprendida entre 31 a 40 años (53.3%). Le sigue el grupo de 22 a 30 años (21.7%) y el de 41 a 51 años (20.8%), respectivamente. Con relación a su experiencia laboral, el 32.5% tenía entre seis y 10 años, el 30.8%, entre uno y cinco años, y el 23.3%, entre 11 y 15 años. En cuanto al nivel de formación, el 79.2% contaba con estudios de tercer nivel y el 20.8% restante, con estudios de cuarto nivel. La mayor proporción de participantes se desempeñaba en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (20.8%) y Emergencia (20%), seguidos de Neonatología (12.5%), Ginecología y Cirugía (10.8% en cada uno).

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los participantes.

		f	%
Sexo	Femenino	114	95.0
	Masculino	6	5.0
Edad	22 a 30	26	21.7
	31 a 40	64	53.3
Años de experiencia	41 a 51	25	20.8
	51 a 60	5	4.2
Nivel de estudios	1 a 5	37	30.8
	6 a 10	39	32.5
Servicio	11 a 15	28	23.3
	Más de 16	16	13.3
Tercer nivel	Tercer nivel	95	79.2
	Cuarto nivel	25	20.8
UCI	UCI	25	20.8
	Emergencia	24	20
Neonatología	Neonatología	15	12.5
	Ginecología	13	10.8
Cirugía	Cirugía	13	10.8
	Clínica 1	12	10
Clínica 2	Clínica 2	10	8.3
	Centro obstétrico	8	6.7

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los niveles de conocimientos, la mayoría de los profesionales participantes tiene conocimientos buenos (64.2%) o muy buenos (31.7%), sobre el PAE (Véase Tabla 2). El grupo de sexo femenino que mostró niveles muy buenos de conocimientos fue mayor al de los hombres. Sin embargo, este resultado puede deberse al reducido tamaño de la muestra de profesionales de sexo masculino en el presente estudio, que representaba apenas el 5% de la totalidad de participantes.

El grupo de profesionales con edad comprendida entre 41 y 50 años mostró un mayor porcentaje de participantes con conocimientos muy buenos sobre el PAE (36%), seguido del grupo de 31 a 40 (34.4%) y el de 22 a 30 años (26.9%) (Véase Tabla 2).

El grado de conocimientos sobre el PAE fue mayor entre los profesionales de tercer nivel, donde el 33.7% demostró muy buenos conocimientos y el 2.1%, conocimientos regulares. A su vez, entre los profesionales con estudios de cuarto nivel, el 24% mostró muy buenos conocimientos y el 12%, un nivel regular de conocimientos (Véase Tabla 2).

De igual manera, como se muestra en la Tabla 2, el mayor nivel de conocimientos se encontró entre los participantes de entre seis y 10 años de experiencia laboral, con 43.6% de los participantes con un nivel muy bueno y 51.3% con buen conocimiento sobre el PAE. A su vez, el porcentaje con conocimientos regulares fue mayor entre el grupo de uno a cinco años de experiencia laboral (8.1%), seguido del grupo de seis a 10 años (5.1%).

En cuanto al servicio, la Tabla 2 evidencia que los porcentajes de conocimientos muy buenos fueron mayores en los profesionales de Cirugía (53.8%) y Emergencia (50%). Por su

parte, en los servicios de Ginecología y Neonatología se encontraron los niveles más bajos de conocimiento sobre el PAE, con un 15.4% y 13.3% de conocimiento regular, respectivamente.

Tabla 2.
Niveles de conocimiento del PAE.

	Regular		Bueno		Muy bueno	
	f	%	f	%	f	%
Todos	5	4.2	77	64.2	38	31.7
Sexo	Femenino	5	4.4	72	63.2	37
	Masculino	0	0.0	5	83.3	1
Edad	22 a 30	0	0.0	19	73.1	7
	31 a 40	4	6.3	38	59.4	22
	41 a 50	1	4.0	15	60.0	9
	51 a 60	0	0.0	5	100.0	0
	1 a 5	3	8.1	24	64.9	10
Años de experiencia	6 a 10	2	5.1	20	51.3	17
	11 a 15	0	0.0	20	71.4	8
	Más de 16	0	0.0	13	81.3	3
Nivel de estudios	Tercer nivel	2	2.1	61	64.2	32
	Cuarto nivel	3	12.0	16	64.0	6
	UCI	1	4.0	18	72.0	6
	Emergencia	0	0.0	12	50.0	12
	Neonatología	2	13.3	11	73.3	2
Servicio	Ginecología	2	15.4	8	61.5	3
	Cirugía	0	0.0	6	46.2	7
	Clínica 1	0	0.0	8	66.7	4
	Clínica 2	0	0.0	8	80.0	2
	Centro obstétrico	0	0.0	6	75.0	2

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la aplicación del PAE, se encontró que los profesionales de enfermería manifestaron aplicarlo siempre en un 41.7% o casi siempre en un 43.3%, totalizando un el 85%; mientras que, 13.3% dijo aplicarlo algunas veces y el 1.7% indicó no hacerlo nunca (Véase Tabla 3).

