

Revista **Cuidar**

Edición 14





Diego Fernando Jaramillo López

Rector
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Adriana Gutiérrez Salazar

Vicerrectora Académica
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Adriana María Zuluaga

Directora de Investigaciones
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Luz Lahiri Cortes Gálvez

Decana Ciencia de la Salud
Corporación Universitaria Alexander Von
Humboldt.

Mónica María López

Coordinadora de Investigación
Programa de Enfermería.

Edna Johana Mondragón Sánchez

Edición y Diseño
Programa de Enfermería.

Los textos publicados en esta revista pueden ser
reproducibles citando la fuente.

Estado legal: ISSN 2463-1124
13° Edición.
Publicación de Circulación Semestral
Armenia, Colombia

TABLA DE CONTENIDO

ARTICULO ORIGINAL	1
MÁS ALLÁ DEL ACCIDENTE: EXPERIENCIAS NARRADAS DE TRABAJADORES DEL SENA ENTRE 2018 Y 2021 (ACCIDENTE, TRABAJADOR, SALUD, SEGURIDAD).....	1
PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CUIDADO INTERCULTURAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	13
ARTICULO DE REVISIÓN	24
CARGA MENTAL DE TRABAJO EN PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS: SCOPING REVIEW	24
PROYECTO NUCLEAR	46
PERCEPCIONES SOBRE LAS BARRERAS PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES, PADRES DE FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA SALUD, DESDE EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER	46
PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS BASADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY	68

ARTICULO ORIGINAL

**MÁS ALLÁ DEL ACCIDENTE: EXPERIENCIAS NARRADAS
DE TRABAJADORES DEL SENA ENTRE 2018 Y 2021
(ACCIDENTE, TRABAJADOR, SALUD, SEGURIDAD)**

Beyond the accident: Narrated experiences of SENA workers between 2018 and 2021

Além do acidente: experiências narradas por trabalhadores do SENA entre 2018 e 2021

Jaime Andrés Medina Bermeo ^I

ORCID: 0009-0002-0054-4086

Jasmin Aldana Lugo ^I

ORCID: 0009-0008-9140-9050

Ana Patricia Pérez Saavedra ^{II}

ORCID: 0000-0002-9968-4451

I Centro de Gestión y Desarrollo Sostenible Sur colombiano del SENA. Pitalito. Huila. Colombia.
II Universidad del Quindío. Armenia. Quindío. Colombia.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los accidentes laborales en Colombia suelen abordarse desde una visión biomédica que omite sus dimensiones subjetivas, emocionales y sociales. **Objetivo:** Esta investigación propone una mirada integral desde la experiencia vivida del trabajador. **Métodos:** Se empleó un enfoque cualitativo narrativo mediante estudio de caso múltiple, con entrevistas narrativas a cuatro trabajadores del SENA accidentados entre 2018 y 2021. El análisis se realizó con teoría fundamentada constructivista. **Resultados:** Las vivencias revelan que el accidente laboral impacta profundamente la identidad profesional, la salud mental y la estabilidad económica. Se identificaron categorías como inoperancia institucional, inestabilidad emocional y resignificación del accidente. **Discusión:** Las respuestas institucionales tienden a reproducir violencia simbólica y sufrimiento estructural, en lugar de ofrecer cuidado integral. Se evidencia la necesidad de repensar el sistema de riesgos laborales desde una perspectiva ética, humanizante y centrada en el trabajador como sujeto activo.

ABSTRACT

Occupational accidents in Colombia are often addressed from a biomedical perspective that overlooks their subjective, emotional, and social dimensions. **Objective:** This study proposes a comprehensive perspective based on the lived experience of the worker. **Methods:** A qualitative narrative approach was used through a multiple case study design, with narrative interviews conducted with four SENA workers who experienced workplace accidents between 2018 and 2021. The analysis was carried out using constructivist grounded theory. **Results:** The narratives reveal that workplace accidents profoundly impact professional identity, mental health, and economic stability. Emergent categories included institutional inoperability, emotional instability, and the resignification of the accident. **Discussion:** Institutional responses tend to reproduce symbolic violence and structural suffering rather than provide comprehensive care. The findings highlight the need to rethink the occupational risk system from an ethical, humanizing perspective that centers the worker as an active subject.

RESUMO

Os acidentes de trabalho na Colômbia costumam ser abordados a partir de uma perspectiva biomédica que ignora suas dimensões subjetivas, emocionais e sociais. **Objetivo:** Esta pesquisa propõe uma perspectiva integral baseada na experiência vivida do trabalhador. **Métodos:** Utilizou-se uma abordagem qualitativa narrativa por meio de um estudo de caso múltiplo, com entrevistas narrativas realizadas com quatro trabalhadores do SENA que sofreram acidentes de trabalho entre 2018 e 2021. A análise foi realizada com base na teoria fundamentada construtivista. **Resultados:** As narrativas revelam que o acidente de trabalho impacta profundamente a identidade profissional, a saúde mental e a estabilidade econômica. Foram identificadas categorias como inoperância institucional, instabilidade emocional e resignificação do acidente. **Discussão:** As respostas institucionais tendem a reproduzir violência simbólica e sofrimento estrutural, em vez de oferecer um cuidado integral. Os achados evidenciam a necessidade de repensar o sistema de riscos do trabalho a partir de uma perspectiva ética, humanizadora e centrada no trabalhador como sujeito ativo.

INTRODUCCIÓN

La seguridad y salud en el trabajo han sido reconocidas como componentes esenciales en la construcción de entornos laborales dignos, sostenibles y protectores de los derechos humanos. Desde la perspectiva de la salud pública, el abordaje de los accidentes laborales ha estado históricamente centrado en el control de la afectación física, la reducción de la siniestralidad y la respuesta inmediata al daño corporal. No obstante, esta visión tradicional – predominantemente biomédica y cuantitativa – ha tendido a invisibilizar las implicaciones subjetivas, emocionales, familiares y organizacionales que experimentan los trabajadores tras un accidente laboral.

En particular, los dispositivos institucionales encargados de la gestión de los riesgos laborales y de la atención a los trabajadores accidentados suelen operar bajo lógicas burocráticas, estandarizadas y centradas en el cumplimiento normativo, dejando en un segundo plano el reconocimiento de la experiencia vivida del trabajador como sujeto atravesado por el dolor, la incertidumbre, la frustración y, en muchos casos, el abandono. En este sentido, la intervención institucional corre el riesgo de convertirse en un mecanismo de revictimización, cuando no se consideran las dimensiones psicosociales ni se facilita un acompañamiento humanizado y oportuno.

En el contexto colombiano, si bien se han implementado marcos regulatorios como la Ley 1562 de 2012 – que reformó el Sistema General de Riesgos Laborales con el objetivo de garantizar una protección integral – persisten brechas estructurales que dificultan su aplicación efectiva (1). La fragmentación del sistema de salud, la falta de articulación entre empleadores, ARL (Administradoras de Riesgos Laborales) y prestadores de servicios, así como la precariedad contractual de una parte significativa de la fuerza laboral, inciden negativamente en el acceso a una atención oportuna, continua y centrada en las necesidades del trabajador lesionado. Además, las condiciones contractuales – en especial la vinculación por prestación de servicios o contratos temporales – condicionan la continuidad del acompañamiento institucional tras el accidente, exacerbando situaciones de vulnerabilidad económica, emocional y social.

En este escenario, el presente estudio se propuso explorar y comprender las vivencias de trabajadores accidentados, no solo desde el evento clínico o físico, sino desde la experiencia narrada por ellos mismos, en su contexto laboral e institucional. A través de una perspectiva cualitativa narrativa, este trabajo rescata las voces de quienes, muchas veces, quedan silenciados tras la conclusión del dictamen médico o la expedición de la incapacidad. En lugar de reducir el accidente laboral a un hecho puntual, la investigación se enfoca en su proceso prolongado: cómo afecta la subjetividad, altera los vínculos sociales, interpela el sentido del trabajo y redefine la relación del trabajador con la institución.

Este artículo se inscribe, por tanto, en una tradición crítica de análisis del trabajo, fundamentada en los aportes de Pierre Bourdieu sobre la violencia simbólica institucional (2), en la teoría del sufrimiento laboral desarrollada por Christophe Dejours (3) y en los enfoques narrativos y biográficos que consideran al sujeto como constructor activo de sentido (4). Desde esta perspectiva, se plantea que comprender el accidente laboral como una experiencia integral – atravesada por dinámicas estructurales, emocionales y discursivas, es un paso necesario para la transformación de las prácticas institucionales en torno a la salud laboral, el cuidado del trabajador y la dignificación del trabajo humano.

MÉTODOS

Esta investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo de tipo narrativo, orientado por una perspectiva interpretativa y crítica que reconoce al sujeto no solo como fuente de información, sino como actor que otorga sentido a su experiencia vivida. Este enfoque permite acceder a una comprensión profunda de los fenómenos sociales desde el punto de vista de quienes los experimentan directamente, lo cual resulta particularmente pertinente cuando se abordan situaciones de alta carga emocional como los accidentes laborales y sus consecuencias en la vida personal y profesional del trabajador.

El diseño adoptado fue el estudio de caso múltiple con enfoque narrativo, centrado en la reconstrucción y análisis de cuatro experiencias de trabajadores del Centro de Gestión y Desarrollo Sostenible Surcolombiano del SENA, que entre los años 2018 y 2021 sufrieron

accidentes laborales con diversas consecuencias. Este diseño posibilitó el abordaje contextualizado, intensivo y situado de cada caso, reconociendo la singularidad de cada experiencia, pero también las recurrencias y patrones compartidos entre ellas (6). El objetivo no fue establecer generalizaciones estadísticas, sino generar una comprensión rica, detallada y relacional de los significados atribuidos al accidente, a las reacciones institucionales y a los procesos de recuperación física y emocional.

La técnica principal de recolección de información fue la entrevista narrativa en profundidad, que se caracteriza por privilegiar el relato libre y cronológico del participante sobre una experiencia significativa. Este tipo de entrevista no impone una estructura rígida, sino que permite al entrevistado desplegar su historia con libertad, respetando sus pausas, silencios, emociones, contradicciones y reconstrucciones (7). Esta técnica fue especialmente valiosa para captar no solo los eventos objetivos del accidente – lugar, tipo de lesión, atención recibida – sino también los elementos subjetivos vinculados a la percepción del trato institucional, el temor a la pérdida del empleo, las emociones experimentadas y los recursos de afrontamiento movilizados.

Cada entrevista fue grabada con consentimiento informado y posteriormente transcrita de manera textual, incluyendo anotaciones no verbales relevantes (llanto, pausas prolongadas, énfasis). Como complemento metodológico, se empleó el diario de campo del investigador, el cual permitió registrar observaciones del contexto institucional, actitudes de los funcionarios, dinámicas implícitas de poder, así como comportamientos no expresados verbalmente por los participantes. Este recurso aportó una visión ampliada de las condiciones en las que emergen los relatos, enriqueciendo el análisis mediante la triangulación de fuentes.

Para el tratamiento analítico de los datos se recurrió a los procedimientos de la teoría fundamentada o *grounded theory*, en su versión constructivista (7). Este enfoque analítico busca generar categorías interpretativas emergentes a partir de los datos mismos, sin imponer a priori marcos rígidos. El proceso de análisis siguió tres momentos: codificación abierta, para identificar fragmentos significativos en los relatos; codificación axial, que permitió vincular

categorías entre sí; y codificación selectiva, orientada a construir núcleos temáticos centrales que articulen los hallazgos. Durante este proceso emergieron categorías sustantivas como: *inoperancia institucional*, *inestabilidad emocional*, *solidaridad laboral* y *secuelas físicas persistentes*.

Estas categorías no fueron entendidas como variables aisladas, sino como dimensiones relacionales que dialogan con marcos teóricos provenientes de las ciencias sociales y la psicología del trabajo. Por ejemplo, la categoría de inoperancia institucional se conectó con los postulados de Bourdieu sobre violencia simbólica (2), mientras que la inestabilidad emocional fue interpretada desde la noción de sufrimiento laboral desarrollada por Dejours (3). Este ejercicio de triangulación teórica permitió fortalecer la validez interna de los hallazgos y generar una comprensión profunda y contextualizada de los relatos de los trabajadores accidentados.

RESULTADOS

Los relatos contruidos a partir de las entrevistas en profundidad y las observaciones del diario de campo evidencian que los accidentes laborales no son vividos por los trabajadores únicamente como un episodio de afectación física, sino como una experiencia totalizante que transforma de manera profunda su trayectoria vital, su autopercepción como sujetos productivos y su relación con el mundo del trabajo. Lejos de ser un hecho clínico aislado, el accidente se convierte en un evento biográfico crítico, que interrumpe la continuidad de la identidad laboral y revela las fisuras del sistema institucional que debería ofrecer cuidado y protección (3,4).

Los cuatro casos analizados – Carlos, María, Luis y Diana – presentan trayectorias distintas, pero todas ellas comparten patrones de afectación estructural y subjetiva. En el plano físico, las secuelas fueron notables: desde pérdida parcial de la movilidad, dolor crónico persistente, hasta la imposibilidad de volver a desempeñar las funciones previas. Esta dimensión corporal del daño no solo genera limitaciones funcionales, sino que impacta directamente la autoestima, la autonomía personal y la percepción de competencia, provocando en muchos casos una

desestructuración de la identidad ocupacional (8). En palabras de uno de los participantes: *“Sentí que ya no servía para lo que hacía. Perdí la confianza en mí mismo”*.

En el plano emocional, los testimonios están atravesados por sentimientos de ansiedad, frustración, impotencia, culpa y miedo al futuro. Las vivencias de María y Luis muestran con especial claridad los efectos psicológicos de la incertidumbre laboral y la ausencia de contención institucional: crisis de angustia, aislamiento social, episodios de llanto espontáneo y alteraciones del sueño fueron mencionados recurrentemente. Estos estados emocionales no se limitan al periodo inmediato posterior al accidente, sino que se extienden durante meses, incluso años, reforzando la necesidad de incluir el acompañamiento psicológico como parte integral del proceso de recuperación, algo que, según los participantes, no fue garantizado por la ARL en ninguno de los casos (9,2).

En el ámbito económico, las afectaciones se intensificaron en los trabajadores vinculados mediante contratos temporales o de prestación de servicios. La modalidad de contratación, en estos casos, se convierte en un factor de riesgo adicional, al limitar el acceso a garantías de estabilidad y continuidad de ingresos durante los periodos de incapacidad o tratamiento prolongado. María, contratista, no fue recontratada tras su accidente, lo que generó una ruptura en su sustento económico y un impacto directo sobre su núcleo familiar. Esta situación evidencia la desprotección estructural de los trabajadores informales o temporalmente vinculados, quienes, aun desempeñando funciones institucionales, no gozan de los mismos derechos de quienes tienen nombramiento de planta (1).

Una de las categorías más consistentes emergidas en el análisis fue la inoperancia del sistema de riesgos laborales (ARL), la cual se manifestó en múltiples niveles: trámites burocráticos excesivos, demoras prolongadas en la autorización de exámenes, terapias y medicamentos, ausencia de canales de atención humanizada, y negligencia en el seguimiento psicosocial. Este patrón fue transversal en los cuatro relatos. Luis, por ejemplo, narró cómo su rehabilitación física se retrasó varios meses debido a que la ARL no autorizaba los traslados ni aprobaba la frecuencia recomendada de sus sesiones. Diana señaló que solo después de insistencias

reiteradas le asignaron atención psicológica para abordar su fobia postraumática a conducir. Estas experiencias permiten comprender la ARL no solo como un ente administrativo, sino como un dispositivo de poder simbólico, que define, controla y condiciona los tiempos y modos de recuperación del sujeto (10,7).

A pesar del sufrimiento y las limitaciones, los relatos también revelan la emergencia de factores protectores que actuaron como amortiguadores psicosociales durante el proceso: la solidaridad de los compañeros de trabajo, el apoyo familiar y la posibilidad de resignificar el accidente como experiencia de aprendizaje o transformación personal. En este sentido, algunos participantes manifestaron que, si bien atravesaron momentos de profunda desesperanza, también desarrollaron capacidades de resiliencia, reconectaron con redes de apoyo significativas y modificaron su perspectiva sobre la vida y el trabajo. Carlos, por ejemplo, expresó que tras su accidente aprendió a valorar más los vínculos humanos y a fomentar la seguridad en sus clases como una enseñanza ética. Este aspecto sugiere que la experiencia del accidente puede generar procesos de subjetivación positivos si se cuenta con un entorno de contención y reconocimiento (11). La siguiente tabla muestra las principales categorías se surgieron a partir de los análisis.

Tabla 1: Categorías emergentes de las entrevistas narrativas

Categoría emergente	Propiedades observadas	Ejemplos de los casos
Reconfiguración de la identidad laboral	Pérdida de funciones, sentimiento de inutilidad, alteración del rol ocupacional	“me da miedo volver al taller” (E1), “ya no sirvo para trabajar” (E3), “siento que soy una carga para mis compañeros” (E4)
Secuelas físicas persistentes	Dolor crónico, limitación de movilidad, dependencia de terceros	“mis brazos me duelen al levantarlos” (E2), “desde entonces puedo caminar con bastón” (E1)
Inestabilidad emocional	Ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, insomnio	“cuando llegaba a casa, solo lloraba” (E2), “mi recuperación va a ser muy larga” (E3), “no tuve cuidado y por eso pasó todo” (E1)

Afectación económica	Pérdida de ingresos, no renovación de contratos, endeudamiento	“mi familia empezó a ayudarme económicamente” (E1), “Tuve que vender la moto para mercar” (E4)
Inoperancia del sistema ARL	Demoras en autorizaciones, atención fragmentada, falta de seguimiento psicológico	“me toco pagar las terapias a mi” (E2), “estoy esperando autorizaciones todavía” (E4), “me toco pedir ayuda a una amiga psicóloga” (E3)
Solidaridad laboral	Apoyo entre compañeros, colectas solidarias, acompañamiento emocional	“recibí visitas y apoyo económico de colegas” (E2)
Apoyo familiar	Sostenimiento emocional y económico durante la recuperación	“mi hermana se vino a vivir conmigo para ayudarme” (E2), “me fui a vivir con mis papas” (E3), “mi hija antes de irse a estudiar me dejaba todo hecho” (E1)
Resignificación del accidente	Transformación personal, cambio de prioridades, desarrollo de resiliencia	“siempre tengo en cuenta precauciones” (E2), cuando volví a trabajar le explico a mis compañeros por usar los elementos de protección” (E3), “cada vez que tengo un nuevo trabajo evaluó los riesgos” (E4)

Los hallazgos, en su conjunto, evidencian que el accidente de trabajo no se agota en el momento del suceso ni se resuelve con la atención médica inmediata. Por el contrario, sus efectos se extienden en el tiempo como olas de impacto invisible, afectando la salud mental, la estabilidad económica, las relaciones sociales y la trayectoria laboral del trabajador. Esta visión de largo plazo implica la necesidad de repensar los modelos de intervención institucional no solo desde la perspectiva curativa, sino desde un enfoque integral, reparador y humanizante, que reconozca el carácter subjetivo y social del daño laboral (2,3,12).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación establecen un diálogo crítico con las propuestas teóricas de Pierre Bourdieu respecto a la violencia simbólica, entendida como aquella forma de dominación invisible que se ejerce a través de estructuras institucionales que aparentan neutralidad, pero que en realidad reproducen desigualdades sociales y legitimaciones de poder (2). En el contexto de los accidentes laborales analizados, esta violencia se materializa en la forma en que el sistema de riesgos laborales (representado por las ARL) actúa más como un

filtro administrativo que como un dispositivo de cuidado. Los testimonios evidencian que los trabajadores, al no recibir acompañamiento psicológico, al enfrentar barreras burocráticas prolongadas y al verse obligados a sostener su recuperación desde sus propios recursos, terminan por interiorizar el sufrimiento como parte de su responsabilidad individual, como si el dolor fuera inherente al hecho de trabajar.

Desde la perspectiva de Christophe Dejours, el sufrimiento en el trabajo no es únicamente producto de condiciones físicas adversas, sino de la ruptura entre el sentido del trabajo y la posibilidad de realizarlo en condiciones de dignidad, reconocimiento y humanidad (3). En los casos analizados, se observa cómo el accidente no solo genera un daño corporal, sino que trastoca profundamente la identidad profesional del sujeto. La imposibilidad de continuar en su rol habitual, las secuelas físicas permanentes y la inseguridad laboral derivada de su condición, provocan una crisis de identidad en los trabajadores, quienes se enfrentan no solo al dolor físico, sino a la pérdida del reconocimiento simbólico asociado a su oficio o labor (8).

A pesar de esta afectación profunda, las narrativas también revelan la emergencia de mecanismos de resiliencia, entendida no como una simple resistencia pasiva, sino como una capacidad activa de reconstrucción del sentido ante la adversidad (11). La resiliencia, en este caso, se manifiesta en la resignificación del accidente como oportunidad de reflexión, en la revalorización de las redes de apoyo afectivo y en el desarrollo de nuevos sentidos vitales más allá del desempeño laboral. No obstante, es fundamental señalar que esta capacidad de adaptación no debe ser instrumentalizada por las instituciones para desentenderse de su responsabilidad estructural. Convertir la resiliencia en una solución privatizada del sufrimiento sería perpetuar la misma lógica neoliberal que responsabiliza al individuo por los efectos de la precariedad que el propio sistema produce (13).

El análisis global de estos hallazgos permite afirmar que el modelo actual de atención a los accidentes laborales en Colombia privilegia la lógica de la gestión sobre la lógica del cuidado. Las respuestas institucionales – centradas en trámites, plazos y procedimientos – terminan por invisibilizar la experiencia subjetiva del trabajador accidentado, profundizando su

vulnerabilidad. La ausencia de rutas integrales de atención que incluyan apoyo psicológico, acompañamiento social, reinserción laboral y seguimiento efectivo, evidencia una falta de perspectiva humana en el diseño de los sistemas de protección laboral.

En consecuencia, se vuelve urgente repensar los sistemas de riesgos laborales desde una perspectiva ética, crítica y humanizante. Tal como plantean autores como Joan Tronto, cuidar no es solo asistir, sino asumir una responsabilidad moral y política por el bienestar del otro (14). Incluir en la formulación de políticas públicas las voces de los trabajadores accidentados, reconocer sus trayectorias de sufrimiento y transformación, y asumir institucionalmente la reparación más allá del dictamen clínico, constituyen pasos imprescindibles hacia un modelo verdaderamente justo y restaurador.

Con respecto a las limitaciones de este estudio se dieron en términos de localizar personas que quisieran participar dando sus testimonios, no obstante, previa firma del consentimiento que, informando riesgos y beneficios de la investigación, se procedió a realizar la entrevista, aunque era evidente el temor de informar los eventos y situaciones por las cuales pasaron. Una vez se indicaba la forma en la que se iba a dar trato a la información

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación pone en evidencia la complejidad del accidente laboral como experiencia totalizante que afecta múltiples dimensiones de la vida del trabajador. Las secuelas físicas no pueden desligarse de las consecuencias emocionales, sociales y económicas. El sistema actual de atención a los trabajadores accidentados presenta serias deficiencias en cobertura, oportunidad y humanización del servicio. La modalidad de contratación condiciona el grado de protección recibido, configurando una inequidad estructural. La investigación sugiere que es necesario fortalecer los procesos de prevención, garantizar la continuidad laboral del trabajador en recuperación, implementar rutas psicosociales obligatorias post-accidente, y formar una cultura institucional de acompañamiento y escucha activa. Dar voz a los trabajadores accidentados no solo dignifica su experiencia, sino que convierte sus relatos en herramientas de transformación institucional.

FINANCIAMIENTO y / o RECONOCIMIENTO

No se recibió financiamiento por parte de ninguna institución.

REFERENCIAS

1. Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
2. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
3. Dejours C. El sufrimiento en el trabajo. Buenos Aires: Nueva Visión; 2010.
4. Goodson I. Historia de vida y práctica docente. Barcelona: Octaedro; 2013.
5. Stake RE. Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata; 2005.
6. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. En: Bauer MW, Gaskell G, editores. Investigación cualitativa con texto, imagen y sonido. Barcelona: Paidós; 2000. p. 61-82.
7. Charmaz K. Constructing grounded theory. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2014
8. Tapia Peña M. Efectos psicológicos de los trabajadores con incapacidad permanente parcial por accidentes laborales. UCE; 2011.
9. Cisneros-Prieto M, Cisneros-Rodríguez Y. Los accidentes laborales, su impacto económico y social. Redalyc; 2015.
10. Foucault M. Vigilar y castigar. México: Siglo XXI Editores; 1976.
11. Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy. Bogotá: Editorial Norma; 2006.
12. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
13. Ehrenreich B. Sonríe o muere: La trampa del pensamiento positivo. Barcelona: Turner; 2012.
14. Tronto JC. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. Nueva York: Routledge; 1993

ARTICULO ORIGINAL

PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CUIDADO INTERCULTURAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Perception of pregnant women in intercultural care from the primary health care perspective

Percepção das grávidas sobre os cuidados interculturais na atenção primária à saúde

Isabella Cañas Jaramillo ¹

ORCID:0009-0000-5148-3506

Luisa Fernanda Mena Viveros ¹

ORCID:0009-0003-6299-838X

Aldo Realpe Arteaga ¹

ORCID:0009-0001-2757-3525

Dahiana Agudelo Jaramillo ¹

ORCID:0009-0001-3826-2597

Laura Victoria Escobar Asprilla ¹

ORCID: 0009-0000-1979-4240

Eddy Magola Guerrero ¹

ORCID:0009-0003-5055-321X

¹Fundación Universitaria del Área Andina

Autor correspondiente: Eddy Magola Guerrero
eguerrero3@areandina.edu.co



RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo describir la percepción de las gestantes sobre el cuidado intercultural en la Atención Primaria en Salud (APS), promoviendo una atención más inclusiva y adaptada a la diversidad cultural. En contextos como el colombiano, donde confluyen múltiples tradiciones y cosmovisiones, la interculturalidad se reconoce como un componente esencial en la atención materna. Se destaca la necesidad de adecuar los servicios de salud a las realidades culturales de las gestantes, respetando sus saberes, creencias y prácticas. La enfermería, por su rol en APS, actúa como puente entre el sistema biomédico y las comunidades, generando relaciones de confianza. No obstante, se identifican obstáculos como la falta de sensibilidad cultural, deficiencias en la formación profesional, estandarización de cuidados y barreras geográficas y económicas. La metodología consistió en la revisión de artículos en inglés y español disponibles en bases como Scopus, Scielo y PubMed. De 35 documentos analizados, se seleccionaron 12 para una síntesis categorizada en cuatro ejes: creencias en la gestación, experiencias de cuidado, componentes del cuidado intercultural y contrastes entre prácticas indígenas y occidentales. Palabra claves: percepción, mujeres gestantes, atención primaria en salud (APS), salud, enfermería, interculturalidad

ABSTRACT

The objective of this article is to describe the perception of pregnant women on intercultural care in Primary Health Care (PHC), promoting a more inclusive care adapted to cultural diversity. In contexts such as the Colombian context, where multiple traditions and worldviews converge, interculturality is recognized as an essential component in maternal care. It highlights the need to adapt health services to the cultural realities of pregnant women, respecting their knowledge, beliefs and practices. Nursing, due to its role in PHC, acts as a bridge between the biomedical system and communities, generating trusting relationships. However, obstacles are identified, such as the lack of cultural sensitivity, deficiencies in the training of nurses and the lack of cultural awareness. standardization of care and geographic and economic barriers. The methodology consisted of reviewing articles in English and Spanish available in databases such as Scopus, Scielo and PubMed. Of 35 documents analyzed, 12 were selected for a synthesis categorized in four axes: beliefs in gestation, experiences of care, components of intercultural care and contrasts between indigenous and western practices. Key words: perception, pregnant women, primary health care (PHC), health, nursing, interculturality.

INTRODUCCIÓN

La interculturalidad hace referencia a un proceso que está vivo y que se mantiene a lo largo del tiempo, que promueve el encuentro respetuoso y equilibrado entre las culturas, por lo tanto, reconoce la diversidad no como una barrera, sino como una oportunidad valiosa para enriquecer la convivencia social. Mientras que en la multiculturalidad diferentes personas conviven sin tener interacción entre ellas, esta perspectiva busca generar un intercambio de



conocimientos y promover las tradiciones. De este modo, se genera un área de convivencia que se enriquezca y exista una renovación social. (Sarmiento et al., 2020). Este enfoque no solo favorece el respeto por las tradiciones locales, sino que también defiende el derecho de las comunidades a recibir cuidados acordes con sus creencias y formas de vida. En este marco, la enfermería desde la Atención Primaria en Salud juega un papel fundamental como vínculo entre las instituciones sanitarias y las poblaciones, facilitando una atención que se adapte a cada contexto cultural y promueva la confianza y la participación activa de las personas. (Leon Yosa & Diaz-Manchay, 2023).

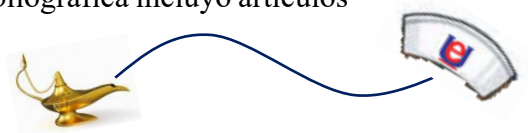
Por ello, incorporar la interculturalidad en el cuidado de mujeres gestantes no debe verse como una opción, sino como una responsabilidad ética que puede marcar la diferencia en la salud materna (Cieza Guerrero, Chávez Peláez & Catpo Gosgot, 2024).

La atención primaria de enfermería prenatal es esencial para la salud de las mujeres embarazadas y el bienestar de sus fetos. No obstante, las mujeres en situaciones de vulnerabilidad a menudo enfrentan obstáculos que afectan su vivencia con los servicios de salud, particularmente en lo que respecta a la interculturalidad. En tales contextos, los factores culturales, sociales y económicos tienen un impacto decisivo en cómo las mujeres perciben y acceden a la atención prenatal. La integración de la interculturalidad en el cuidado de salud es cada vez más necesaria, ya que las diferencias en valores, creencias y prácticas entre distintas comunidades pueden afectar considerablemente la calidad de la atención brindada. (Ulloa Sabogal & Muñoz de Rodríguez, 2019).

El estudio de Hudon et al. (2023) resalta diversos problemas clave en la gestión de la interculturalidad en la atención prenatal. Entre los aspectos más importantes, se señala la carencia de un enfoque culturalmente sensible en las intervenciones de enfermería, la diversidad de expectativas de las mujeres respecto a la atención prenatal y las barreras organizacionales que impiden ofrecer una atención accesible y equitativa.

MÉTODOS

Para la elaboración de este estudio se llevó a cabo una revisión documental con enfoque cualitativo, orientada a identificar la percepción de las gestantes sobre el cuidado intercultural en el contexto de la Atención Primaria en Salud. La búsqueda bibliográfica incluyó artículos



publicados entre los años 2019 y 2024, tanto en español como en inglés, se consultaron diversas bases de datos y plataformas académicas, entre ellas Scopus, SciELO, PubMed, Redieluz, OJS, Revista ACC CIETNA, UPCH, Revista Brasileira de Ginecología e Obstetrícia, Midwifery y BMC Pregnancy and Childbirth, lo cual permitió integrar literatura latinoamericana e internacional. Para optimizar la búsqueda se utilizaron operadores booleanos "AND" y "OR", los cuales permitieron combinar términos clave como: “cuidado intercultural”, “gestantes”, “embarazo”, “salud materna”, “atención primaria en salud”, “enfermería”, “diversidad cultural” y “cuidado.

Una vez realizada la búsqueda, se identificaron un total de 35 artículos relevantes. Para su análisis se construyó una matriz de coherencia en una hoja de cálculo de Excel, que contenía los siguientes campos: autores, año de publicación, palabras clave, fuente, metodología, categoría temática, descripción del contenido y principales conclusiones. A partir de esta sistematización, se seleccionaron 10 artículos que cumplieran con criterios de pertinencia, actualidad y aporte al tema de estudio. Los artículos seleccionados fueron organizados en cuatro categorías analíticas: (1) creencias en el periodo de gestación en las comunidades, (2) percepción de las gestantes sobre el cuidado intercultural, (3) elementos del cuidado intercultural, y (4) acciones del cuidado enfermero. Estas categorías sirvieron como base para estructurar la discusión, permitiendo interpretar los hallazgos desde distintas miradas: la cultural, la profesional y la contextual.

RESULTADOS: Cuadro de categorías. Tabla N.1



AUTOR	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
Amanda DiMeo (MD), Ami Karlage (MD), Karen Schoenherr (MD), Lauren Spigel (MPH, MD), Saugata Chakraborty (PhD), María Bazán (MD, MPH), Rosa L. Molina (MD, MPH) Irene Del Mastro N, Paul J Tejada-Llacsá, Stefan Reinders, Raquel Pérez, Yliana Solís, Isaac Alva, Magaly M Blas (afiliados a instituciones de salud pública y medicina) Liliana Orozco-Castillo- Lucero López-Díaz	CREENCIAS EN LA GESTACIÓN EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS	Estos estudios resaltan la importancia de reconocer y abordar las diversas creencias presentes durante la gestación, especialmente en comunidades indígenas y rurales. Subrayan el valor de la intermediación cultural y el respeto por las prácticas tradicionales como aspectos fundamentales para mejorar la experiencia de las gestantes y sus familias. Atender estos aspectos desde esta etapa contribuye a garantizar un entorno de atención más digno, respetuoso y seguro.
Débora do Vale Pereira do Livramento (MSc), Marli Terezinha Stein Backes (PhD), Patricia da Rosa Damiani (PhD), Laura Denise Reboa Castillo (PhD), Dirce Stein Backes	PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES SOBRE EL CUIDADO INTERCULTURAL	Estos estudios exploran las percepciones y vivencias de las gestantes en torno al cuidado intercultural durante el embarazo. Los hallazgos



(PhD), Alexandrino Martinho Sangunga Simão (PhD)		revelan que muchas mujeres embarazadas se sienten comprendidas, tranquilas y seguras cuando tienen la posibilidad de expresar libremente sus culturas, costumbres y creencias dentro del entorno de atención en salud. Estas experiencias refuerzan la importancia de un enfoque culturalmente sensible y respetuoso en la atención materna.
Ayenew Mose (MSc), Yohannes Fikadu (MSc), Amare Zewdie (MSc), Kassahun Haile (MSc), Salomón Shitu (MSc), Abebaw Wasie Kasahun (MSc), Keyredin Nuriye (MSc)		
Yuselino Maquera Maquera - Alfredo Calderón Torres - Yolynda Maquera Maquera - María Emma Zuñiga Vasquez - Mario José Vásquez Pauca.		
Anita María Wikberg	ELEMENTOS DEL CUIDADO INTERCULTURAL	Ambos estudios destacan la importancia de brindar un cuidado materno que respete y valore la diversidad cultural. Entre los elementos clave del cuidado intercultural se incluyen la comunicación efectiva, así como la adaptación y el reconocimiento de distintas creencias y prácticas
Joanna Leon Yosa - Rosa Jeuna Díaz Manchay		
Leon Yosa, J., & Diaz-Manchay, R. J.		

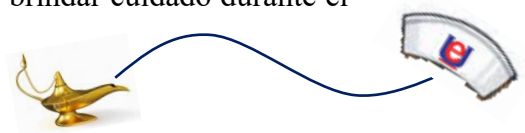


		tradicionales en el proceso de atención.
Roberto Álvarez San Martín (Antropólogo), Sergio Segundo Catalán Obando (Enfermero), Matías Simón Morales Aldea (Enfermero), Henry Reinhardt Wolfgang Schiffler Montre (Enfermero)	ATENCIÓN, ACCIONES DE CUIDADO DESDE LA CULTURA OCCIDENTAL HASTA LAS CULTURAS INDÍGENAS	Ambos estudios subrayan la importancia de integrar los saberes de la medicina occidental con las prácticas culturales propias de los pueblos indígenas. Esta integración contribuye al fortalecimiento de una atención materna respetuosa, digna y segura. Asimismo, promueve la colaboración entre el sistema de salud formal y los sistemas de saberes culturales, reconociendo la validez de ambas perspectivas en el proceso de cuidado.
Iván Sarmiento (MD, MSc), Germán Zuluaga (MD, PhD), Sergio Paredes-Solís (MD), Anne Marie Chomat (PhD), David Loutfi (MSc), Ana Cockcroft (PhD), Neil Andersson (MD, PhD)		
ván Sarmiento 1 2, Sergio Paredes-Solís 3, Abraham De Jesús-García 3, Nadia Maciel-Paulino 3, Alba Meneses-Rentería 3, Carolina Amaya 2, Ana Cockcroft 1, Neil Andersson 1		

Fuente construcción propia revisión temática 2025

DISCUSIÓN

En la primera categoría creencias en la gestación en las comunidades indígenas es importante que los profesionales de atención primaria en salud aborda la interculturalidad como un elemento fundamental para la atención de las gestante en las diferentes comunidades indígenas y áreas rurales, según la percepción de la usuarias manifiestan que se propicia un ambiente de confianza cuando se tienen en cuenta sus creencias a la hora de brindar cuidado durante el

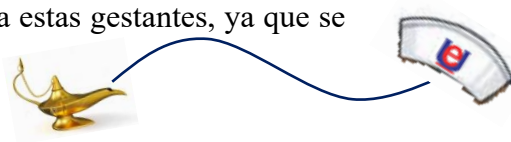


proceso de la gestación mediado por la intermediación cultural, estas acciones facilitan el diálogo y la comunicación en diferentes grupos culturales guiado por el respeto, que busca romper barreras culturales y generar relaciones sólidas; la gestación es un momento muy álgido y sensible para la mujer indígena lo cual se hace primordial comprender y medir sus creencias durante el embarazo.

En la segunda categoría la percepción que demuestran las gestantes indígenas sobre el cuidado intercultural nos refleja la importancia de ser bien escuchadas y comprendidas desde su contexto cultural. La mayoría de las mujeres valoran positivamente cuando el personal de salud no solo se enfoca en reconocer, sino que también incorpora todas sus prácticas y creencias tradicionales durante la atención prenatal. Esta forma de cuidado, que une no solo el conocimiento biomédico si no también la sabiduría ancestral, fortalece la confianza entre la gestante y el equipo de salud. Las mujeres sienten que no se les impone un modelo ajeno al de su costumbre, sino que se respeta su identidad cultural. Así, el cuidado intercultural se convierte en un puente que favorece el acceso a los servicios de salud, mejora la adherencia a los controles prenatales siendo más eficaces y contribuye a una experiencia de gestación más digna, humana y significativa

En la tercera categoría los elementos del cuidado intercultural nos representan componentes clave para brindar una atención adecuada siendo respetuosa y efectiva a las gestantes pertenecientes a comunidades indígenas. Como lo son la escucha activa, el respeto por sus prácticas tradicionales, el uso de un lenguaje adecuado y comprensible, la participación de mediadores culturales o sabedores ancestrales para ser beneficiados de esto facilitando la comunicación y la prestación de servicios. Dando como resultado una atención más cercana, donde la mujer no solo recibe cuidados médicos, sino también un reconocimiento de su cosmovisión y sus valores. Incorporar estos elementos no significa dejar de lado la medicina occidental, el cuidado intercultural favorece un entorno de confianza, reduce todas las barreras culturales y promueve un acompañamiento más armónico durante el proceso de gestación.

En la cuarta categoría destaca la atención y las acciones de cuidado que transitan desde la cultura occidental hacia las culturas indígenas requieren un enfoque mucho más flexible, sensible y profundamente respetuoso. Comprender que ambas visiones tanto la biomédica como la ancestral tienen un alto valor y mucha importancia para estas gestantes, ya que se



permite construir puentes que enriquecen el proceso de atención a la gestante. Desde la perspectiva occidental, se priorizan los controles clínicos y la prevención de riesgos a su bebé y a ella; mientras que, en las culturas indígenas, el cuidado se enmarca en lo espiritual, lo comunitario y lo simbólico para ellas y sus familiares. Integrar ambas dimensiones influye en que el personal de salud no solo actúe como proveedor de servicios, sino como facilitador de un diálogo intercultural. Esta interacción, cuando se basa en el respeto y la apertura, observando cómo se fortalecen los procesos de atención, mejora la experiencia de la gestante y reconoce la diversidad como un elemento fundamental para el cuidado integral durante el embarazo.

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente se destaca la percepción que tienen las gestantes sobre la calidad del cuidado que reciben, ya que está íntimamente relacionada con el respeto que se muestra hacia su cultura, tradiciones y creencias. Cuando las mujeres embarazadas pueden expresarse libremente en su idioma, la práctica de sus costumbres y ser escuchadas sin juicio, presentan todo sentimiento de valoración, comprensión y emocionalmente se sienten seguras al momento de relacionarse con todo el personal de salud, creando un ambiente de confianza y fortaleciendo el vínculo terapéutico con beneficio en la adherencia en los controles prenatales.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que las gestantes valoran profundamente el reconocimiento de sus costumbres y tradiciones por parte del profesional de salud, ya que lo perciben como un acto de respeto y dignificación de su identidad cultural. Este interés genuino por comprender y acoger sus prácticas tradicionales como lo son sus rituales, el uso de plantas medicinales en tratamientos o la presencia de figuras comunitarias (parteras, curanderos o chamanes), no solo genera una conexión más humana con el sistema de salud, sino que también fortalece el autoestima y empoderamiento como protagonista en su proceso gestacional.