El porcentaje de mujeres que dijo aplicar siempre el PAE fue de 42.1%, frente al 33.3% de hombres; a su vez, el 16.7% de los profesionales de sexo masculino no lo aplica nunca, frente al 0.9% de mujeres en la misma categoría (Véase Tabla 3).

El rango de edad comprendido entre 51 y 60 años fue el que dijo aplicar el PAE con más frecuencia, donde la totalidad de participantes dijo aplicarlo siempre. Por su parte, solo el 24% de quienes tenían entre 41 y 50 años aplicaban siempre el PAE y, de este mismo grupo, el 4% dijo no hacerlo nunca. La distribución de aplicación según experiencia y nivel académico fue similar en las diferentes categorías de análisis y, a su vez, el mismo patrón en la totalidad de encuestados. Respecto a la aplicación del PAE en los diferentes servicios hospitalarios, el 100% de los encuestados en centro obstétrico dijeron hacerlo siempre, seguido de los colaboradores de UCI, con 44% (Véase Tabla 3).

Tabla 3.
Aplicación del PAE en la práctica profesional.

		Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Todos		50	41.7	52	43.3	16	13.3	2	1.7
Sexo	Femenino	48	42.1	49	43.0	16	14.0	1	0.9
	Masculino	2	33.3	3	50.0	0	0.0	1	16.7
	22 a 30	9	34.6	16	61.5	1	3.8	0	0.0
Edad	31 a 40	31	48.4	22	34.4	10	15.6	1	1.6
	41 a 50	6	24.0	13	52.0	5	20.0	1	4.0
	51 a 60	4	80.0	1	20.0	0	0.0	0	0.0
	1 a 5	16	43.2	16	43.2	5	13.5	0	0.0
Años de experiencia	6 a 10	15	38.5	19	48.7	5	12.8	0	0.0
	11 a 15	12	42.9	12	42.9	3	10.7	1	3.6
	Más de 16	7	43.8	5	31.3	3	18.8	1	6.3
Nivel de estudios	Tercer nivel	40	42.1	43	45.3	11	11.6	1	1.1
	Cuarto nivel	10	40.0	9	36.0	5	20.0	1	4.0
	UCI	11	44.0	14	56.0	0	0.0	0	0.0
	Emergencia	9	37.5	7	29.2	7	29.2	1	4.2
	Neonatología	6	40.0	4	26.7	5	33.3	0	0.0
Servicio	Ginecología	5	38.5	6	46.2	2	15.4	0	0.0
	Cirugía	3	23.1	9	69.2	1	7.7	0	0.0
	Clínica 1	5	41.7	6	50.0	0	0.0	1	8.3
	Clínica 2	3	30.0	6	60.0	1	10.0	0	0.0
	Centro obstétrico	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia

Discusión

La mayoría de los profesionales que participaron en el estudio contaban con conocimientos buenos o muy buenos sobre el PAE. Estos resultados coinciden con lo reportado por los

estudios de Sánchez-Castro et al. (2019) en Colombia, y Pérez-Viltres et al. (2016) en Cuba. Sin embargo, en el presente estudio, el porcentaje con menor nivel de conocimientos (5%) fue más bajo respecto a los estudios mencionados, donde entre el 10 y el 14% presentaba desconocimientos sobre el PAE.

La mayoría de los participantes indicaron aplicar el PAE siempre o casi siempre, contrario a lo reportado por Campos et al. (2017), cuyo estudio con profesionales de enfermería en Chile encontró que el 74% indicó no aplicarlo. De igual forma, estos resultados distan de los reportados en la investigación de Cabascango et al. (2019) en Ecuador, quienes encontraron que 40% de profesionales de enfermería no aplicaba el PAE en su práctica laboral. En el presente estudio, solo el 13,3% dijo aplicarlo a veces y el 1,7%, indicó no hacerlo nunca, lo que supone un mayor nivel de aplicación del PAE en la muestra de nuestra investigación.

Cabe destacar que estas diferencias pueden deberse al uso de instrumentos *ad hoc* para medir conocimientos y aplicación del PAE, lo que pone de manifiesto la necesidad de contar con cuestionarios estandarizados, que permitan realizar comparaciones más exactas en diferentes países de Latinoamérica.