Dentro de las barreras descritas en la literatura científica por parte de las gestantes se identificaron que las distancias geográficas y los diferentes dialectos o la diversidad de lenguas y la falta de intermediación cultural por parte de los profesionales de salud acrecientan más sus desigualdades sociales que dificultan una atención integral durante el proceso de la gestación.

REFERENCIAS



1. Hudon, É., Chouinard, M.-C., Ellefsen, É., Beaudin, J., & Hudon, C. (2023). The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: A descriptive interpretative qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05474-z>
2. Leon Yosa, J., & Diaz-Manchay, R. J. (2023). Cuidado de enfermería con enfoque intercultural a las gestantes en los centros de salud de atención primaria. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 10(2), 97–104. <https://doi.org/10.35383/cietna.v10i2.1037>
3. Livramento, D. do V. P. do, Backes, M. T. S., Damiani, P. da R., Castillo, L. D. R., Backes, D. S., & Simão, A. M. S. (2019). Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180211. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>
4. Ulloa Sabogal, I. M., & Muñoz de Rodríguez, L. (2019). Care from the cultural perspective in women with physiological pregnancy: A meta-ethnography. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(1), e03. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e03>
5. Quemba Mesa, M. P., Ávila Morales, J. C., & Holguín Ávila, E. J. (2024). Cuidados culturales en el embarazo, parto y posparto en mujeres de la región boyacense colombiana. *Revista Cubana de Enfermería*, 40(1), e6273. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192024000100008&lang=es
6. Maquera Maquera, Y., Calderón Torres, A., Maquera Maquera, Y., Zúñiga Vasquez, M. E., & Vásquez Pauca, M. J. (2022). Percepción cultural del embarazo, parto y puerperio en las comunidades de los Andes peruano. *Revista Vive*, 5(14), 456–469. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.160>
7. Aveiga Hidalgo, M. V., Chamarro Chapi, P. M., & Villarreal Ger, M. C. (2021). Rol de la enfermera en el parto intercultural de mujeres embarazadas en Hospital San Luis de Otavalo. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 9. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.3034>



8. Del Mastro, I. N., Tejada-Llacsá, P. J., Reinders, S., Pérez, R., Solís, Y., Alva, I., & Blas, M. M. (2021). Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702>
9. Cieza Guerrero, L., Chávez Peláez, L., & Catpo Gosgot, K. P. (2024). La interculturalidad como pilar de la comunicación terapéutica en enfermería. *Revista Enfermería Herediana*, 17. <https://doi.org/10.20453/renh.v17i.2024.5959>
10. Sarmiento, I., Zuluaga, G., Paredes-Solís, S., Chomat, A. M., Loutfi, D., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2020). Bridging Western and indigenous knowledge through intercultural dialogue: Lessons from participatory research in Mexico. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002488>



ARTICULO DE REVISIÓN

CARGA MENTAL DE TRABAJO EN PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS: SCOPING REVIEW

Mental workload of emergency department nursing staff

Carga de trabalho mental da equipe de enfermagem no departamento de emergência.

Jessica Alejandra Escobar Ocampo ^I

ORCID: 0009-0005-3452-7905

Jessica Molina Agudelo ^I

ORCID:0009-0006-8249-9061

Maryuri Ramírez Cardona ^I

ORCID: 0009-0001-5980-843X

^I Ciencias de la salud y el deporte. Programa de enfermería
Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira. Risaralda. Colombia.

Coautor correspondiente: **Lucy Andrea Henao Guzmán**

E-mail: lahenaog@areandina.edu.co



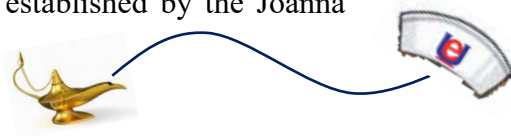
RESUMEN

En el área de la salud, el concepto de la carga mental es fundamental, especialmente en profesiones que demandan una continua toma de decisiones y sumo cuidado en situaciones de alta tensión, como ocurre con el equipo de enfermería en las salas de urgencias. Estos profesionales de salud interactúan con entornos inestables y cambiantes y, muchas veces, caóticos, donde las demandas físicas y emocionales influyen tanto en su bienestar como en su productividad a nivel laboral. Comprender y manejar debidamente la carga mental es esencial, ya que debido a que, si no se maneja adecuadamente, puede traer implicaciones en la salud de los profesionales y la atención que se brinda a los pacientes no va a ser de buena calidad. **Objetivo:** Identificar la carga mental experimentada por el personal de enfermería en los servicios de urgencias, analizando sus implicaciones en la salud y calidad del trabajo. **Métodos:** Se efectuó una revisión sistemática exploratoria de acuerdo con las indicaciones establecidas por el Instituto Joanna Briggs (JBI) y las recomendaciones PRISMA-ScR. Se seleccionaron artículos publicados entre 2020 y 2025 en inglés, español y portugués. Se realizaron búsquedas en bases de datos clave como PubMed, ScienceDirect, Scopus, Bvs, Justor, Dialnet, Scielo y Lilacs. **Resultados:** Los resultados muestran que el exceso laboral, la fatiga emocional y la carencia de apoyo institucional son factores clave que influyen negativamente en la salud mental y el bienestar del personal de enfermería en el servicio de urgencias. En los estudios revisados, aproximadamente el 65,5% de los participantes reportaron síntomas vinculados con carga mental en nivel medio y medio alto. Dentro de los principales factores estresantes incluyen largas jornadas laborales, alta rotación, multitareas y demandas emocionales, lo que provoca impactos psicológicos y físicos significativos. Los resultados destacan la relevancia de manera urgente sobre la importancia de implementar medidas de prevención y mejoras en el entorno de trabajo para reducir la carga mental y mejorar la calidad de vida laboral del personal. **Conclusión:** la carga mental del personal de enfermería en urgencias se origina por factores laborales estructurales como el déficit de personal, la rotación y la presión asistencial. Se evidencia una alta prevalencia de carga mental media, acompañada de síntomas como ansiedad, fatiga y trastornos del sueño. Se recomienda implementar intervenciones integrales que incluyan redistribución de tareas, apoyo psicosocial, contratación adecuada y un manual de prevención para mejorar el bienestar y la calidad del cuidado.

Palabras Claves: Carga Mental, Enfermería, salud, urgencias.

ABSTRACT

In the healthcare field, the concept of mental workload is fundamental, especially in professions that demand continuous decision-making and utmost care in high-stress situations, as is the case with nursing staff in emergency departments. These healthcare professionals interact with unstable, changing, and often chaotic environments, where physical and emotional demands influence both their well-being and their productivity at work. Understanding and properly managing mental workload is essential, since inadequate management can have implications for the health of the professionals and compromise the quality of care provided to patients. **Objective:** Identify the mental workload experienced by nursing staff in emergency services, analyzing its implications for health and quality of work. **Methods:** An exploratory systematic review was conducted according to the guidelines established by the Joanna

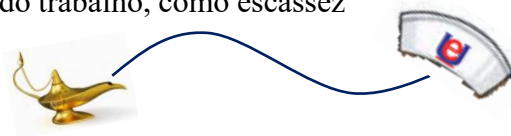


Briggs Institute (JBI) and the PRISMA-ScR recommendations. Articles published between 2020 and 2025 in English, Spanish, and Portuguese were selected. Searches were conducted in key databases such as PubMed, ScienceDirect, Scopus, BVS, Justor, Dialnet, SciELO, and LILACS. **Results:** The results show that work overload, emotional fatigue, and lack of institutional support are key factors that negatively affect the mental health and well-being of nursing staff in the emergency department. In the reviewed studies, approximately 65.5% of participants reported symptoms related to moderate to high mental load. The main stressors include long working hours, high turnover, multitasking, and emotional demands, which lead to significant psychological and physical impacts. The results urgently highlight the importance of implementing preventive measures and improvements in the work environment to reduce mental load and enhance the occupational quality of life of the staff. **Conclusion:** The mental workload of nursing staff in the emergency department stems from structural work factors such as staff shortages, turnover, and patient pressure. A high prevalence of moderate mental workload is evident, accompanied by symptoms such as anxiety, fatigue, and sleep disorders. It is recommended to implement comprehensive interventions that include task redistribution, psychosocial support, appropriate recruitment, and a prevention manual to improve well-being and quality of care.

Keywords: Mental workload, nursing, health, emergencies

RESUMO

Na área da saúde, o conceito de carga mental é fundamental, especialmente em profissões que exigem tomada de decisão contínua e extremo cuidado em situações de alto estresse, como é o caso da equipe de enfermagem em serviços de emergência. Esses profissionais de saúde interagem com ambientes instáveis, mutáveis e frequentemente caóticos, onde as demandas físicas e emocionais influenciam tanto o seu bem-estar quanto a sua produtividade no trabalho. Compreender e gerenciar adequadamente a carga mental é essencial, visto que o gerenciamento inadequado pode ter implicações para a saúde dos profissionais e comprometer a qualidade da assistência prestada aos pacientes. **Objetivo:** Identificar a carga mental vivenciada pela equipe de enfermagem em serviços de emergência, analisando suas implicações para a saúde e a qualidade do trabalho. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática exploratória de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Joanna Briggs Institute (JBI) e as recomendações PRISMA-ScR. Foram selecionados artigos publicados entre 2020 e 2025 em inglês, espanhol e português. As buscas foram realizadas em bases de dados importantes como PubMed, ScienceDirect, Scopus, BVS, Justor, Dialnet, SciELO e LILACS. **Resultados** Os resultados mostram que o excesso de trabalho, a fadiga emocional e a falta de apoio institucional são fatores-chave que influenciam negativamente a saúde mental e o bem-estar da equipe de enfermagem no serviço de emergência. Nos estudos revisados, aproximadamente 65,5% dos participantes relataram sintomas relacionados à carga mental em níveis médio e médio-alto. Entre os principais fatores estressantes estão longas jornadas de trabalho, alta rotatividade, multitarefas e demandas emocionais, o que provoca impactos psicológicos e físicos significativos. Os resultados destacam, de maneira urgente, a importância de implementar medidas de prevenção e melhorias no ambiente de trabalho para reduzir a carga mental e melhorar a qualidade de vida laboral da equipe. **Conclusão:** A sobrecarga mental da equipe de enfermagem no pronto-socorro decorre de fatores estruturais do trabalho, como escassez



de pessoal, rotatividade e pressão dos pacientes. Observa-se alta prevalência de sobrecarga mental moderada, acompanhada de sintomas como ansiedade, fadiga e distúrbios do sono. Recomenda-se a implementação de intervenções abrangentes que incluam redistribuição de tarefas, apoio psicossocial, recrutamento adequado e um manual de prevenção para melhorar o bem-estar e a qualidade da assistência.

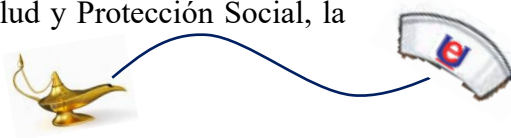
Palavras-chave: Sobrecarga Mental, Enfermagem, Serviços de Emergência, Saúde Mental, Qualidade de Vida, Estresse no Trabalho, Síndrome de Burnout.

INTRODUCCIÓN

La carga mental es un concepto fundamental en el ámbito de la salud, especialmente en profesiones que demandan una continua toma de decisiones y una atención constante en situaciones de alta tensión, como ocurre con el personal de enfermería que labora en los servicios de urgencias. Estos profesionales se enfrentan diariamente a un entorno dinámico y, a menudo, caótico, donde deben afrontar desafíos tanto físicos como emocionales que impactan directamente su bienestar y productividad laboral. Comprender y abordar la carga mental en este contexto resulta crucial, ya que, si no se maneja adecuadamente, puede tener repercusiones negativas tanto en la salud del profesional como en la calidad de la atención brindada a los pacientes.(1)

En este sentido, la carga mental se ha consolidado como un factor determinante en la salud ocupacional del equipo de enfermería, principalmente en contextos hospitalarios de alta demanda como las salas de urgencias. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud advierte que el personal sanitario enfrenta altos niveles de estrés laboral derivados de la sobrecarga asistencial, la necesidad de tomar decisiones rápidas y la exposición constante a situaciones críticas. Estas condiciones repercuten en su bienestar físico y psicológico, así como en la calidad de la atención proporcionada a los pacientes. (1) De acuerdo con Barzani y Dal Yılmaz, la carga mental en los enfermeros de urgencias es un factor principal que contribuye a la fatiga, lo cual afecta negativamente su satisfacción y desempeño laboral, aumentando el riesgo de errores en la atención de los pacientes. (2)

Dentro del ámbito latinoamericano, y específicamente en Colombia, esta problemática adquiere características particulares. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la

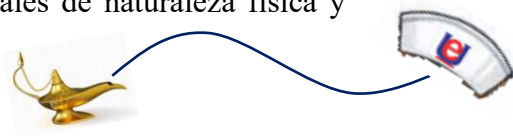


alta demanda en los servicios de urgencias, el déficit de personal y la precarización laboral incrementan de manera significativa la carga mental en los equipos de enfermería. (3) Investigaciones nacionales recientes de diversos autores como Meneses, Quintero, Pinto Villa, Martínez y Cubides señalan que en diversos hospitales del país el personal manifiesta elevados niveles de tensión psicológica, estrés y síndrome de burnout, asociados a la rotación de turnos, la presión asistencial y la falta de recursos adecuados. (4)

El incremento de la sobrecarga laboral ha transformado la carga mental en una variable de riesgo psicosocial crítica dentro de las organizaciones sanitarias, siendo reconocida como un desafío importante para la salud de los empleados y un factor que afecta directamente su calidad de vida. Al igual que la carga física, la carga mental puede repercutir negativamente en la productividad y en los estándares de calidad de las tareas ejecutadas. En este contexto, se han identificado diversas dimensiones de la carga mental que afronta el personal de salud, así como su estrecha relación con el bienestar psicológico. Tal como lo señala Almúdever Campo, los profesionales de enfermería suelen estar expuestos a factores laborales perjudiciales como demandas mentales elevadas, rutinas repetitivas y turnos nocturnos, lo que abre la puerta a integrar investigaciones que profundicen en el vínculo entre la carga mental y la salud mental de los trabajadores de la salud. (5)

Diversos estudios han evidenciado que la salud mental puede verse comprometida por las condiciones laborales, ya que trastornos como la depresión y la ansiedad se asocian con el entorno de trabajo, afectando la calidad de vida y la capacidad funcional del personal. En particular, los enfermeros que trabajan en turnos rotativos de 7 a 12 horas, incluidos los nocturnos, experimentan alteraciones del ritmo circadiano que repercuten tanto en su salud física como mental lo cual se evalúa a través de la escala NIOSH. (6)

En el área de urgencias y emergencias, el trabajo del equipo de enfermería se caracteriza por altas cargas laborales de naturaleza física y psíquica. Estas incluyen esfuerzos posturales, manejo de pacientes críticos, exposición constante a sufrimiento y muerte, y condiciones laborales exigentes que intensifican el estrés. En el área de urgencias y emergencias, el trabajo del equipo de enfermería se caracteriza por altas cargas laborales de naturaleza física y



psíquica. Estas incluyen esfuerzos posturales, manejo de pacientes críticos, exposición constante a sufrimiento y muerte, y condiciones laborales exigentes que intensifican el estrés. Según un estudio realizado por Sánchez, M. J., Suárez, M. A., & Ospina, el personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 experimentó altos niveles de estrés laboral, exacerbado por las condiciones adversas de trabajo, lo que afecta tanto su bienestar emocional como su desempeño en las unidades de urgencias. (7)

De manera similar, la carga mental que enfrentan los profesionales de enfermería está influenciada no solo por factores del entorno laboral, sino también por características personales. Soto-Castellón evidencian que variables como la edad, el género y la estabilidad laboral están estrechamente relacionadas con el aumento de la carga mental. Los enfermeros con mayor experiencia o contratos permanentes suelen percibir una mayor carga, posiblemente debido a las responsabilidades adicionales que asumen. Asimismo, la relación entre la personalidad y la carga mental es significativa, ya que aquellos con puntajes más altos en neuroticismo tienden a experimentar una carga mental subjetiva más elevada. (8)

En este marco, el presente estudio busca identificar el vínculo entre la carga mental y el bienestar integral del personal de enfermería del área de urgencias, un entorno caracterizado por elevadas exigencias laborales. Reconocer cómo la carga mental impacta en el bienestar físico y emocional de estos profesionales permitirá visibilizar los desafíos que enfrentan diariamente. Se pretende explorar los factores individuales y laborales que contribuyen a dicha carga, con el fin de comprender cómo influyen en la salud mental y la calidad de vida del personal de enfermería. Finalmente, el estudio busca proporcionar una visión integral que no solo identifique los problemas, sino que sirva de base para la implementación de estrategias orientadas a mejorar el clima laboral y promover el bienestar del equipo de enfermería, favoreciendo así la prestación de una atención de calidad en los servicios de urgencias.

MÉTODOS

El estudio se desarrolló mediante una revisión sistemática tipo scoping review o revisión exploratoria, siguiendo los lineamientos metodológicos propuestos por el Instituto Joanna Briggs (JBI) y las recomendaciones establecidas por PRISMA-ScR (Preferred Reporting



Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews). Se utilizó una herramienta de evaluación para artículos científicos con enfoques metodológicos múltiples (EAMH), la cual permitió examinar la calidad y pertinencia de los estudios seleccionados. Para la búsqueda de información, se implementaron estrategias sistemáticas en bases de datos científicas reconocidas, tales como PubMed, Science Direct, Scopus, BVS, Jstor, Dialnet, Scielo y Lilacs, utilizando descriptores combinados mediante el operador booleano (AND). Se establecieron criterios de inclusión y exclusión claramente definidos:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos publicados entre los años 2020 y 2025.
- Estudios en idioma inglés, español y portugués.
- Publicaciones relacionadas con enfermería, salud mental, carga laboral y urgencias hospitalarias.
- Investigación primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudios centrados en personal no relacionado con urgencias o fuera del campo de la enfermería.
- Artículos sin acceso al texto completo.
- Revisiones scoping review previas.
- Estudios duplicados.
- Revisiones sistemáticas o literatura gris (tesis, informes).

DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño de estudio fue una revisión exploratoria de la literatura científica, cuyo propósito fue identificar y mapear la evidencia existente sobre la carga mental de trabajo del personal de enfermería en el área de urgencias. Este tipo de diseño permitió analizar la magnitud, naturaleza y principales características del fenómeno, proporcionando una comprensión amplia del estado actual del conocimiento y de las brechas existentes en la investigación.



PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida de 13 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Cada documento fue considerado una unidad de análisis, representando estudios realizados con personal de enfermería en servicios de urgencias hospitalarias. Estos estudios abarcaron distintos contextos geográficos y metodológicos, con el fin de ofrecer una visión integral de las experiencias laborales, la carga mental y sus repercusiones en la salud mental y calidad de vida del personal de enfermería.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección y sistematización de la información se diseñó una matriz de extracción de datos que permitió organizar de manera estructurada las variables relevantes de cada estudio. Esta matriz incluyó los siguientes campos:

- Autor/año de publicación.
- País y contexto del estudio.
- Tipo de estudio.
- Objetivo principal.
- Instrumentos utilizados (por ejemplo: NASA-TLX, Maslach Burnout Inventory).
- Principales hallazgos sobre carga mental.
- Relación con la salud mental y la calidad de vida.

Esta herramienta facilitó la comparación de los resultados y la identificación de patrones temáticos comunes en la literatura revisada.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante una revisión sistemática de tipo exploratoria (scoping review), siguiendo los lineamientos del Instituto Joanna Briggs (JBI) y las recomendaciones de PRISMA ScR, con el fin de garantizar transparencia y trazabilidad en el proceso.



Una vez seleccionados los artículos, se procedió a la lectura crítica y extracción de información utilizando una matriz diseñada para registrar variables clave: autor, año, país, tipo de estudio, objetivos, instrumentos aplicados y principales hallazgos relacionados con la carga mental y la salud del personal de enfermería.

La información recolectada fue sometida a un análisis temático descriptivo, el cual permitió agrupar los hallazgos en categorías emergentes vinculadas con los factores laborales asociados a la carga mental, las consecuencias para la salud del personal y las estrategias de intervención o afrontamiento identificadas.

A través de un proceso de codificación abierta y axial, se establecieron patrones y relaciones conceptuales que facilitaron la interpretación de los datos. Este enfoque permitió integrar la evidencia existente de manera coherente, resaltando las principales tendencias, brechas y aportes de la literatura científica reciente.

Finalmente, los resultados obtenidos fueron contrastados con la evidencia teórica y empírica disponible, fortaleciendo la validez de la revisión y proporcionando una base sólida para la discusión y las conclusiones del estudio.

LECTURA INICIAL

Una vez seleccionados los artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a realizar una lectura exploratoria o lectura inicial de cada uno de los textos completos. Esta fase tuvo como propósito familiarizarse con el contenido general de los estudios, identificar los principales enfoques teóricos y metodológicos, y reconocer las temáticas recurrentes relacionadas con la carga mental en el personal de enfermería del área de urgencias. Durante esta etapa, se efectuó una revisión preliminar de los resúmenes, introducciones, objetivos y conclusiones de los artículos, con el fin de determinar su pertinencia y coherencia con la pregunta de investigación planteada. Así mismo, se verificó la presencia de información relacionada con salud mental, bienestar emocional, factores laborales y estrategias de afrontamiento. El proceso de lectura inicial permitió establecer una comprensión global del



corpus de análisis, sentando las bases para la etapa posterior de codificación y análisis temático.

CODIFICACIÓN

Posterior a la lectura inicial, se desarrolló un proceso de codificación sistemática, orientado a organizar y clasificar la información relevante contenida en los artículos seleccionados. Para ello, se empleó una estrategia de codificación abierta y axial, siguiendo los principios del análisis temático.

En la codificación abierta, se identificaron palabras clave, conceptos y frases significativas relacionadas con los principales temas de interés, tales como estrés laboral, carga cognitiva, agotamiento emocional, calidad de vida, salud mental y estrategias de afrontamiento. Posteriormente, en la codificación axial, se agruparon los códigos emergentes en categorías temáticas más amplias, que permitieron establecer relaciones entre los distintos factores que componen la carga mental y sus efectos sobre el personal de enfermería.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las disposiciones contenidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la cual regula la investigación en salud con seres humanos. Dado que se trata de una revisión sistemática tipo scoping review basada exclusivamente en fuentes secundarias, no implicó intervención directa ni recolección de información personal de participantes humanos, por lo tanto, se clasifica como una investigación sin riesgo. Se garantizó el cumplimiento de los principios de respeto, integridad y transparencia científica, manteniendo la fidelidad a los datos originales y evitando cualquier tipo de manipulación o sesgo en la selección, análisis e interpretación de los artículos incluidos. Así mismo, se respetaron los derechos de autor y la propiedad intelectual de las fuentes consultadas mediante la referencia adecuada y completa de cada documento según las normas APA (7ª edición).

El proceso de revisión, selección y análisis de los artículos se realizó de manera ética, objetiva y transparente, asegurando la confidencialidad de los datos bibliográficos y la veracidad de la



información reportada. No se recibieron incentivos económicos ni se presentaron conflictos de interés que pudieran influir en los resultados o conclusiones del estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las principales limitaciones de esta revisión se identifica, en primer lugar, la restricción temporal establecida para la búsqueda de artículos publicados entre los años 2020 y 2025. Si bien este rango permitió concentrar la evidencia más reciente, pudo excluir investigaciones relevantes desarrolladas en periodos anteriores que aportarían una visión más amplia sobre la evolución del fenómeno.

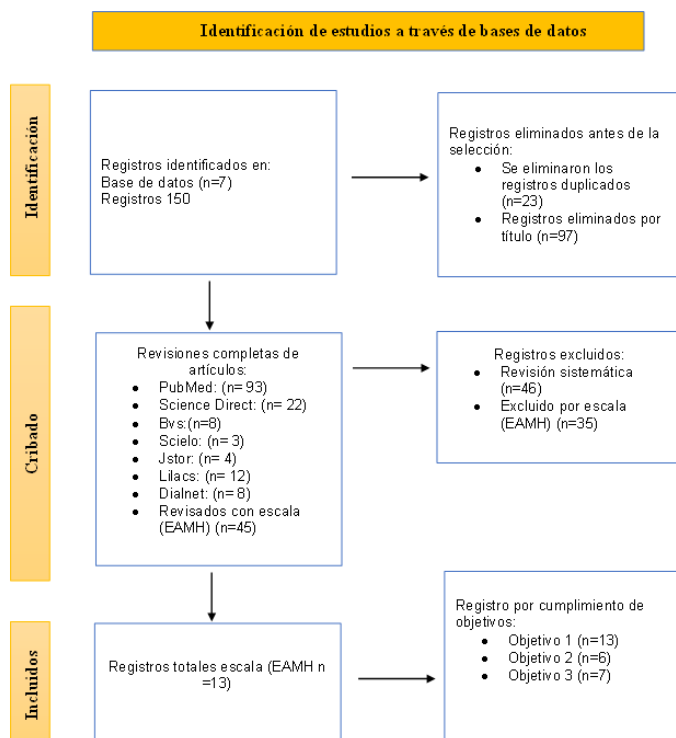
En segundo lugar, la revisión se circunscribe a publicaciones disponibles en texto completo y en tres idiomas (español, inglés y portugués), lo cual limitó el acceso a estudios en otros idiomas o con restricciones de acceso institucional. Esta condición generó mayor exhaustividad del mapeo de la evidencia.

Asimismo, se identificó una heterogeneidad metodológica entre los estudios incluidos, ya que utilizaron diferentes instrumentos para medir la carga mental (como Maslach Burnout Inventory, entre otros), lo que dificulta la comparación directa de resultados y la síntesis cuantitativa de los hallazgos.

RESULTADOS

Aplicación del Método PRISMA en la Búsqueda y Filtrado Bibliográfico





La figura 1 presenta los resultados obtenidos mediante la implementación del método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), utilizado para la búsqueda y selección de la bibliografía relevante para el estudio. Este enfoque sistemático permitió filtrar la información según los objetivos específicos establecidos, facilitando una revisión exhaustiva y organizada.

En los resultados, se describen de manera porcentual algunos datos de las coincidencias encontradas frente a cada categoría de acuerdo con los objetivos específicos, para establecer el margen de similitud entre los mismos resultados.

1. Caracterización sociodemográfica del personal de enfermería en los servicios de urgencias, evidenciada en los estudios.

En el análisis sociodemográfico y laboral del personal de enfermería en urgencias se evidenció que el 80% de la muestra estaba conformada por mujeres, con un rango de edad predominante entre 24 y 55 años. La experiencia del personal de enfermería de urgencias oscila entre 8 a 10 años de acuerdo con lo soportado en los estudios.



Más de la mitad de esta población contaba con contratos temporales y turnos rotativos, en varios de los estudios el personal de enfermería trabajaba en al menos dos instituciones, situación observada en los estudios de Brasil, Ecuador y Perú, donde la precarización contractual y la rotación favorecen la sobrecarga. Respecto al estado civil, un 60% refería tener pareja estable. En la formación académica de la población referida, el 83% tenía formación universitaria, o superior.

En algunos estudios se encontró que el personal que trabaja 40 horas en la semana, comparado con otros estudios que referían que trabajaban más de 60 horas semanales, evidenciaron alta carga laboral, encontrando que, en las horas regulares, y en mayores horas de trabajo en la semana, mostraron insatisfacción con sus tareas y carga mental debido a la alta demanda de pacientes en el servicio de urgencias; volviéndose monótonas las funciones.(9–21)

NIVEL DE CARGA MENTAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

De acuerdo al cribado de palabras clave, con sus definiciones y la consideración de los conceptos que se asocian con la carga mental de trabajo, de acuerdo la complejidad de los síntomas, se incluyen estudios relacionados con la presencia de la afectación mental, física, emocional y percepción psicológica, así como la medición de la percepción de la carga laboral, de acuerdo con los artículos que consideraban estos patrones en el estado de afectación laboral del personal de enfermería en el servicio de urgencias.

En la evaluación de la carga mental en el personal de enfermería de urgencias, se identificó que la mayor proporción de participantes presentó un nivel medio (85%) y, en menor medida, niveles altos (15%) de carga mental.

Esta tendencia se manifiesta en las puntuaciones más elevadas en indicadores como presión por tiempo, gestión multitarea y exigencia emocional, áreas que se corresponden con el aumento de requerimientos cognitivos, físicos y psicosociales documentados en la información referida en los estudios bajo la aplicación de diversos instrumentos que median la carga mental.

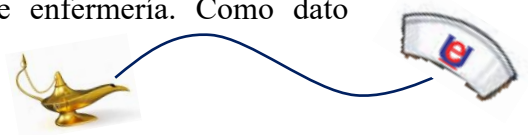


Se evidencia que en la medición y comparación de los niveles de la carga mental con sus diferentes dimensiones, en los estudios consultados se emplearon instrumentos validados, incluyendo el cuestionario de carga laboral de Santillán para medir las demandas psicológicas y físicas en el entorno laboral .

Se incluyó el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) que mide el síndrome de desgaste profesional (burnout) en profesionales de la salud, evaluando tres dimensiones principales: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Su propósito es medir la frecuencia e intensidad de estos sentimientos en el trabajo para identificar el riesgo de sufrir burnout. la escala FPSICO 3.0 que evalúa 9 factores de riesgo psicosocial: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, contenido/variedad del trabajo, participación y supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño del rol y relaciones y apoyo social.

La Escala de Malestar Psicológico de Kessler es un instrumento diseñado para medir síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y psicofisiológicos que se encuentran de manera frecuente en un rango significativo de trastornos mentales. la escala ECT evalúa la carga física, psíquica y psicosocial de los trabajadores y, en Brasil, el Oldenburg Burnout Inventory evalúa el agotamiento profesional midiendo dos dimensiones principales: el agotamiento (físico, cognitivo y afectivo) y la desconexión del trabajo (actitudes negativas hacia el trabajo y el contenido laboral). y la Perceived Stress Scale evalúa qué tan estresante una persona percibe su vida, midiendo el grado en que sus circunstancias son consideradas impredecibles, incontrolables y abrumadoras en el último mes, lo que permite asegurar la validez y comparabilidad de los datos obtenidos en diversos contextos de urgencias hospitalarias, que aunque no tengan el mismo instrumento tienen variables relacionadas con la carga mental psicológica física cognitiva y emocional.

En los 13 estudios revisados se utilizaron instrumentos validados para medir la carga mental, el burnout, la fatiga, el estrés y la calidad de vida laboral en el personal de enfermería. La sobrecarga mental se evaluó con el cuestionario de Santillán, encontrándose en 3 estudios cuantitativos para valorar la sobrecarga mental y física de enfermería. Como dato



importante, en un 85% del personal se evidenció carga mental media y en un 15% carga alta, atribuida a la multiplicidad de tareas y la presión asistencial, aspecto agravado por la pandemia de COVID-19. En 4 estudios que valoraban el burnout, se evidenció la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach, en el cual se observó una prevalencia del 24,5% en el personal de enfermería, especialmente en aquellos con contratos temporales y menor antigüedad.

En 2 estudios de enfoque mixto, con la aplicación del SRQ-20, la Escala de Estrés Percibido y el Inventario de Burnout de Oldenburg, se mostró que tanto enfermeros como técnicos sufrieron fatiga mental (20% y 21,8% respectivamente), identificando que las jornadas mayores a 40 horas semanales incrementaron notablemente el estrés y el burnout.

En la dimensión cualitativa, se resaltó 1 estudio donde se documentó la dificultad para realizar pausas fisiológicas y el sentimiento de agotamiento extremo. Sumado a esto, el TQWL-42 evidenció que hasta un tercio del personal hospitalario refiere insatisfacción con su calidad de vida laboral, señalando la carga horaria y las condiciones organizacionales como factores determinantes.

Durante la pandemia, hasta el 65,5% del personal de enfermería de urgencias presentó síntomas moderados a graves de carga mental, con mayor prevalencia en mujeres, profesionales de mayor edad y con turnos nocturnos y extensos. Las manifestaciones clínicas incluyeron insomnio, fatiga persistente, ansiedad, dificultades de concentración y alteraciones del ánimo según los instrumentos PSS-14 y el cuestionario adaptado del Inventario de Burnout de Maslach. Además, el 33% reportó exposición frecuente a violencia laboral y escaso apoyo organizacional. Estos hallazgos se replican en múltiples estudios latinoamericanos y europeos y evidencian el riesgo para la salud mental y la calidad asistencial.

Dentro de los estudios incluidos en nuestra investigación se confirma que estas manifestaciones no sólo anticipan riesgos significativos para la salud física y mental a corto, mediano y largo plazo, sino que también impactan negativamente en la calidad de la atención brindada y en los resultados asistenciales. Los artículos revisados evidencian que el personal de enfermería enfrenta una alta carga laboral, turnos extensos, estrés y desgaste emocional, especialmente en contextos hospitalarios y de crisis sanitaria.



Estas condiciones afectan directamente la salud mental, generando ansiedad, agotamiento hasta llegar a síndrome de burnout, lo que repercute en la calidad del cuidado brindado. Los estudios destacan la importancia de ofrecer apoyo emocional al personal, ya que se ha evidenciado que las intervenciones basadas en el acompañamiento psicológico y ético reducen el estrés, fortalecen el autocuidado y mejoran el bienestar general. Estos hallazgos fortalecen la robustez de los resultados del estudio y subrayan la necesidad de intervenciones organizacionales y psicosociales para salvaguardar la salud integral del personal de enfermería en las áreas de urgencias(9,12,13,16,17,20,21)

FACTORES DETERMINANTES Y DE RIESGO DE CARGA MENTAL

Los principales factores asociados a la carga mental descrita fueron la falta de personal y recursos materiales (identificado en el 94% de los estudios), jornadas extensas, alta rotación y presión por demanda asistencial. Estos factores generan incremento físico y psicológico incrementando los niveles de estrés que generan una alta carga mental.

En un 67% de los estudios validados, se puede verificar la ausencia de supervisión clínica efectiva y de apoyo social; identificando que más de la mitad del personal de enfermería no contaba con el apoyo de su jefe directo, o especializada en la práctica diaria, mientras que más del 60% expresó insatisfacción con la compensación económica y las oportunidades de reconocimiento profesional.

La sobrecarga administrativa, el solapamiento de roles y la exposición prolongada a eventos críticos/emocionales complejos representan determinantes fundamentales de la carga mental y del proceso de desgaste crónico, lo que implica una alta vulnerabilidad psicosocial.

Estos resultados evidencian que el personal de enfermería de urgencias presenta una proporción de carga mental media alta, favorecida por condiciones laborales complejas y multifactoriales, cuya caracterización coincide, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, con la literatura científica regional e internacional actual. (13,16,17,20,21)



DISCUSIÓN

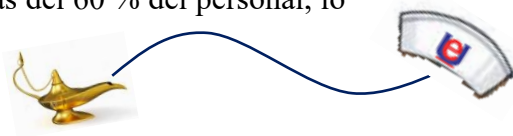
El proceso culminó con la inclusión exhaustiva de 13 artículos tras hacer una rigurosa investigación a lo largo de los meses transcurridos este año, la cual nos dirigió a realizarles una depuración exhaustiva metodológicamente hablando, las cuales nos otorgan validez y consistencia en los hallazgos que se necesitaron para recolectar la información, garantizando que la discusión la cual sustentamos en evidencia científica actual (5 años) y confiable.

En primer lugar, la caracterización sociodemográfica del personal estudiado corrobora de manera amplia: que la enfermería está conformada en su mayoría por mujeres, con edades entre los 24 y 55 años, con tareas elevadas y una tasa de contratación temporal, turnos dobles y rotativos con muy poco descanso. Estas condiciones, propias del servicio de urgencias, se asocian a presiones constantes y a un ritmo de trabajo acelerado, lo que coincide con lo reportado en la literatura sobre escenarios clínicos de elevada exigencia cognitiva y emocional.

En cuanto al segundo objetivo, se puede precisar y determinar el nivel de carga mental, en el cual el 85% del personal manifestó una carga media mientras que un 15 % del total de la población. Este proceder refleja las altas demandas de esfuerzo físico y mental que se mantiene en los servicios, sintomatología como la fatiga, el insomnio, las dificultades constantes, las cuales abarcan un gran porcentaje de investigaciones previas mencionadas.

De igual manera al verificar los factores determinantes y de riesgo asociados a la carga mental, se determinó que la falta de personal y la carga laboral tanto asistencial como administrativa, aparte de jornadas largas, sin descansos y la falta de capacitación del personal de forma continua son factores que se atan como el principal indicador de desgaste general. La evidencia científica presentada mantiene la idea de que los factores extrínsecos llegan a acumular características en común entre los entrevistados.

La exposición constante a situaciones emocionalmente complejas, eventos críticos y episodios de violencia laboral incrementa la vulnerabilidad psicológica del personal. A ello se suma la percepción de apoyo institucional insuficiente, reportada por más del 60 % del personal, lo



que limita la capacidad de afrontamiento y potencia los efectos adversos de la sobrecarga laboral.

Por último, dichas circunstancias tienen implicaciones directas en cuanto la calidad del servicio prestado por el personal hacia el paciente, esta puede reducir la empatía profesional, también puede afectar la toma de decisiones y el deterioro en la relación- paciente, comprometiendo la seguridad del paciente.

Por tanto, los hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias institucionales orientadas al apoyo psicosocial, la adecuada asignación de personal, la formación continua y la implementación de programas efectivos de manejo del estrés.

En conclusión, los resultados anteriormente presentados permiten asumir que la carga mental en el personal de enfermería en el servicio de urgencias es un ente multifactorial, estructural y vinculado con las precarias condiciones laborales.

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES.

En la caracterización sociodemográfica relacionada con los años de experiencia se encuentra que el personal de enfermería de los servicios de urgencias de los estudios revisados posee un tiempo importante respecto al conocimiento de su quehacer profesional, lo que genera autonomía en la toma de decisiones y probablemente la posibilidad de tener menos supervisión lo que podría generar sentimientos de falta de apoyo de los coordinadores y agobio.

En cuanto a las edades del personal de enfermería es amplio, no está relacionado, el personal con una determinada subclasificación en el ciclo vital productivo, el personal de los estudios observados comprende un amplio rango de edades laborales.



Más de la mitad del personal tiene pareja, lo que puede generar apoyo familiar, frente a quienes no lo tienen, así también otras responsabilidades familiares por lo que la carga mental en ambos casos debe ser atendida para garantizar una calidad de vida.

También se logró identificar y verificar los principales factores determinantes y factores de riesgo que influyen en la carga mental del personal de enfermería del servicio de urgencias. Entre ellos destacan las altas demandas asistenciales, los turnos prolongados, la carga psicosocial derivada de la presión emocional constante y la insuficiente recuperación entre turnos, condiciones que en conjunto incrementan significativamente el desgaste mental del personal.

Las conclusiones se basan en la carga mental que presentó el personal de enfermería en el área de urgencias de los diferentes hospitales en los cuales se recopiló la información lo cual concluye que la sintomatología y demás aspectos mencionados pertenecen a factores estructurales y multifactorial, determinado por condiciones laborales como la insuficiencia de personal, la rotación excesiva, la multitarea y la presión asistencial constante.

Dichas condiciones se describen con una alta prevalencia de carga mental media con un alto porcentaje y con un porcentaje más bajo se ha demostrado que el desgaste físico y emocional es demandante. Asimismo, la presencia de síntomas como ansiedad, fatiga y alteraciones del sueño en más del 60 % del personal, junto con la insatisfacción con el apoyo institucional y la exposición a violencia laboral, incrementan la vulnerabilidad psicosocial y comprometen directamente la calidad y seguridad del cuidado brindado al paciente.

Aclarando y concluyendo podemos analizar que las instituciones deben asimilar intervenciones integrales y continuas, en las cuales se incluyen la redistribución de las cargas laborales, también apoyar y fortalecer los diferentes procesos de apoyo psicosocial, la contratación suficiente de personal y la creación de herramientas como un Manual de Prevención de Carga Mental, orientado a mejorar el bienestar del personal y garantizar una atención más humana, segura y eficiente en los servicios de urgencias.



FINANCIAMIENTO y / o RECONOCIMIENTO

El presente estudio no recibió financiación externa por parte de ninguna institución pública o privada. La investigación fue desarrollada de manera independiente, como parte del proceso académico del programa de Enfermería, con el propósito de contribuir al conocimiento científico sobre la carga mental del personal de enfermería en el servicio de urgencias.

Asimismo, se expresa un especial reconocimiento a la institución académica que brindaron apoyo metodológico durante el desarrollo de la revisión, así como a los docentes y compañeras que, con sus aportes y retroalimentaciones, fortalecieron el rigor científico y la calidad del trabajo presentado.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el trabajo [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
2. Barzani KIS, Dal Yılmaz Ü. The Relationship Between Mental Workload and Fatigue in Emergency Department Nurses. Cyprus Journal of Medical Sciences. 2022 Jun 1;7(3):381–6.
3. Ministerio de salud y Protección Social. La salud mental de los trabajadores de la salud es prioridad [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 8]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-salud-mental-de-los-trabajadores-de-la-salud-es-prioridad.aspx>
4. 13 SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA.
5. 5 La carga mental de los profesionales de Enfermería en relación con su turno laboral.
6. Kalkanis A, Demolder S, Papadopoulos D, Testelmans D, Buyse B. Recovery from shift work. Vol. 14, Frontiers in Neurology. Frontiers Media SA; 2023.