Aunque las enfermeras con edad comprendida entre 41 y 50 años mostraron mayores conocimientos sobre el PAE, también fueron quienes dijeron aplicarlo con menos frecuencia. Resultados similares fueron reportados por Rojas y Durango (2010), quienes encontraron que solo el 69% de encuestados mayores de 35 años aplicaban el PAE en una UCI de Medellín, con respecto al 82% de profesionales de menos de 35 años que sí lo aplicaba. Es decir, que el grupo con conocimientos más altos no fue el que más aplicaba el PAE en la práctica profesional. Esto contradice lo expuesto por Shuan y Ronnón (2021), quienes evidenciaron una relación positiva entre los conocimientos y la aplicación del PAE. De igual manera, Camasca (2014) reportó que el conocimiento del proceso de atención estaba relacionado directamente con su aplicación en la atención enfermera de neonatos.

Por su parte, Cabascango et al. (2019) reportaron que el nivel de conocimientos no necesariamente implicaba un alto grado de aplicación, lo que pone de manifiesto la necesidad de que los programas de formación en conocimientos sobre el PAE también incluyan componentes de sensibilización sobre su importancia. Además, se deben considerar los factores que pueden obstaculizar su aplicación, como la sobrecarga laboral a la que suelen estar expuestos los profesionales de enfermería.

En este sentido, Mandal et al. (2019) señalan que diversos estudios han vinculado sistemáticamente al racionamiento del cuidado enfermero con resultados adversos para los pacientes, el equipo de salud y la organización. Asimismo, el racionamiento del cuidado ha perjudicado la seguridad del paciente. A su vez, Romero-Martín et al. (2019) plantean que un número reducido de personas en el equipo de enfermería resulta en sobrecarga laboral y mayor presión, lo que conlleva a que se prioricen las tareas y procedimientos delegados, dejando de lado las necesidades espirituales y psicosociales, lo que ha forzado al personal a priorizar la ejecución básica del cuidado, minimizando su comportamiento humanizado.

En relación con lo mencionado, Hernández y Granados (2022) reportan que algunas usuarias del servicio de Ginecología de un hospital privado de Costa Rica han percibido al cuidado enfermero recibido como mecánico, distante o autoritario. Este resultado es consistente con lo hallado dentro de esta investigación, pues el servicio de Ginecología es, junto al de Neonatología, aquel con el menor conocimiento sobre la ejecución del PAE. En este sentido, los autores enfatizan que el cuidado debe comprender la experiencia individual,

familiar y comunal del paciente, para identificar los aspectos que podrían perjudicar la toma del tratamiento.

Pese a que no se encontraron diferencias en el grado de aplicación del PAE según la experiencia o nivel de estudio de los participantes, el porcentaje de profesionales con estudios de tercer nivel que mostraron conocimientos muy buenos fue más alto que el porcentaje de profesionales con cuarto nivel con conocimientos muy buenos. Esto podría explicarse según lo planteado por Ponti et al. (2017), quienes reportaron que el PAE era más utilizado entre profesionales de niveles asistenciales o en prácticas preprofesionales.

Al respecto, Rojas y Durango (2010) manifiestan que, aunque el PAE es concebido como un requisito de la formación profesional, no existe un suficiente diálogo académico al interior de las instituciones hospitalarias. Asimismo, algunos autores consideran que estos procedimientos suelen tener una gran difusión en el contexto académico, pero no ocurre lo mismo en la práctica profesional (Campos et al., 2017; Ponti et al., 2017). Esto pone de manifiesto incorporar planes formativos al interior de las instituciones hospitalarias y en programas de formación de posgrado, con el objetivo de afianzar estas estrategias científicas y metodológicas que permitan ofrecer un cuidado científico y humanizado a los usuarios de los servicios de salud.

En este contexto, es importante actualizar de manera constante a los profesionales de enfermería, especialmente en las oportunidades de mejoramiento halladas en la investigación. De igual modo, es necesario promover el uso del PAE, logrando así un óptimo desempeño al instaurar cada etapa del método científico (Sánchez-Castro et al., 2019). Por otra parte, el conocimiento impartido al personal de enfermería debe ser propiamente difundido en el gremio. El estudio de Souto-Ferreira et al. (2019) señala que la investigación y el intercambio de saberes sobre estrategias e intervenciones gerenciales exitosas es aún deficiente en la enfermería, pues existe poca difusión sobre enfoques gerenciales en la atención hospitalaria que puedan ser replicados en otros escenarios similares.

Conclusiones

El estudio es consistente con lo reportado por investigaciones anteriores, en las que los profesionales de enfermería cuentan con conocimientos buenos sobre el PAE. Asimismo, el personal encuestado aplica el PAE siempre o casi siempre, lo cual difiere de los resultados de estudios anteriores.

En este sentido, la variación en resultados entre esta investigación y trabajos anteriores puede atribuirse al uso de cuestionarios no estandarizados en distintos países de Latinoamérica. En cuanto a los grupos etarios, las enfermeras con edades entre 41 y 50 años mostraron mayores conocimientos sobre el PAE. Sin embargo, este grupo presenta un menor porcentaje de personal que siempre aplica el PAE, y una mayor incidencia de no aplicación. Los servicios de atención con menor conocimiento sobre la ejecución del PAE fueron los de Ginecología y Neonatología.