7. Power H, Skene I, Murray E. The positives, the challenges and the impact; an exploration of early career nurses experiences in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs.* 2022 Sep 1;64.
8. Soto-Castellón MB, Leal-Costa C, Pujalte-Jesús MJ, Soto-Espinosa JA, Díaz-Agea JL. Subjective mental workload in Spanish emergency nurses. A study on predictive factors. *Int Emerg Nurs.* 2023 Jul 1;69.
9. Henríquez-Figueroa SC, Vargas Chávez P. Calidad de vida de los profesionales de enfermería Quality of Life of Nursing Professionals [Internet]. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-9156-8037>
10. Yazici R, Bala ED, Basa Kalafat AF, Sari E, Mutlu H, Güner H, et al. Effects of workload and distance traveled on psychological resilience and values among emergency healthcare workers. *Turk J Med Sci.* 2025;55(2):501–8.
11. Silva Ferreira BE, Souza Silva A de O, Vilarino B, Vieira Silva EC, Carvalho IC, Bernardes GL, et al. OS ENFERMEIROS E A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19. *Nursing Edição Brasileira.* 2024 Jul 16;28(313):9339–50.
12. Lopes Barbosa ML, Lessa Horta R, Guedes Lucini TC, Guimarães Camargo E, Lutzky BA, Silveira AF, et al. Carga de trabalho, cansaço e impotência entre profissionais de enfermagem no enfrentamento da COVID-19. *J Nurs Health.* 2024 May 8;14(1):e1424370.
13. Carranza Esteban RF, Mamani-Benito OJ, Quinteros-Zúñiga D, Farfán-Solís R. Concern about COVID-19 infection and workload as predictors of psychological distress during the health emergency in
14. Peruvian healthcare personnel. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2023 Oct 1;52(4):273–9.
15. Acuña M del C, Castillo Benites R. Impact of Workplace Stress on Nursing during the Pandemic: Challenges and Intervention Strategies for Mental Health. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations.* 2025 Jan 6;3:483.
16. Doctor N, da Silva Barreto M, Oliveira de Arruda G, Silva Marcon S, Pedroso da Silva Correia L, Laura Dutra Queruz A, et al. :e60841 STRESS AND BURNOUT AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS OF THE EMERGENCY ROOM DURING THE



- COVID-19 PANDEMIC. 2021;20. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-0696-0996>.
17. Mass SF de LS, Centenaro APFC, Dos Santos AF, de Andrade A, Franco GP, Cosentino SF. Routine of the unpredictable: workloads and health of urgent and emergency nursing workers. *Rev Gaucha Enferm.* 2022;43.
 18. Proaño-López A, Álvarez-Bayas T, Martínez-Jimbo D, Flores-Almeida D, Landeta-Bejarano L. Evaluación de riesgos psicosociales y su influencia en el desarrollo de burnout en el personal de emergencias del Hospital General Docente Calderón. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito).* 2022 Jan 1;47(2):18–30.
 19. Amaral GG, Silva LS, Oliveira JV de, Machado NM, Teixeira JS, Passos HR. Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Escola Anna Nery.* 2022;26(spe).
 20. Impact of COVID-19 on nursing work in emergency units. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO019777>
 21. Tipán-Coello Y, Sánchez-Aldaz K, García-Albán G, Escobar-Morocho D. Sobrecarga laboral en el personal de enfermería del primer nivel de atención en Ecuador. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.* 2024 Dec 30;22(1).
 22. Sarmiento Valverde GS. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2019 Mar 15;19(1):67–72. Available from: <http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/835>



PROYECTO NUCLEAR

PERCEPCIONES SOBRE LAS BARRERAS PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES, PADRES DE FAMILIA Y PROFESIONALES DE LA SALUD, DESDE EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

Perceptions of barriers to early diagnosis of sexually transmitted infections among adolescents, parents, and health professionals from nola pender's health promotion model.

Percepções das barreiras ao diagnóstico precoce das infecções sexualmente transmissíveis entre adolescentes, pais e profissionais de saúde a partir do modelo de promoção da saúde de nola pender

Monica Yuliana Holguin^I

0009-0008-0026-5865

Nirvana Grisales Lopez^{II}

0009-0001-4534-4793

Maria Paula Varela^{III}

0009-0003-3468-2724

Anggie Lopez^{IV}

0009-0007-7403-9927

Luisa Fernanda Bonilla^V

0000-0002-1849-9554

Miguel Angel Cadavid Carreno^{VI}

0009-0000-1847-6590

Cooperacion Universitaria
Empresarial Alexander Von
Humboldt. Armenia, Quindio
Colombia.^{II}



RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue comprender las percepciones sobre las barreras que impiden el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, desde la perspectiva de los propios adolescentes, sus padres de familia y los profesionales de la salud, utilizando como marco el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. **MÉTODOS:** Se adoptó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico interpretativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales a adolescentes entre 12 y 17 años, padres de familia y profesionales de la salud, seleccionados mediante muestreo intencional. Las entrevistas fueron analizadas con software especializado (Atlas Ti versión 23) para identificar códigos emergentes y categorías clave en torno a la disposición para el autocuidado, desinformación, relaciones familiares y factores de riesgo. **RESULTADOS:** Los hallazgos muestran que las principales barreras percibidas incluyen: desinformación y mitos sobre sexualidad; miedo al juicio por parte de los padres y personal de salud; falta de comunicación en el entorno familiar; y educación sexual inadecuada. Asimismo, se evidenció una baja percepción del riesgo y desigualdad en el acceso a información confiable. Las relaciones interpersonales, especialmente con figuras parentales, jugaron un papel determinante como factor protector o de riesgo. **CONCLUSIÓN:** La falta de diálogo abierto sobre sexualidad, el estigma social y la educación sexual deficiente son obstáculos significativos para el diagnóstico temprano de ITS en adolescentes. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender permitió evidenciar cómo los factores personales, interpersonales y contextuales influyen en la disposición a adoptar comportamientos saludables.

Palabras clave: Adolescentes; Infecciones de transmisión sexual; Diagnóstico temprano; Barreras percibidas; Educación sexual; Padres de familia; Profesionales de la salud; Modelo de Promoción de la Salud; Nola Pender; Salud pública.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to understand the perceptions regarding the barriers that hinder the early diagnosis of sexually transmitted infections (STIs) in adolescents, from the perspective of the adolescents themselves, their parents, and healthcare professionals, using Nola Pender's Health Promotion Model as a framework. **Methods:** A qualitative approach with an interpretative phenomenological design was adopted. Semi-structured interviews and focus groups were conducted with adolescents aged 12 to 17, parents, and healthcare professionals, selected through purposive sampling. The interviews were analyzed using specialized software (Atlas Ti version 23) to identify emerging codes and key categories related to self-care disposition, misinformation, family relationships, and risk factors. **Results:** The findings show that the main perceived barriers include misinformation and myths about sexuality; fear of judgment from parents and healthcare providers; lack of communication within the family environment; and inadequate sexual education. Additionally, a low risk perception and unequal access to reliable information were evidenced. Interpersonal relationships, especially with parental figures, played a determining role as protective or risk factors. **Conclusion:** The lack of open dialogue about sexuality, social stigma, and deficient sexual education are significant obstacles to the early diagnosis of STIs in adolescents. Nola Pender's Health Promotion Model made it possible to highlight how personal, interpersonal, and contextual factors influence the willingness to adopt healthy behaviors.



Keywords: Adolescents; Sexually Transmitted Infections; Early Diagnosis; Perceived Barriers; Sexual Education; Parents; Healthcare Professionals; Health Promotion Model; Nola Pender; Public Health.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi compreender as percepções sobre as barreiras que impedem o diagnóstico precoce de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em adolescentes, a partir da perspectiva dos próprios adolescentes, seus pais e os profissionais de saúde, utilizando como marco o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. **Métodos:** Adotou-se uma abordagem qualitativa com design fenomenológico interpretativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais com adolescentes entre 12 e 17 anos, pais e profissionais de saúde, selecionados por meio de amostragem intencional. As entrevistas foram analisadas com software especializado (Atlas Ti versão 23) para identificar códigos emergentes e categorias-chave em torno da disposição para o autocuidado, desinformação, relações familiares e fatores de risco. **Resultados:** Os achados mostram que as principais barreiras percebidas incluem: desinformação e mitos sobre sexualidade; medo do julgamento por parte dos pais e profissionais de saúde; falta de comunicação no ambiente familiar; e educação sexual inadequada. Além disso, evidenciou-se uma baixa percepção de risco e desigualdade no acesso a informações confiáveis. As relações interpessoais, especialmente com figuras parentais, desempenharam um papel determinante como fator protetor ou de risco. **Conclusão:** A falta de diálogo aberto sobre sexualidade, o estigma social e a educação sexual deficiente são obstáculos significativos para o diagnóstico precoce de ISTs em adolescentes. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender permitiu evidenciar como os fatores pessoais, interpessoais e contextuais influenciam a disposição para adotar comportamentos saudáveis.

Palavras-chave: Adolescentes; Infecções sexualmente transmissíveis; Diagnóstico precoce; Barreiras percebidas; Educação sexual; Pais; Profissionais de saúde; Modelo de Promoção da Saúde; Nola Pender; Saúde pública.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de una infección de transmisión sexual (ITS) en la adolescencia representa un desafío complejo que afecta no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y social del individuo. El proceso de adaptación a este diagnóstico implica una serie de respuestas emocionales y conductuales que pueden estar influenciadas por las percepciones y actitudes de los propios adolescentes, sus padres y los profesionales de la salud. La falta de un diagnóstico temprano dificulta este proceso de adaptación, aumentando el riesgo de complicaciones de la enfermedad, así como de efectos psicológicos negativos como la ansiedad, la vergüenza y el aislamiento social. Según las últimas estimaciones de la (OMS), aproximadamente 38 millones de personas sexualmente activas de 15 a 49 años de edad en las Américas tienen una ITS fácilmente curable (Clamidia, gonorrea, sífilis y/o tricomoniasis) debido a la insuficiencia



de educación sexual en las escuelas, los hogares y los centros de salud [1]. Esta problemática es especialmente alarmante en ciudades como Armenia en la cual se ha visto un aumento de casos de VIH del 40% en el 2023, según El Quindiano [2].

Para los adolescentes, enfrentar un posible diagnóstico de una ITS suele estar marcado por emociones intensas como el miedo, el estigma y la culpa. Estas reacciones emocionales pueden provocar que algunos jóvenes nieguen el problema o eviten buscar atención del equipo sanitario, lo que dificulta el acceso a un tratamiento adecuado. La ausencia de una red de apoyo emocional y la percepción de juicio o rechazo por parte de sus padres y del personal de salud agravan esta situación, limitando la capacidad de los adolescentes para aceptar y manejar su condición de manera saludable. La falta de comunicación abierta y de confianza en el entorno familiar dificulta la capacidad del adolescente para buscar apoyo y orientación, generando una sensación de vulnerabilidad y soledad. El rol de enfermería es clave en el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, mediante educación sexual, tamizaje, consejería y apoyo emocional. Además, promueve entornos seguros y sin juicio, y facilita la derivación a otros servicios, identificando factores de riesgo y protectores para realizar las adecuadas intervenciones, según el nivel de vulnerabilidad del adolescente. Sin embargo, enfrenta barreras como la falta de recursos, sobrecarga laboral y estigma hacia la sexualidad adolescente. Por su parte, los adolescentes evitan buscar ayuda por temor al juicio y desconfianza hacia el personal de salud, todo esto nos ha llevado a plantearnos la siguiente pregunta; ¿Cuáles son las percepciones sobre las barreras para el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual en los adolescentes, padres de familia y profesionales de la salud?

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un desafío significativo para la salud pública, especialmente entre los adolescentes. Muchos jóvenes enfrentan dificultades para acceder a los servicios de salud, ya sea porque no saben dónde encontrarlos, no pueden pagarlos o no se sienten cómodos acudiendo a lugares donde temen ser juzgados. Este proyecto busca explorar las percepciones de tres grupos clave: adolescentes, padres de familia y profesionales de la salud con el objetivo de identificar las barreras que impiden el diagnóstico temprano de las ITS y proponer estrategias para mejorar la atención y prevención en este sector vulnerable.



Las ITS pueden afectar a cualquier persona, sin importar su sexo, raza o edad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen ocho ITS de gran impacto: cuatro curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis) y cuatro infecciones virales incurables (hepatitis B, herpes simple, VIH y virus del papiloma humano - VPH) [2]. Más allá de los efectos físicos, estas infecciones pueden tener un impacto emocional significativo en los adolescentes. La falta de información y el miedo al estigma pueden llevar a que no busquen atención médica a tiempo, aumentando el riesgo de complicaciones. La detección temprana es clave para reducir estos riesgos y mejorar la calidad de vida de los jóvenes afectados.

Si bien existen múltiples estudios sobre ITS, muchos se centran en definiciones, diagnósticos y medidas preventivas, dejando de lado un aspecto crucial: ¿qué factores impiden que los adolescentes accedan a la información y tomen medidas preventivas?, aquí es donde el papel de los padres resulta fundamental como principales educadores en temas de salud sexual, su apoyo puede ser determinante en la prevención de ITS. Sin embargo, en muchos casos, los padres pueden sentir incomodidad o falta de preparación para hablar de estos temas con sus hijos. Su perspectiva, influenciada por factores culturales, sociales y educativos, impacta directamente en el conocimiento y las actitudes de los adolescentes hacia la prevención de ITS.

Por ello, es esencial no solo conocer la información que manejan los adolescentes, sino también comprender las barreras que enfrentan los padres al abordar la educación sexual. Su participación activa y su apoyo son clave para fomentar conductas responsables y protectoras en los jóvenes.

Este proyecto busca abordar de manera integral las barreras que enfrentan los adolescentes, padres de familia y profesionales de la salud en relación con el diagnóstico temprano y la prevención de las ITS, a través de un análisis profundo de las percepciones y actitudes de estos tres grupos, se pretende identificar las limitaciones actuales en el acceso a la información, los servicios de salud y la educación sexual adecuada ya que solo mediante un enfoque integral que involucre a todos los actores relevantes será posible crear un entorno de apoyo y confianza que fomente la prevención efectiva de las ITS en adolescentes. La colaboración entre profesionales de la salud, familias y los propios jóvenes es esencial para reducir la incidencia



de estas infecciones y garantizar que los adolescentes puedan acceder a los recursos que necesitan para proteger su bienestar.

En el presente proyecto abordaremos la teoría de Nola Pender, dado que se articula de manera fundamental con esta investigación, ya que se centra en los factores que influyen en la adopción de comportamientos saludables y la prevención de enfermedades. Según Pender, los individuos toman decisiones sobre su salud influenciados por sus experiencias previas, creencias personales y el entorno social, lo que se alinea perfectamente con las barreras que enfrentan los adolescentes y sus familias al abordar la prevención de ITS.

OBJETIVO

Conocer las percepciones sobre las barreras para el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual en los adolescentes, padres de familia y profesionales de la salud.

MÉTODOS

Para comprender las percepciones sobre las barreras que dificultan el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, desde la perspectiva de los propios jóvenes, sus padres y los profesionales de la salud, esta investigación se fundamenta en un enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico interpretativo. Este enfoque permite adentrarse en la experiencia subjetiva de los participantes, captando el significado que atribuyen a sus vivencias y creencias en torno al tema. A través de entrevistas en profundidad, se busca recolectar datos significativos que aporten una comprensión rica y contextualizada del fenómeno. La recolección de información continuará hasta alcanzar la saturación de datos, entendida como el punto en el que las respuestas comienzan a repetirse y dejan de aportar nuevos elementos. Esta estrategia garantiza que los datos obtenidos sean relevantes y suficientes para responder a los objetivos del estudio.

Población y Muestra

La población de estudio está conformada por adolescentes entre 12 y 17 años, padres de familia y profesionales de la salud (médicos y enfermeros) que atienden a esta población en el contexto de la atención primaria. Se utilizará un muestreo intencional basado en las experiencias y



creencias, seleccionando entre 5 y 10 participantes por cada grupo, garantizando diversidad en género, nivel socioeconómico y acceso a servicios de salud.

Técnicas de Recolección de Datos

Para capturar la riqueza de las percepciones, se emplearán entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Las entrevistas individuales el cual se desarrollará con los adolescentes permitirán explorar experiencias y emociones profundas, así como con el personal de salud y padres de familia fomentarán la discusión y el contraste de perspectivas en un ambiente de confianza y respeto. Las preguntas están diseñadas con base en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, abordando factores personales, barreras percibidas y motivaciones para el autocuidado y la búsqueda de atención.

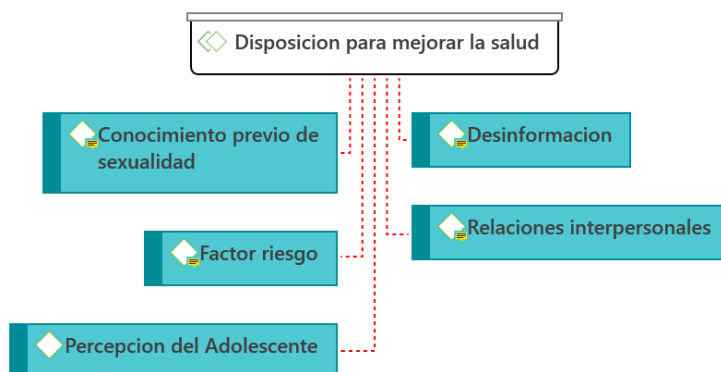
RESULTADOS

Disposición para Mejorar la Salud

La disposición para mejorar la salud se entendió como la actitud y motivación que tenía una persona para adoptar comportamientos orientados a promover su bienestar físico y mental. En el caso de los adolescentes, esta disposición estuvo profundamente influenciada por la disponibilidad y accesibilidad de información sobre infecciones de transmisión sexual (ITS). Cuando la información era clara, confiable y fácilmente accesible, especialmente a través de canales adecuados a su edad y contexto, los adolescentes se encontraban en una mejor posición para adquirir conocimiento y desarrollar conciencia sobre los riesgos. Esto, a su vez, incrementan su disposición a buscar diagnóstico, orientación profesional y adoptar medidas preventivas, lo que contribuía a una mejora significativa en su salud sexual y general [14]. Teniendo en cuenta las entrevistas, se pudo identificar los siguientes códigos que se observan en la figura 1.

FIGURA 1 Disposición para mejorar la salud.





Fuente: Atlas Ti versión 23.

Conocimiento previo de la Sexualidad

Este código se refiere a la información y comprensión que una persona tiene sobre la sexualidad, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esto puede incluir conocimientos sobre anatomía, fisiología, relaciones sexuales, reproducción, salud sexual y derechos sexuales de las personas. Se percibió una brecha entre el conocimiento de términos relacionados con las ITS y la comprensión profunda del riesgo evidenciado en entrevistas 9 y 11, lo que evidenció una disposición limitada a asumir prácticas preventivas efectivas [15].

“..... pues sé que hay varias, como VIH, sífilis, gonorrea... cosas así.” (E9)

Desinformación

La desinformación se refiere a la difusión de información incorrecta, incompleta o engañosa que puede influir negativamente en la toma de decisiones. En el ámbito de la salud sexual, esta puede provenir de fuentes informales como redes sociales, amigos o familiares con conocimientos erróneos, y suele estar vinculada al miedo, los prejuicios o la falta de una educación integral [17]. Como se señala en el comentario base, esta situación puede llevar a decisiones mal informadas que ponen en riesgo el bienestar físico, emocional y social de las personas. Se identificaron patrones claros que revelan el impacto de la desinformación en la vida cotidiana de las personas. Cada testimonio aportó una pieza clave para comprender cómo, pese a la buena disposición, el acceso a información clara y confiable fue limitado.



La educación sexual fue escasa o ineficaz: Muchos participantes relataron que la educación sexual que recibieron en sus instituciones fue superficial, centrada en el miedo o simplemente inexistente. Esta deficiencia generó dudas, temores y mitos difíciles de desmentir.

“La educación sexual en muchas instituciones es limitada o está enfocada desde el miedo y no desde el autocuidado.” (E5)

El silencio en casa perpetuó la ignorancia en el hogar, que pudo haber sido un espacio de diálogo y guía, se convirtió en muchos casos en un lugar donde el tema simplemente no se tocaba. El miedo al juicio o la vergüenza prevalecieron.

“En mi casa no se hablaba de esas cosas. Mi papá decía solo ‘cuidese’ y ya.” (E 9)

Las redes sociales llenaron el vacío informativo ante la falta de espacios formales de educación, varios adolescentes buscaron información en redes sociales, que muchas veces ofrecieron datos sin rigor ni contexto.

“A veces uno se enteraba más por TikTok que por la familia.” (E7)

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo fueron definidos como aquellas condiciones que aumentan la probabilidad de que adolescentes y adultos enfrentan problemas en su salud sexual y bienestar general. Entre estos factores destacan la falta de educación sexual integral, el acceso limitado a servicios de salud, la normalización de conductas sexuales de riesgo y la exposición temprana a situaciones de abuso o violencia. Además, el consumo de sustancias como alcohol, marihuana o cocaína, y también de contenidos sexuales en redes sociales o medio emergió como un factor que afectó tanto el juicio como las decisiones en torno al autocuidado y la prevención [16]. Los testimonios revelaron una combinación peligrosa: curiosidad, falta de límites, escasa orientación y una cultura del silencio en torno a temas sexuales y de salud:



La educación sexual fue superficial y poco efectiva. A pesar de haber accedido a espacios educativos, muchos adolescentes manifestaron que la información recibida fue técnica, rápida y no resolvió sus dudas más urgentes. El sentimiento general fue de incertidumbre.

“Me dieron papelitos y hablaron un poquito... pero no me quedó claro todo.” (E7)

La conciencia sobre el riesgo fue baja y ligada al impulso. Se detectó una baja percepción del riesgo. Para muchos, el impulso, la atracción y la falta de conciencia guiaron sus acciones, sin tener en cuenta las posibles consecuencias.

“Por simplemente un impulso, nos estamos permitiendo situaciones de riesgo.” (E11)

Percepción del Adolescente ante las ITS

La percepción del adolescente se refirió a la forma en que los jóvenes comprenden y valoran los riesgos, cuidados y aspectos emocionales relacionados con su sexualidad y la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) [18]. Los adolescentes demostraron una conciencia variable sobre las consecuencias de las ITS. Para algunos, la gravedad de estas enfermedades trascendía lo físico y afectaba también la salud mental. Las respuestas revelaron que la percepción del riesgo no era homogénea, sino que dependía en gran medida del entorno familiar, el género y el contexto socioeconómico. Las adolescentes mostraron una mayor disposición a hablar del tema cuando existía confianza, mientras que los chicos tendían a replegarse. En zonas más vulnerables, la escasa disponibilidad de información clara y accesible dificulta aún más una valoración realista del riesgo.

“Pienso que la enfermedad sería muy grave, ya que trae consecuencias como mental y físicamente.” (E4)

“Las chicas, por ejemplo, tienden a ser un poco más abiertas cuando hay confianza, mientras que los chicos suelen mostrarse más reacios.” (E5)

Relaciones Interpersonales



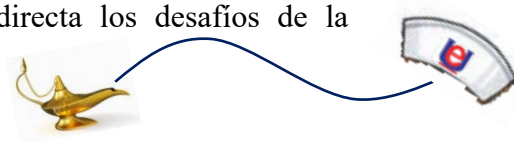
Las relaciones interpersonales aludieron a los vínculos que los adolescentes establecen con amigos, familiares, parejas y figuras de apoyo. Estas conexiones influyeron directamente en su manera de vivir, expresar y cuidar su salud sexual y emocional [19]. Los adolescentes resaltaron la importancia de sus círculos sociales, especialmente los amigos, como fuente principal de interacción y confianza. Para muchos, el grupo de pares ofreció un espacio más seguro para compartir, explorar o simplemente distraerse. Las relaciones con adultos responsables, como padres o educadores, fueron más escasas y, en algunos casos, limitadas por la falta de herramientas para dialogar sobre temas íntimos.

“¡Muchísima! Porque en la casa es donde uno aprende primero, donde uno debería poder hablar sin miedo.” (E8)

“Pues... con una amiga de confianza.” (E7)

La información recopilada en las entrevistas evidencia una realidad clara: los y las adolescentes están expuestos a factores de riesgo, desinformación, consumo de sustancias y una limitada comunicación con sus entornos cercanos en temas de salud sexual. Aunque algunos muestran disposición para aprender y cuidarse, sus percepciones están marcadas por vacíos educativos, miedo al juicio y acceso desigual a la información. En este contexto, los Estándares Nacionales de Educación Sexual desarrollados por *Advocates for Youth*, en colaboración con organizaciones como SIECUS y Answer, se presentan como una herramienta fundamental. Estos estándares promueven una educación sexual integral, científica, inclusiva y basada en derechos humanos, adaptada al desarrollo de los y las jóvenes. Su implementación permite brindar información precisa y libre de estigmas sobre sexualidad, relaciones, género, salud reproductiva y prevención de ITS, fomentar habilidades para la toma de decisiones informadas y responsables, reducir la desinformación y los riesgos asociados al consumo y las prácticas sexuales inseguras y promover la equidad de género y el respeto a la diversidad sexual y de identidades. Adoptar e implementar estos estándares no solo fortalece la educación sexual en las instituciones educativas, sino que también construye comunidades más informadas, saludables y empáticas. En definitiva, invertir en educación sexual de calidad es una inversión en el bienestar presente y futuro de nuestra juventud [5].

En el panorama actual de Colombia, la enfermería emerge como un pilar esencial en la educación sexual de adolescentes, enfrentando de manera directa los desafíos de la



desinformación, el miedo al juicio y la falta de acceso equitativo al conocimiento. con el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el acceso a información clara, contextual y libre de estigmas es un factor clave que influye en la motivación y disposición de las personas para adoptar conductas saludables [4]. En el caso de los adolescentes, etapa caracterizada por importantes cambios físicos, emocionales y sociales, este modelo se alinea con el enfoque de la Educación Sexual Integral (ESI), que no solo transmite conocimientos, sino que desarrolla habilidades, actitudes y valores para el autocuidado y la toma de decisiones responsables desde una perspectiva de derechos humanos [20]. En este contexto, el personal de enfermería se convierte en un agente activo de promoción de la salud, al facilitar espacios de diálogo seguros, empáticos y adaptados al entorno juvenil. Al actuar como mediadores entre la evidencia científica y la realidad cotidiana de los adolescentes, contribuyen a reforzar su capacidad de autogestión del bienestar, disminuyendo desigualdades sociales en salud y fortaleciendo comunidades más informadas, saludables y resilientes [10].

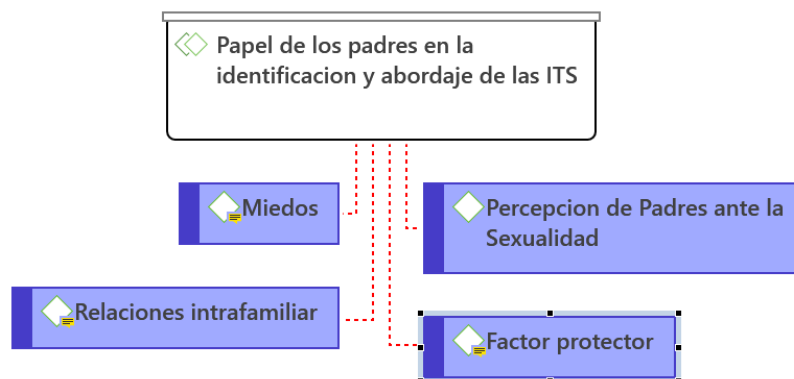
Papel de los Padres en la Identificación y el Abordaje de las ITS

Los padres desempeñan un papel determinante en la identificación temprana y el abordaje adecuado de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adolescentes. Su participación activa no solo influye en la prevención, sino que también marca la diferencia entre una detección oportuna y la aparición de complicaciones en la salud de sus hijos. Al ser los principales referentes afectivos y morales durante la adolescencia, se espera de ellos una actitud responsable frente a la sexualidad, que incluyera en la generación de espacios de diálogo, el reconocimiento de signos de alerta y la facilitación del acceso a los servicios de salud. Este rol requiere una postura informada, empática y proactiva, capaz de superar silencios, tabúes y sentimientos de vergüenza. La falta de orientación familiar en temas de sexualidad se asoció directamente con el aumento de conductas de riesgo, el inicio precoz de relaciones sexuales sin protección y el desconocimiento de las ITS [1,3,6].

A partir del análisis de las entrevistas realizadas en esta investigación, se identificaron las siguientes subcategorías en la figura 2.

FIGURA 2 Papel de los padres en la identificación y abordaje de las ITS.





Fuente: Atlas Ti Versión 23.

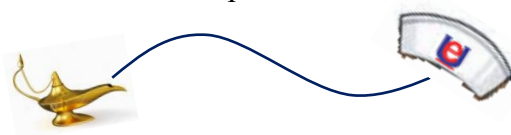
Percepción de los padres ante la sexualidad: Hace referencia a las creencias, valores y actitudes que tienen los padres sobre la sexualidad adolescente, lo cual influyó en la manera en que abordan el tema con sus hijos. Una percepción abierta y sin prejuicios permite conversaciones informadas y respetuosas [7]. Se evidenció que una percepción abierta y sin prejuicios facilitaba conversaciones informadas, mientras que las creencias restrictivas limitan el abordaje del tema. Una madre expresó:

“Uno tiene que ser consciente primero de de los riesgos tan grandes que hay, segundo, las consecuencias tan grandes que traen las ITS y tercero, conocer qué factores protectores uno cómo papá puede implementar y que lo principal sea educarlos, así uno no sepa mucho del tema” E1.

Miedos: Se relaciona con temores de los padres frente a la posibilidad de que sus hijos se expongan a conductas sexuales de riesgo o contraigan ITS. Dichos miedos, si no fueron gestionados adecuadamente, se tradujeron en actitudes evasivas o restrictivas[8]. Un padre comentó:

“la verdad se siente un temor inexplicable, de pensar que le estoy abriendo los ojos a mi hijo o que si le digo el va querer experimentar” E1

Relaciones intrafamiliares: Incluye la calidad del vínculo, la comunicación y la confianza entre padres e hijos. Una relación sólida facilita el diálogo sobre sexualidad y permite detectar cambios de comportamiento que podrían estar relacionados con riesgos en salud sexual[9]. Algunos participantes manifestaron relaciones cercanas y abiertas, mientras que otros



relataron experiencias marcadas por la ausencia de diálogo. Entre las opiniones, se encontraron testimonios como:

“Desde muy pequeño intente cultivar más una relación de madre e hijo sino de amigos, porque me parece importante que se sienta acompañado” E1.

“Porque en mi casa no se habla de esas cosas. Mi papá decía solo cuidese y ya. Nunca hablamos de condones, ni de qué hacer si uno sospecha algo, entonces claro, uno crece sin saber mucho” E7

Factores protectores: Son aquellos elementos que reducen la probabilidad de que los adolescentes adopten conductas sexuales riesgosas, entre estos están la supervisión parental, el acompañamiento afectivo y el establecimiento de normas claras [8]. En las entrevistas se resaltó el interés de muchos padres por participar activamente en la orientación de sus hijos:

“Hay disposición, se puede aprender. Yo solo quiero que mis hijos estén sanos y que no pasen por cosas difíciles por falta de información” E8

“Sí, claro... es que tengo dos hijos, imagínese... ya están en esa edad que uno no sabe ni qué piensan. Yo quiero poder hablarles sin miedo, sin que me vean como una ignorante o como una regañona” E8

El análisis de las entrevistas evidenció que los padres desempeñan un papel crucial en la identificación y abordaje temprano de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes. Su disposición para dialogar abiertamente sobre sexualidad, reconocer signos de alerta y facilitar el acceso a servicios de salud se identificó como un factor protector significativo. Sin embargo, también se observaron barreras como temores, tabúes culturales y falta de información, que limitan la comunicación efectiva en el ámbito familiar. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las competencias parentales en educación sexual, promoviendo entornos de confianza y diálogo que favorezcan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Los resultados de esta investigación se alinean con los hallazgos del artículo *"Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios"*, desarrollado por Uribe Rodríguez, Castellanos Barreto y Cabán Huertas (2016). Dicho estudio evidenció que la falta de diálogo familiar sobre temas sexuales se relaciona con conductas

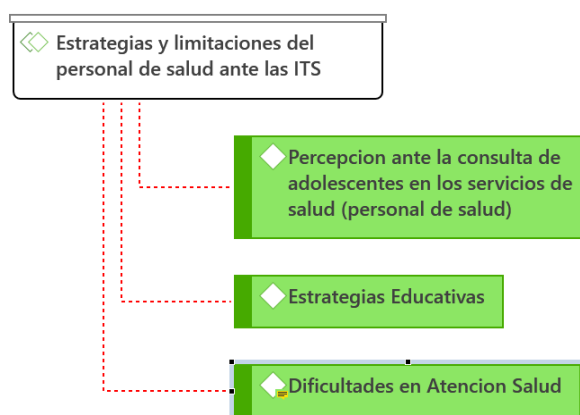


de riesgo en los jóvenes, como el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente del preservativo. Al igual que en nuestro trabajo, se resalta que una comunicación abierta y una relación de confianza entre padres e hijos actúan como factores protectores frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Mientras nuestra investigación enfatiza la necesidad de superar los tabúes y temores parentales para abordar la sexualidad desde la adolescencia, el artículo comparado muestra cómo la ausencia de esta orientación influye negativamente en la etapa universitaria [6].

Estrategias y Limitaciones del Personal de Salud Ante las ITS

La categoría Estrategias y limitaciones del personal de salud ante las ITS hace referencia a las acciones que implementa el personal de salud, especialmente de enfermería, para abordar la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las ITS en adolescentes, a través de estrategias como la consejería centrada en el usuario. Estas buscan motivar, guiar y empoderar al paciente para el cambio de conducta, considerando su contexto y necesidades. No obstante, estas acciones se ven limitadas por factores como la falta de capacitación, la escasa coordinación entre profesionales, la carencia de protocolos estandarizados y obstáculos logísticos que dificultan una atención efectiva [10]. Teniendo en cuenta las entrevistas, se pudo identificar los siguientes códigos que se observan en la figura 3.

FIGURA 3 Red Estrategias y limitaciones del personal de salud ante las ITS.



Fuente: Atlas Ti versión 23.

Percepción ante la consulta del adolescente: se refiere a la impresión que tiene el joven sobre cómo es atendido por el personal de salud, incluyendo el trato, la confianza y el respeto



recibido. En el ámbito de la enfermería, esta percepción es clave para generar vínculos terapéuticos y favorecer la adherencia al cuidado. Desde la perspectiva de enfermería, una comunicación eficaz y empática es fundamental para generar confianza y facilitar la expresión de inquietudes por parte del adolescente. Herrerín García destaca que “la comunicación efectiva entre el personal de enfermería y el paciente pediátrico adolescente es esencial para garantizar una atención de calidad y segura” [12]. Este marco permite comprender percepciones como la siguiente:

“ [...] Totalmente. Las chicas, por ejemplo, tienden a ser un poco más abiertas cuando hay confianza, mientras que los chicos suelen mostrarse más reacios. También influye el entorno familiar ; si hay una crianza abierta, el adolescente suele hablar más. En cuanto al nivel socioeconómico, en sectores más vulnerables hay más barreras, especialmente por la falta de acceso a información de calidad ”: E5.

Estrategias educativas: son métodos o acciones planificadas que buscan facilitar el aprendizaje y promover cambios positivos en conocimientos, actitudes o conductas. En el ámbito de la enfermería, especialmente en la atención a adolescentes, estas estrategias son fundamentales para abordar temas sensibles como la salud sexual y reproductiva. Según Benavides y Alfaro, “es esencial que el profesional de enfermería brinde educación sobre infecciones de transmisión sexual en centros educativos, respetando los principios éticos de su práctica y fomentando la reflexión en los adolescentes sobre sus prácticas sexuales desde la óptica de la enfermedad y la promoción de la salud” [13]. Este marco permite comprender percepciones de los profesionales como las siguientes:

“ [...] Algo claro y directo, como videos, historias reales, o hasta por redes sociales. Algo que diga qué hacer, adónde ir, sin tantos rodeos. Y que expliquen bien qué síntomas hay, qué tan grave puede ser, y si hay cura o tratamiento ”: E2.

“ [...] Toca seguir yendo a los colegios, toca seguir yendo y abordar diría yo desde sexto grado, desde lo chiquito porque así están pequeños ellos ya piensan pues en una vida sexual, así no tengan pues el mayor conocimiento ya están pensando en eso entonces sería importante así cómo ellos también adelantan su pensamiento desde chiquitos enseñarles de las enfermedades de transmisión sexual ”: E3.



Dificultades en la atención de salud: se refieren a los obstáculos o barreras que enfrentan las personas al intentar acceder a servicios de salud, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva. Esto puede incluir problemas de accesibilidad, calidad de la atención, comunicación con los proveedores de salud, entre otros. Desde la perspectiva de enfermería, es fundamental reconocer y abordar estas barreras para garantizar una atención integral y equitativa. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “muchos adolescentes y jóvenes encuentran obstáculos legales y económicos, y ambientes hostiles cuando utilizan los servicios de salud, como el incumplimiento de la confidencialidad, los juicios de valor y la desaprobación relacionados con la actividad sexual, el consumo de drogas y la discriminación” [1]. Este marco permite comprender percepciones como las siguientes:

“[...] yo creo que no, porque actualmente la salud a nivel Colombia está colapsada en muchos ámbitos, desafortunadamente, hay falta de personal, tiempo entre pacientes son muy cortos, brindarle adolescentes una consulta tan integral, que tengamos tiempo suficiente es difícil, si lo hay y hay un plan dedicado a ello, pero es difícil de cumplirlo por lo dicho antes”: E1

*“[...] una de las principales barreras es el miedo al juicio o a ser estigmatizados, tanto por el personal de salud como por su entorno familiar o social. Muchos adolescentes sienten vergüenza de hablar sobre su vida sexual y, al no tener confianza, prefieren no consultar. También hay una gran falta de información clara y accesible para ellos, lo que hace que no reconozcan los síntomas o no entiendan la importancia de hacerse un chequeo a tiempo ”
: E5*

“[...] Hay esfuerzos, pero aún falta mucho. Muchos servicios no están pensados con un enfoque juvenil. El trato muchas veces es frío, hay poca privacidad y horarios que no se ajustan a la vida escolar. También hay una desconexión entre lo que el sistema ofrece y lo que los jóvenes realmente necesitan o esperan encontrar ”: E6

Al comparar los hallazgos con el estudio de Carriazo et al. sobre Barreras de acceso en la atención de la consulta externa en pacientes con VIH en los últimos 2 años ; se evidenciaron similitudes en relación con las barreras enfrentadas por el personal de salud, en cuanto a los tres códigos; Percepción ante la consulta del adolescente. estrategias educativas dificultades en la atención de salud, que pertenecen a la categoría “Estrategias y limitaciones del personal de salud ante las ITS” [11]. En ambos trabajos se destacó la falta de tiempo, la sobrecarga



laboral y la preparación limitada para tratar temas de sexualidad con adolescentes. En el presente estudio, los profesionales manifestaron dificultades en la atención debido a la falta de privacidad y confianza durante la consulta, lo que afectaba negativamente la percepción del adolescente. Asimismo, se identificó la necesidad de fortalecer las estrategias educativas, ya que los métodos empleados resultaban poco efectivos para captar el interés juvenil. Aunque el estudio comparado se enfocó principalmente en factores estructurales, ambos coincidieron en que las limitaciones del personal de salud dificultan el diagnóstico temprano y una atención adecuada.

DISCUSIÓN

Interpretación de los hallazgos

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian múltiples barreras que dificultan el diagnóstico temprano de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, coincidiendo con estudios previos que destacan la desinformación, el estigma, la falta de comunicación familiar y la limitada educación sexual como factores críticos [1,10]. A través del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, se logró comprender cómo los factores personales (como la percepción del riesgo), interpersonales (como las relaciones familiares) y contextuales (como el acceso a servicios de salud adecuados) interactúan e influyen directamente en la disposición de los adolescentes para adoptar conductas saludables [4].

Relación con otros estudios

Los hallazgos son consistentes con investigaciones cualitativas similares en América Latina, donde se ha señalado la necesidad de fortalecer la participación activa de los padres y mejorar las estrategias de comunicación de los profesionales de salud [11,14]. Además, se confirma que las prácticas educativas basadas en el miedo o el juicio moral, lejos de promover el autocuidado, refuerzan el silencio y la ignorancia frente a temas sexuales. Esta realidad requiere el diseño de intervenciones basadas en enfoques empáticos, inclusivos y culturalmente sensibles.