Recomendaciones

Por todo lo mencionado, se sugiere impulsar los esfuerzos de investigación del método científico de trabajo en la enfermería, pues, aunque la faceta asistencial es el propósito central de la enfermería, la gestión ha cobrado importancia por su repercusión en la mejora de los cuidados y las condiciones de trabajo del equipo de enfermería. Para ello, las instituciones

formadoras del profesional de enfermería deberían abordar en su currículo el trabajo sobre metas orientadas a una práctica integradora, en las que se promueva el trabajo conjunto e interdisciplinario, destinado a aumentar la calidad del cuidado.

Declaración de conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Cabascango, L., Hinojosa, A., Remache, L. & Olalla, M. (2019). Aplicación del proceso de atención de enfermería basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, en el centro geriátrico “Amawta Wasi Samay” Guaranda-Bolívar. *Conocimiento Global*, 3(1). <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i1.250>
- Camasca, M. C. (2014). Conocimiento del Pae de los internos de enfermería y aplicación en la atención de los neonatos de la Ucin. Hndac - Callao 2013 (tesis de maestría). Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/9628/Cungiarache_CM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Campos, C., Jaimovich, S., Wigodski, J. & Aedo, V. (2017). Conocimientos y uso clínico de la metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 7(1):33-42. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Cecilia-Campos-2/publication/312136057_ONOCIMIENTOS_Y_USO_CLINICO_DE_LA_METODOLOGIA_ENFERMERA_NANDA_NIC_NOC_EN_ENFERMERASOS_QUE_TRABAJAN_EN_CHILE/links/5871317208ae329d62173d0c/ONOCIMIENTOS-Y-USO-CLINICO-DE-LA-METODOLOGIA-ENFERMERA-NANDA-NIC-NOC-EN-ENFERMERASOS-QUE-TRABAJAN-EN-CHILE.pdf
- Hernández, M. G., & Granados, L. S. (2022). Experiencia del cuidado de Enfermería durante el post operatorio de las usuarias del servicio de ginecología de un hospital privado de Costa Rica (tesis de posgrado). Recuperado de: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/87609>
- Mandal, L., Seetalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2019). Rationing of nursing care, a deviation from Holistic Nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1). doi: <https://doi.org/10.1111/nup.12257>
- Martínez, M. L., & Chamorro, E. (2011). de la Enfermería Evolución histórica (2nd ed., Vol. 2). Elsevier BV. Recuperado de: https://www.academia.edu/35035016/Historia_de_la_Enfermería_Evolución_histórica_a_del_cuidado_enfermero
- Mulugeta, H., Wagnew, F., Dessie, G., Biresaw, H., & Habtewold, T. D. (2019). Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 18(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0348-9>
- Ponti, L., Castillo Benites, R., Vignatti, R., Monaco, M., Nuñez, J. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*, 32(4). Recuperado de: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1006/577>

- Pérez, I., & Uribe, K. (2017). El proceso enfermero: implementación y utilidad para el profesional de enfermería en el ámbito asistencial [Universidad Austral de Chile]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2017/bpmsp438p/doc/bpmsp438p.pdf>
- Pérez-Viltres, M., Viltres, K. L., Puebla, E. R., Olivera, D. H., & Olivera, N. V. (2016). Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. *Revista Cubana De Enfermería*, 32(3). Recuperado de <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/585/180>
- Rojas, J. & Durango, P. (2010). Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 323-335. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721003.pdf>
- Romero-Martín, M., Gómez-Salgado, J., Robles-Romero, J. M., Jiménez-Picón, N., Gómez-Urquiza, J. L., & Ponce-Blandón, J. A. (2019). Systematic review of the nature of nursing care described by using the caring behaviours inventory. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3734–3746. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15015>
- Sánchez-Castro, J., Ramírez-Martínez, A., Tonguino-Tonguino, A. & Vargas-López, L. (2019). Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. *Revista de Sanidad Militar*, 73(5), 277–281. <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/42/43>
- Souto-Ferreira, V. H., Modolo-Teixeira, V. M., Giacomini, M. A., Alves, L. R., Gleriano, J. S., & Chaves, L. D. (2019). Contribuições e desafios do Gerenciamento de Enfermagem Hospitalar: Evidências Científicas. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>
-
- Shuan, E., & Ronnón, J. (2021). Nivel De Conocimientos Y Aplicación Del Pae En Casos Clínicos, En Los Estudiantes De Enfermería Del Ciclo 2021 – I De La Fcm De La Unasam, Huaraz 2021 (Tesis de pregrado). Recuperado de: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/4954/T033_71292086_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y