Contribuciones al campo



Este estudio aporta una comprensión profunda de las barreras percibidas desde una perspectiva tripartita (adolescentes, padres y profesionales de la salud), un enfoque poco explorado en la literatura nacional. Además, la integración del modelo teórico de Nola Pender proporciona un marco útil para guiar intervenciones en salud escolar, comunitaria y familiar, orientadas a la promoción del autocuidado sexual y la prevención efectiva de ITS en poblaciones juveniles.

CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES

Detectar a tiempo las infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes sigue siendo un desafío complejo, que va más allá de lo individual y se enreda en barreras sociales, culturales y estructurales. El estigma, la falta de educación sexual adecuada y la ausencia de espacios seguros dificultan que los jóvenes busquen ayuda. Al mismo tiempo, muchos padres no encuentran las herramientas para conversar abiertamente sobre sexualidad, lo que limita el apoyo emocional que los adolescentes necesitan.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender revela que el autocuidado en salud sexual no depende solo del conocimiento, sino también de cómo los adolescentes perciben el riesgo, del apoyo familiar y de la calidad de la relación con los profesionales de salud. Sin embargo, estos profesionales enfrentan retos como la falta de formación específica, protocolos claros y tiempo suficiente para atender a los jóvenes con la calidad que merecen.

En este contexto, la enfermería se convierte en un aliado clave para transformar la educación sexual en Colombia. Con un enfoque integral, empático y basado en derechos, el personal de enfermería facilita información clara, fomenta el diálogo sin prejuicios y fortalece la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones responsables.

Para avanzar, es fundamental fortalecer las habilidades parentales a través de programas comunitarios que promueven conversaciones abiertas sobre sexualidad, crear estrategias educativas innovadoras, que incluyan tecnologías digitales y métodos participativos y capacitar al personal de salud, especialmente enfermería, en comunicación efectiva con adolescentes. Invertir en estos frentes no solo reduce la incidencia de ITS, sino que también empodera a los adolescentes, asegurando su derecho a una salud sexual informada, respetada y libre de estigmas.



REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://bit.ly/3ULYfGe>
2. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://bit.ly/3yCFoCD>
3. Caricote Agreda EA. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere [Internet]. 2008;12(40):79–87. Disponible en: <https://bit.ly/4bRfhpJ>
4. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 7th ed. [Internet]. 2006. Disponible en: <https://bit.ly/3yIQq3u>
5. Future of Sex Education Initiative. National Sex Education Standards: Core content and skills, K–12. 2nd ed. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3wQdrpv>
6. Uribe Rodríguez AF, Castellanos Barreto J, Cabán Huertas M. Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. Rev Psicol Univ Antioquia. 2016;8(2):27–47. Disponible en: <https://bit.ly/3wWe6VJ>
7. Diálogo UPR. La influencia de los padres sobre la sexualidad [Internet]. 2021 [citado 2025 mayo 27]. Disponible en: <https://bit.ly/4aZKxau>
8. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2016;170(1):52–61. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2731
9. Escola Salut SJD. ¿Influye la comunicación familiar en el desarrollo del adolescente? [Internet]. [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://bit.ly/3wXuC7e>
10. Quintana Zavala MO, Ruiz Barragán D, Soto Coronado C, Valle Figueroa M, García Puga J. Estrategias y limitaciones de aplicación de consejería de salud en enfermería: revisión integradora de literatura. Horiz Sanit. 2021;21(1). doi:10.19136/hs.a21n1.3916



11. Carriazo Lozano LJ, Cuadrado Banda JE, D'luyz González K. Barreras de acceso en la atención de la consulta externa en pacientes con VIH en los últimos 2 años [monografía de especialización]. Montería: Universidad de Córdoba; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3KRxF67>
12. Herrerín García P. Evaluación de la comunicación eficaz en enfermería con el paciente pediátrico adolescente [trabajo de fin de grado]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3yEVI5X>
13. Benavides Leal K, Alfaro Salas DP. Estrategias de mediación didáctica para la educación sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Enferm Actual Costa Rica. 2016;(31):92–112. doi:10.15517/revenf.v0i31.24990
14. Díaz Usme O, Manrique Sánchez A, Vergara Rubio M. Fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados en Bogotá – Colombia 2021. Rev Cienc Pedagóg Innov. 2023;11(1):47–54. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v11i1.671>
15. Ortega Arce C, Sánchez Cedeño MN, Preciado Acosta YM, Mendoza Mosquera RS. Conocimientos en salud sexual y reproductiva en estudiantes de una institución educativa de Cali, Colombia-2020-2021. Edu-física.com. 2022;14(29):114–125. <https://bit.ly/3KThhFN>
16. González CA, Rodríguez ML. Factores asociados al inicio de actividad sexual en adolescentes escolarizados en Bucaramanga. Rev Cuidarte. 2023;14(1):1–10. <https://bit.ly/4dNCUOI>
17. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Conocimientos y significados sobre educación sexual en ocho colegios de Colombia. Estudio mixto. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/4dZGEor>
18. Badillo-Viloria MA, Pérez-González MA. Percepción del riesgo por infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes del municipio de Caicedo, Antioquia. Rev Summa Psicol UST. 2022;19(1):48–59. <https://bit.ly/3QXgdP9>
19. Universidad Cooperativa de Colombia. Relaciones interpersonales con sus pares de adolescentes. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3yHb2el>



20. UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: UNESCO; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3V8MdLa>



PROYECTOS NUCLEARES

PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS BASADO EN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

*Adaptation process of caregivers of early childhood children with respiratory diseases
based on callista roy's adaptation model"*

*"processo de adaptação dos cuidadores de crianças na primeira infância com doenças
respiratórias baseado na teoria de adaptação de callista roy"*

Sofía Peláez Urueña¹

ORCID: 0009-0009-9502-5078

Sonia Giovanna Murillo Murillo¹

ORCID: 0009-0009-3010-4568

Verónica Hernández Duque¹

ORCID: 0009-0007-5029-3920

Cristian Camilo Leal Vargas¹

ORCID: 0009-0005-0658-6756

Kevin Steven Rojas¹

ORCID: 0009-0006-5783-856X

Leidy Carolina Montoya¹

ORCID: 0009-0006-7030-831X

Laura Victoria Andrade García¹

ORCID: 0009-0005-3453-534X

¹Corporación Empresarial Universitaria Alexander
Von Humboldt Armenia Quindío Colombia.

Autor correspondiente:

E-mail: spelaez1020@cue.edu.co



RESUMEN

Objetivo: Analizar el proceso de adaptación de los cuidadores de niños con enfermedades respiratorias en la primera infancia, basándose en la teoría de adaptación de Callista Roy. **Métodos:** El presente estudio es de tipo cualitativo, exploratorio. Se utilizará la entrevista semiestructurada como herramienta principal de recolección de datos, con el fin de profundizar en la vivencia y manejo de los cuidadores frente a las enfermedades respiratorias de los niños bajo su cuidado. **Resultados:** Con base en las entrevistas que se realizaron en la ciudad de Armenia Quindío a 5 usuarios de las diferentes instituciones de salud, que se encontraban pasando por un proceso de adaptación como cuidadores en enfermedades respiratorias en la primera infancia, se llevó a cabo una categorización de acuerdo a las respuestas humanas obtenidas durante las entrevistas, de las cuales se obtuvieron 28 subcódigos y se dividieron en 2 grandes grupos los cuales son: proceso de adaptación del cuidador y sobrecarga del rol cuidador. **Conclusión/Consideraciones finales:** El proyecto destaca la complejidad del proceso de adaptación de cuidadores de niños con enfermedades respiratorias, influenciado por factores sociales, económicos, familiares, mentales y físicos. A través de entrevistas, se identificaron tanto estrategias de afrontamiento efectivas—como el apoyo familiar y el autocuidado—como limitaciones en la interacción con el niño. Estos hallazgos se alinean con el Modelo de Adaptación de Callista Roy, que considera al ser humano como un sistema holístico que responde a estímulos mediante cuatro modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, función de rol e interdependencia, proporcionando así un marco teórico para comprender y mejorar el bienestar de los cuidadores.

Descriptores: Adaptación, Enfermedades Respiratorias, Apoyo, Cuidadores, Callista Roy

ABSTRACT

Objective: To analyze the adaptation process of caregivers of children with respiratory illnesses in early childhood, based on Callista Roy's Adaptation Model. **Methods:** This is a qualitative, exploratory study. The primary objective is to analyze the adaptation process of caregivers of children with respiratory illnesses in early childhood, grounded in Callista Roy's Adaptation Model. A semi-structured interview will be used as the main data collection tool to delve into the experiences and management strategies of caregivers dealing with children's respiratory illnesses. **Results:** Based on interviews conducted in Armenia, Quindío, with five users from various health institutions undergoing adaptation processes as caregivers of children with respiratory illnesses in early childhood, a categorization was performed according to the human responses obtained during the interviews. This resulted in 28 subcodes divided into two main groups: caregiver adaptation process and caregiver role overload. **Conclusion/Final Considerations:** The project highlights the complexity of the adaptation process for caregivers of children with respiratory illnesses, influenced by social, economic, familial, mental, and physical factors. Through interviews, both effective coping strategies—such as family support and self-care—and limitations in caregiver-child interactions were identified. These findings align with Callista Roy's Adaptation Model, which views the human being as a holistic system responding to stimuli through four modes of adaptation: physiological, self-concept, role



function, and interdependence, thus providing a theoretical framework to understand and enhance caregiver well-being.

Descriptors: Adaptation, Respiratory Diseases, Support, Caregivers, Callista Roy

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de adaptação dos cuidadores de crianças com doenças respiratórias na primeira infância, com base no Modelo de Adaptação de Callista Roy. **Método:** Este é um estudo qualitativo e exploratório. O objetivo principal é analisar o processo de adaptação dos cuidadores de crianças com doenças respiratórias na primeira infância, fundamentado no Modelo de Adaptação de Callista Roy. Será utilizada a entrevista semiestruturada como principal ferramenta de coleta de dados, com o intuito de aprofundar na vivência e manejo dos cuidadores frente às doenças respiratórias das crianças sob seus cuidados. **Resultados:** Analisar o processo de adaptação dos cuidadores de crianças com doenças respiratórias na primeira infância, com base no Modelo de Adaptação de Callista Roy. **Conclusão/ Considerações finais:** O projeto destaca a complexidade do processo de adaptação dos cuidadores de crianças com doenças respiratórias, influenciado por fatores sociais, econômicos, familiares, mentais e físicos. Através das entrevistas, foram identificadas tanto estratégias eficazes de enfrentamento—como o apoio familiar e o autocuidado—quanto limitações na interação entre o cuidador e a criança. Esses achados estão alinhados com o Modelo de Adaptação de Callista Roy, que considera o ser humano como um sistema holístico que responde a estímulos por meio de quatro modos de adaptação: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência, proporcionando assim um referencial teórico para compreender e melhorar o bem-estar dos cuidadores.

Descritores: Adaptação, Doenças Respiratórias, Apoio, Cuidadores, Callista Roy

INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano, comprendida desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Durante este periodo, los niños experimentan un crecimiento a nivel físico, cognitivo y emocional, lo que los hace especialmente vulnerables a factores ambientales y de salud (1). Las enfermedades respiratorias en la primera infancia constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, la neumonía es responsable del 14% de todas las defunciones en menores de cinco años, con una cifra alarmante de 740,180 muertes en 2019 (2). En Colombia, el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA, 2024) reportó 404 muertes por infección respiratoria en menores de cinco años residentes en el país, de las cuales el 58,2% correspondieron a niños menores de un año y el 57,4% fue en sexo masculino.



Además, el 24,0% de estas muertes se reconocieron como población indígena, lo que refleja la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales ante estas enfermedades (3).

Los determinantes sociales de la salud juegan un papel fundamental en la aparición de enfermedades respiratorias en la primera infancia. Factores como la pobreza, la desnutrición, la contaminación ambiental y la falta de acceso a los servicios de salud contribuyen a la alta incidencia de estas patologías en la región (4). Condiciones como la mala alimentación y las viviendas insalubres, ubicadas cerca de focos de contaminación, debilitan las defensas del organismo infantil, haciéndolo más vulnerable frente a diversas enfermedades, especialmente las respiratorias que son el foco de esta investigación.

En este contexto, los cuidadores primarios desempeñan un papel crucial en la atención y recuperación de los niños afectados. El impacto de estas enfermedades no solo afecta la salud del niño, sino que también repercute en el bienestar emocional, económico y social de los cuidadores, quienes enfrentan altos niveles de sobrecarga y estrés. Las enfermedades respiratorias pueden alterar la dinámica familiar, generando ansiedad y afectando la capacidad de adaptación de quienes asumen el rol de cuidado (5).

El modelo de adaptación de Callista Roy proporciona un marco teórico para analizar cómo los cuidadores de los niños con enfermedades respiratorias afrontan los retos que implica su rol (5). Esta teoría postula que los seres humanos son sistemas abiertos que responden a estímulos del entorno a través de los cuatro modos de adaptación: en el modo fisiológico, desarrollan fatiga e insomnio debido al estrés prolongado; en el modo de autoconcepto, presentan ansiedad y sentimientos de culpa; en el modo de función del rol, enfrentan dificultades para equilibrar sus responsabilidades; y en el modo de interdependencia, sufren aislamiento y disminución del apoyo social (6). Esta teoría aporta conocimiento sobre la forma en que los cuidadores se adaptan a esa realidad, creando estrategias de afrontamiento que permiten identificar factores que puedan optimizar la intervención profesional del cuidado de los niños y sus cuidadores.

La enfermería desempeña un papel fundamental en el apoyo a los cuidadores de niños con enfermedades respiratorias, puesto que su labor va más allá del paciente pediátrico y se extiende a la salud mental y emocional de quienes los cuidan (6). La necesidad de fortalecer



estrategias de atención primaria, así como de apoyo psicosocial a los cuidadores, es clave para reducir la carga de estas enfermedades y mejorar la calidad de vida de las familias afectadas (6). Las enfermedades respiratorias pueden alterar la dinámica familiar, generando ansiedad y afectando la capacidad de adaptación de quienes asumen el rol de cuidado (7).

OBJETIVO

Analizar el proceso de adaptación de los cuidadores de niños con enfermedades respiratorias en la primera infancia, basándose en la teoría de adaptación de Callista Roy.

MÉTODOS

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico, el análisis fenomenológico interpretativo (IPA) es un enfoque cualitativo de investigación comprometido con el examen de cómo las personas dan sentido a sus experiencias significativas de vida. Este enfoque se centra en comprender cómo los individuos interpretan y hacen sentido de sus experiencias personales y sociales. En lugar de buscar generalizaciones amplias, IPA se enfoca en el significado particular que una experiencia tiene para una persona en un contexto específico (8).

Lugar y Periodo de la Recolección de Estudio

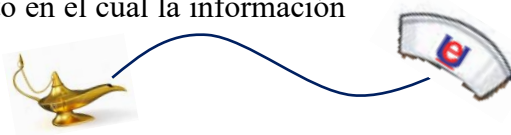
En los distintos escenarios de prácticas (Hospital San Juan y Clínica Sagrada Familia), se canalizarán los pacientes, posterior a esto se realizarán las entrevistas.

Red Salud Piloto Uribe

El periodo de recolección de los datos será durante el mes de abril y mayo de 2025, coincidiendo con las prácticas clínicas correspondientes.

Descripción de los Participantes

La población de estudio está compuesta por cuidadores de niños/as de 0 a 5 años diagnosticados con enfermedades respiratorias crónicas o recurrentes. El número de participantes se definirá según el criterio de saturación de datos, entendido como el punto en el cual la información



recolectada deja de aportar elementos nuevos o significativos para el análisis y los discursos comienzan a repetirse.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores de niños/as de 0 a 5 años con diagnóstico de enfermedad respiratoria.
- Cuidadores principales (padres, madres o tutores) dispuestos a participar en el estudio y a ofrecer su consentimiento informado.
- Niños canalizados en los lugares de prácticas y que cumplan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños sin diagnóstico formal de enfermedad respiratoria crónica o recurrente.
- Cuidadores que no sean los principales responsables del cuidado diario del niño (como abuelos, familiares ocasionales o cuidadores externos).
- Cuidadores que no acepten participar en el estudio o que no firmen el consentimiento informado.
- Cuidadores que padezcan condiciones de salud mental graves que interfieran con su capacidad para participar en la entrevista o con la calidad de las respuestas obtenidas.

Métodos e Instrumentos de Recolección de la Información

La recolección de los datos se realizará mediante entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas estarán dirigidas a los cuidadores principales de los niños, con el fin de explorar sus experiencias, emociones y estrategias frente al cuidado de niños con enfermedades respiratorias.

RESULTADOS

Con base en las entrevistas que se realizaron en la ciudad de Armenia Quindío a 5 usuarios de las diferentes instituciones de salud, que se encontraban pasando por un proceso de



adaptación como cuidadores en enfermedades respiratorias en la primera infancia, se llevó a cabo una categorización de acuerdo a las respuestas humanas obtenidas durante las entrevistas, de las cuales se obtuvieron 28 subcódigos y se dividieron en 2 grandes grupos los cuales son: proceso de adaptación del cuidador y sobrecarga del rol cuidador.

Interpretación de la categorización

La categoría principal proceso de adaptación del cuidador se eligió como eje fundamental del proyecto, ya que, como se señala, “el proceso de adaptación del cuidador se refiere al conjunto de cambios psicológicos, emocionales y conductuales que una persona experimenta al asumir la responsabilidad de cuidar a un familiar con una condición de salud. Este proceso implica ajustes en la vida cotidiana, en las expectativas personales y en la manera de enfrentar el estrés asociado al rol de cuidador, con el fin de mantener el bienestar propio y brindar un cuidado adecuado al paciente” (9). Esta categoría refleja así la complejidad y dinámica continua del rol del cuidador, pues “la adaptación del cuidador es un proceso dinámico y continuo mediante el cual el individuo aprende a manejar las demandas del cuidado, integrando estrategias de afrontamiento y buscando recursos que le permitan mantener un equilibrio entre sus necesidades personales y las del paciente” (10).

En el contexto del cuidado familiar, el autocuidado representa un aspecto esencial pero frecuentemente descuidado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el autocuidado es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y enfrentarlas, con o sin el apoyo de un profesional de salud”, (11). Durante las entrevistas realizadas, se evidenció que las familias, a partir de su experiencia, adoptaron diversas prácticas preventivas, tales como evitar la exposición al frío nocturno, abrigar adecuadamente a los niños antes de salir y mantener una alimentación balanceada. Además, varios cuidadores reflexionaron sobre la importancia de cuidar su propio bienestar físico y emocional durante las crisis o enfermedades de sus hijos. Reconocieron que el autocuidado no solo es fundamental para preservar su salud integral, sino que también resulta indispensable para preservar su salud integral, sino que también resulta indispensable para garantizar una atención efectiva y sostenida hacia el niño. Esta conciencia sobre la necesidad de equilibrar el cuidado del paciente con el cuidado personal resalta el papel del autocuidado



como estrategia clave para prevenir el agotamiento y mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

“[...]Yendo a la pediatría y cuidándose en casa y ya desde el 25 estamos acá ”: Entrevista 2.

La continuidad del funcionamiento familiar “es la capacidad de una persona para afrontar situaciones estresantes o crisis a lo largo del tiempo”, (12). En el contexto del cuidado de niños con enfermedades respiratorias en la primera infancia, esta capacidad es fundamental, ya que las familias deben adaptarse constantemente a las demandas físicas y emocionales que implica la enfermedad. Mantener un funcionamiento familiar continuo permite a los cuidadores sostener el cuidado, manejar el estrés y promover un ambiente estable que favorezca la recuperación y el bienestar integral del niño y la familia.

“[...]”Como mujer y como mamá, entonces hago todas esas cosas para estar como una buena mamá para mi hija.: Entrevista 2.

El Déficit de conocimiento “es la falta o deficiencia de información cognitiva relacionada con una condición específica, tratamiento o autocuidado”, (13). La ausencia o insuficiencia de información sobre la condición, tratamiento o autocuidado influye en las decisiones y acciones que toman las familias durante el cuidado del niño. Esto afecta directamente la gestión de la enfermedad y la implementación de prácticas adecuadas en la primera infancia.

“[...]Porque yo no estaba, pero estaba por debajo de lo normal y por eso le pusieron oxígeno ”: Entrevista 3.

Asimismo, el enfoque en el bienestar del paciente “es una actitud o disposición prioritaria de centrarse en las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente, buscando siempre tomar decisiones y acciones que promuevan su salud y calidad de vida, incluso en situaciones difíciles o complejas”, (14). Este enfoque implica considerar de manera integral dichas necesidades durante el proceso de atención, orientando las decisiones y acciones hacia la promoción de la salud y la calidad de vida del paciente, independientemente de la complejidad del contexto.



“[...]sé que mi mamá lo da todo, yo salgo corriendo porque sé que mi mamá a veces está ocupada así que salgo corriendo hacia el hospital a cuidar a la niña”: Entrevista 3.

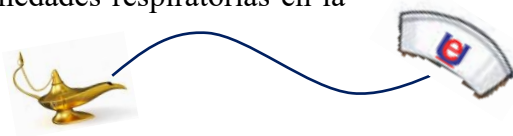
En este sentido el diálogo sobre autocuidado con los niños “es una herramienta fundamental que facilita el aprendizaje de hábitos saludables, promueve la responsabilidad personal y mejora la capacidad del niño para tomar decisiones informadas sobre su salud. Este proceso es clave para fomentar la independencia y la prevención de riesgos”, (15). El proceso de diálogo sobre autocuidado también refleja la adaptación de los cuidadores al asumir un rol activo en la enseñanza y acompañamiento de los niños. Esta interacción facilita que los cuidadores desarrollen estrategias para promover hábitos saludables y manejar mejor las condiciones respiratorias, contribuyendo a una atención más efectiva y al fortalecimiento del vínculo familiar.

“[...]Entonces se le muestra el problema, pero se le muestra la solución. Y si uno lo hace con niños de por lo menos hasta los 5 años, ellos están en una etapa en donde todo lo aprenden por repetición”: Entrevista 5.

Por otra parte, la disposición para aprender en la práctica de la enfermería “implica fomentar la educación del paciente como un pilar fundamental que tiene un impacto significativo en el bienestar y la calidad de vida de los individuos”, (16). La disposición para aprender favorece la participación activa del paciente en su propio cuidado, lo que puede mejorar la adherencia a tratamientos y la adopción de hábitos saludables. Evaluar esta disposición permite identificar oportunidades para fortalecer la educación y el acompañamiento, contribuyendo al bienestar y la calidad de vida de las personas.

“[...]entonces eso lo lleva a uno a capacitarse o por lo menos investigar ahorita el conocimiento está en internet”: Entrevista 5.

De igual manera, la educación en salud para niños “se enfoca en brindarles los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para tomar decisiones saludables y mantener un estilo de vida activo. Esto incluye temas como alimentación, higiene, prevención de enfermedades, y la importancia de la actividad física”, (17). La educación en salud dirigida tanto a niños como a sus cuidadores es clave para el manejo y prevención de enfermedades respiratorias en la



primera infancia. Proporcionar conocimientos y habilidades sobre alimentación, higiene y hábitos saludables fortalece la capacidad de ambos para adoptar prácticas que reduzcan riesgos, mejoren el cuidado diario y favorezcan el bienestar integral del niño. Este enfoque conjunto facilita la creación de un entorno protector y promotor de la salud.

“[...] Las sentamos y le hablamos como a una persona grande, decirle esto es real, esto sucede en tu vida, en tu cuerpo y hay que cuidarlo de esta manera porque si no vienen estas consecuencias”: Entrevista 5.

Con respecto a la evolución de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define “la evolución de una enfermedad como la trayectoria de los acontecimientos biológicos que ocurren desde la causa de la enfermedad hasta su desenlace. Este curso incluye la génesis de la enfermedad, su desarrollo, y el resultado final, que puede ser curación, cronicidad o muerte”, (18). La evolución de la enfermedad implica un proceso dinámico que afecta tanto al paciente como a su entorno familiar. Comprender esta trayectoria permite a los cuidadores anticipar cambios en el estado de salud del niño, ajustar el cuidado según las necesidades y prepararse para posibles desenlaces, lo que resulta fundamental para una atención adecuada y oportuna.

“[...]no, vea que gracias a Dios por esa enfermedad no, nada todo normalito”: Entrevista 1

La percepción del cuidador se define cómo “los cuidadores, especialmente familiares, suelen experimentar una serie de emociones y desafíos, incluyendo estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga”, (19). La percepción del cuidador es fundamental para entender el impacto emocional y psicológico que genera el rol de cuidado. Las emociones como el estrés, la ansiedad y la depresión, junto con la sobrecarga, pueden influir directamente en su bienestar y en la adaptación del cuidador y la calidad del cuidado, optimizando así el uso de los recursos disponibles.

“[...] obvio uno va cambiando en muchos aspectos porque pues obvio me hace mucha falta el niño que tengo en casa y pues ya estar aquí tantos días en el hospital pues es un poco agotante, entonces sí van cambiando muchas cosas en la vida normal de uno: Entrevista 4.



La red de apoyo consiste en un grupo de personas que brindan asistencia emocional, material o instrumental a una persona. Estas relaciones son cruciales para el bienestar personal y social, ya que ayudan a superar dificultades y a fortalecer los lazos sociales”, (20). En ese sentido, contar con una red de apoyo sólida se convierte en un recurso fundamental para los cuidadores, ya que no solo alivia la carga emocional y práctica del cuidado, sino que también promueve la resiliencia el bienestar tanto del cuidador como del niño, fortaleciendo al mismo el proceso de adaptación.

“[...]mi esposo me ha ayudado mucho, a pesar de que trabaja lejos siempre ha estado al pendiente de nosotros” Entrevista 4.

El rol paternal es “la crianza del niño que implica una participación activa y corresponsable en el cuidado, educación y desarrollo emocional de los hijos. Esto abarca desde tareas prácticas como alimentar, vestir, jugar y acompañar en la rutina diaria, hasta aspectos afectivos como brindar apoyo emocional, establecer límites con respeto y fomentar la autonomía. Un padre presente y comprometido contribuye significativamente al bienestar integral del niño, fortaleciendo su autoestima, seguridad y habilidades sociales ", (21). De manera similar, el rol paternal implica una participación activa y corresponsable en el cuidado físico, emocional y social de la persona a su cargo. Al asumir tareas prácticas como la alimentación, el acompañamiento y la supervisión, así como brindar apoyo emocional y fomentar la autonomía, el cuidador contribuye al bienestar integral del paciente. Esta implicación es esencial para mantener la calidad de vida y promover un ambiente de seguridad y confianza, especialmente en contextos donde se requiere atención constante y manejo de situaciones complejas.

“[...]Siento que ella es prácticamente mi hija, porque yo soy la que cargo con ella mucho”:Entrevista 3

En este sentido, un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles, (22). En este caso, el sistema de salud mostró eficiencia al garantizar que los padres recibieron los medicamentos puntualmente y obtuvieron atención oportuna del personal sanitario.

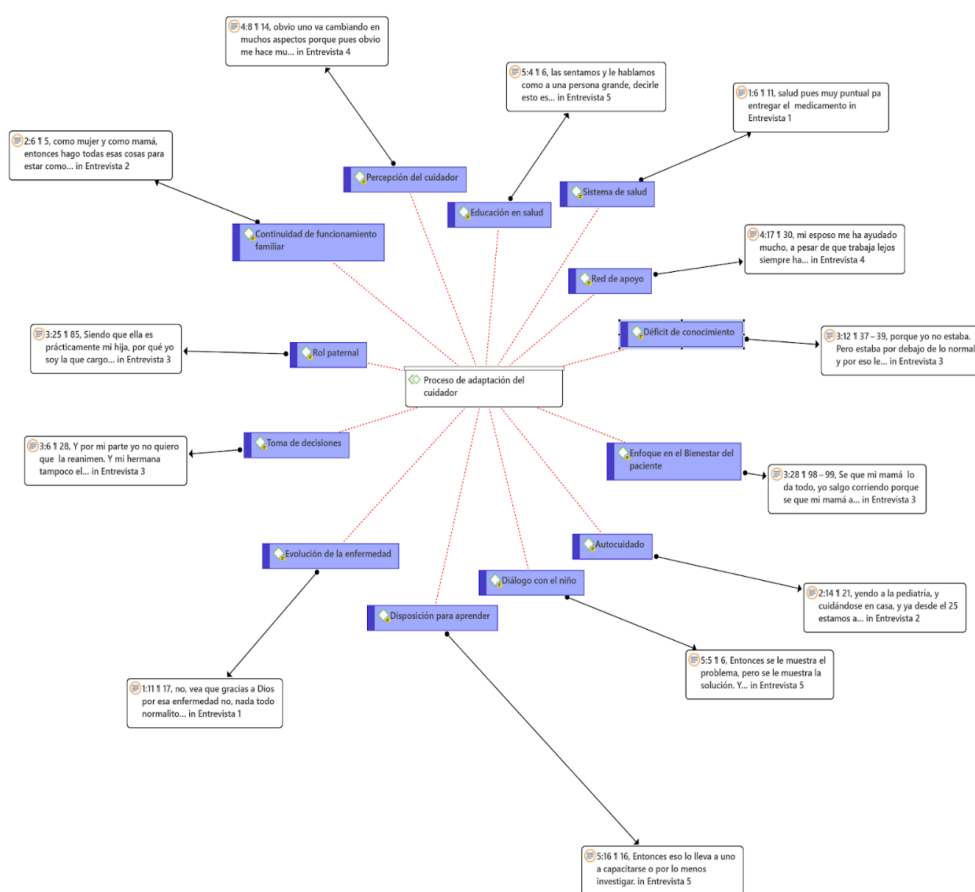


Además, la educación proporcionada por enfermería sobre la patología facilitó un mejor manejo de la enfermedad, lo que contribuyó a optimizar los recursos y mejorar los resultados en la atención.

“[...]En cuanto a la salud pues muy puntual pa entregar el medicamento” Entrevista 1.

Además, la toma de decisiones es el proceso mediante el cual una persona o grupo elige una opción entre distintas alternativas. Es una actividad frecuente y cotidiana del pensamiento, que se activa cuando se presentan conflictos en diversos ámbitos de la vida a los que hay que encontrarles la mejor solución posible (23). Por ello, resulta fundamental en el cuidado, ya que implica evaluar opciones y seleccionar la más adecuada para resolver situaciones que afectan al paciente, influyendo directamente en la calidad del cuidado brindado y en la capacidad del cuidador para manejar conflictos y adaptarse a las necesidades cambiantes.

“[...] Y por mi parte yo no quiero que la reanimen. Y mi hermana tampoco ”: Entrevista 3.



Otra gran categoría que se presentó fue la sobrecarga del rol cuidador que “se refiere a la experiencia abrumadora que viven aquellos que asumen la responsabilidad de cuidar a una persona dependiente, afectando de manera significativa su salud física, emocional y psicológica”, (24). En este sentido los cuidadores según los resultados obtenidos reflejan una sobrecarga del cuidado.

El balance trabajo y familia ayuda a conciliar las responsabilidades laborales con el cuidado se convierte en un gran desafío que altera la rutina familiar (25). El equilibrio entre el trabajo y la familia representa un desafío significativo para los cuidadores, quienes deben reorganizar su rutina diaria para cumplir con ambas responsabilidades. Esta conciliación puede generar estrés y fatiga, afectando tanto el bienestar personal como la dinámica familiar. Además, la dificultad para balancear estos roles puede limitar el tiempo y la energía disponibles para el autocuidado, lo que a su vez impacta la calidad del cuidado brindado al niño.

“hay veces que hay urgencias, se necesitan permisos para uno estar ahí pero lo vale.”
Entrevista 5.

Además, el apoyo familiar ineficaz del patrón de funcionamiento familiar “compromete la capacidad para proporcionar apoyo físico, emocional o social a sus miembros. Aquí, la ausencia física y emocional del padre limita el apoyo integral a la familia”, (26). El apoyo familiar deficiente, especialmente cuando el patrón de funcionamiento familiar es ineficaz, afecta directamente la capacidad del cuidador para recibir soporte físico, emocional y social. La ausencia tanto física como emocional del padre crea un vacío que dificulta la estabilidad familiar y aumenta la carga sobre el cuidador principal. Esta falta de apoyo integral puede intensificar el sentimiento de aislamiento y estrés, dificultando la adaptación al rol de cuidado.

“[...]No, solamente económicamente.”:Entrevista 3

Los conflictos interpersonales “son situaciones en las que existen desacuerdos o dificultades en las relaciones personales o laborales, que generan tensión, aislamiento y deterioro de la comunicación entre las partes involucradas”, (27). Los conflictos interpersonales representan un obstáculo importante en el proceso de adaptación del cuidador, ya que las tensiones y desacuerdos pueden aumentar el estrés emocional y generar sentimientos de aislamiento.



Estos conflictos deterioran la comunicación dentro del entorno familiar y laboral, lo que dificulta el acceso a redes de apoyo fundamentales para sobrellevar la carga del cuidado. Así, la presencia de estos conflictos afecta tanto la salud mental del cuidador como la calidad del cuidado brindado.

“[...] pues ellos no me hablan, pues yo tampoco pienso escribir por qué pues me parece muy feo eso”: Entrevista 3.

La alimentación irregular es “el resultado del patrón de ingesta alimentaria alterado en cuanto a frecuencia, cantidad o calidad de los alimentos, como consecuencia de la dedicación constante a las labores de cuidado, lo cual interfiere con la posibilidad del cuidador de mantener horarios estables de alimentación. Esta situación puede derivar en fatiga, malnutrición, irritabilidad o problemas gastrointestinales” (28). Así, la alimentación irregular refleja cómo las demandas del cuidado afectan directamente los hábitos básicos de los cuidadores, ya que la falta de tiempo o energía para mantener una alimentación adecuada puede desencadenar problemas de salud física y emocional, como fatiga y malestar, que a su vez reducen la capacidad para desempeñar efectivamente el rol de cuidador. Esto evidencia la necesidad de estrategias que promuevan el autocuidado nutricional dentro del proceso de adaptación.

“[...] La alimentación pues si todos los días uno se alimenta aca pero pero obvio no es lo mismo que estar en casa normalmente”: Entrevista 4

El aislamiento social “es entendido como la falta de contactos y la escasez de personas con quienes interactuar regularmente”, (29). Esto representa un desafío crítico en el proceso de adaptación del cuidador. La reducción de interacciones y apoyo social puede intensificar sentimientos de soledad y agotamiento emocional, limitando las oportunidades para compartir experiencias, recibir ayuda y mantener un equilibrio psicológico. Esta desconexión no solo afecta negativamente el bienestar del cuidador, sino que también repercute en la calidad del cuidado que puede brindar.

“[...] A uno le afecta un poco estar acá todo el tiempo encerrado pues casi uno no comparte con nadie, siempre es difícil estar aquí como aislado de todo.”: Entrevista 4



De igual manera, la alteración de la economía hace referencia a un “cambio negativo en la situación financiera del hogar, producto de la disminución de ingresos, lo cual limita la capacidad para cubrir necesidades básicas y genera sentimientos de estrés e incertidumbre en la familia” (30). La alteración de la economía familiar afecta directamente la capacidad de cubrir necesidades básicas, lo que puede influir en la dinámica del hogar y el bienestar de sus miembros. Esta situación genera estrés e incertidumbre, lo que puede dificultar la atención adecuada y el manejo de la enfermedad en el contexto familiar.

“[...]A mi mucho, ya me echaron ”: Entrevista 3.

En las respuestas de los entrevistados se observa cómo esto influye en la dinámica de la adaptación del cuidador, la carga excesiva del cuidador “es la situación en la que la persona responsable del cuidado experimenta un agotamiento significativo debido a las demandas físicas, emocionales y sociales que implica cuidar a un familiar, lo que puede afectar su salud, bienestar y calidad de vida”, (31). La carga excesiva influye directamente en la capacidad del cuidador para adaptarse a las demandas del cuidado, generando un desgaste que puede afectar su salud y bienestar. Esta situación impacta no solo al cuidador, sino también en la calidad del cuidado que recibe el niño, evidenciando la importancia de apoyar y acompañar a quienes asumen este rol.

“[...] Bueno ha sido difícil ya que yo tengo otro niño de 6 añitos ”: Entrevista 4.

La condición médica grave “es el estado de salud en el que una persona presenta una enfermedad o trastorno que amenaza significativamente su vida, funcionalidad o bienestar general, requiriendo atención médica especializada, constante y muchas veces soporte vital”, (32). Esta condición implica un alto nivel de complejidad en el cuidado y una demanda constante de atención especializada. Esta situación afecta tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe adaptarse para garantizar el soporte necesario y responder a las necesidades que la enfermedad requiere.

“[...] de seis meses y medio. Nació con hidrocefalia. Tuvieron que hacerle la cirugía y ponerle la válvula. Entró en paro. Estuvo dos meses en UCI y de ahí ya salía con oxígeno ”: Entrevista 3.



El conflicto familiar “es la presencia de desacuerdo o tensión entre miembros de la familia relacionados con roles, responsabilidades, valores o decisiones, que afecta la dinámica familiar y puede interferir con la salud y el bienestar de sus integrantes”, (33). Además, el conflicto familiar puede alterar la armonía y la comunicación entre sus miembros, lo que influye en la capacidad de la familia para enfrentar situaciones de salud. Estas tensiones pueden dificultar la colaboración y el apoyo mutuo, afectando el bienestar general y el manejo adecuado de la enfermedad dentro del hogar.

“[...] Ella puede morir en la cirugía, que tomaran la decisión de si reanimar o no. Y por mi parte yo no quiero que la reanimen. Y mi hermana tampoco el que se ha agarrado, es el papá”:
Entrevista 3.

Así mismo, el deterioro del rol del cuidador se refiere a la “experiencia abrumadora que viven aquellos que asumen la responsabilidad de cuidar a una persona dependiente, la cual puede ser un familiar o un amigo, afectando de manera significativa su salud física, emocional y psicológica. Este diagnóstico destaca cómo la presión constante derivada de múltiples tareas de cuidado, la falta de apoyo emocional y la sensación de aislamiento pueden llevar a un estado de agotamiento crónico, ansiedad, depresión y otros problemas de salud, impactando negativamente no solo al cuidador, sino también a la calidad del cuidado brindado”, (34). Por ende, este deterioro afecta el bienestar del cuidador y puede disminuir la calidad del cuidado que brinda. En el caso de niños con enfermedades respiratorias, el agotamiento del cuidador puede dificultar la atención adecuada, por lo que es necesario ofrecer apoyo para evitar su deterioro.

“[...]Pues un poco agotada porque tanto tiempo acá, ya siempre es un poco agotante para uno”: *Entrevista 4.*

Por otro lado, la disminución del afrontamiento se caracteriza por “evitar enfrentar la fuente de estrés, negar la existencia del problema o desvincularse emocionalmente de la situación. Aunque puede ser útil en situaciones inmodificables a corto plazo, a largo plazo puede ser menos efectivo o incluso perjudicial”, (35). Este afrontamiento puede limitar la capacidad de la persona para manejar efectivamente el estrés asociado a la enfermedad. Aunque en el



corto plazo puede ofrecer alivio, a largo plazo dificulta la resolución de problemas y puede aumentar la vulnerabilidad emocional, afectando la adaptación y el bienestar general.

“[...]Pues yo creo que si, yo digo que ella tiene problemas”: Entrevista 3

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bienestar emocional es un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”, (36). El estado emocional resulta fundamental para los cuidadores de niños con enfermedades respiratorias en la primera infancia, ya que les permite enfrentar el estrés y las demandas constantes del cuidado. Por ende, mantener un equilibrio emocional favorece la capacidad para tomar decisiones acertadas, sostener la atención prolongada y promover un ambiente saludable que contribuye a la recuperación y calidad de vida del niño.

“[...]Yo me siento mal porque hace mucho me la tienen con ese oxígeno.”: Entrevista 3.

En efecto, la fatiga por compasión es “el agotamiento emocional, físico y mental que experimenta el cuidador tras estar expuesto de forma prolongada al sufrimiento de la persona a su cargo, especialmente cuando presencia procedimientos dolorosos, signos de angustia o deterioro en la salud del paciente. Esta fatiga puede generar sentimientos de tristeza, impotencia, irritabilidad o distanciamiento emocional”, (37). Esta situación se evidenció en algunos cuidadores del estudio, quienes expresaron sentirse emocionalmente sobrecargados, especialmente cuando debían dividir su atención entre el niño hospitalizado y otros hijos en casa, lo cual intensificaba su nivel de estrés y afectaba su bienestar integral. Este agotamiento emocional y físico puede limitar la capacidad del cuidador para brindar un cuidado óptimo, generando sentimientos de tristeza o distanciamiento que impactan tanto en su bienestar como en la calidad del apoyo que ofrece al niño. Esta afirmación se refleja en las experiencias de algunos cuidadores, quienes manifestaron un desgaste emocional al tener otros hijos en casa, lo cual aumentaba su carga y dificultaba brindar una atención equilibrada al niño hospitalizado.

“[...]pues es muy duro ver al niño así de esa manera, porque pues obvio cuando le ponían esos catéteres que entramos a uci que lo iban a chuzar y todo, es muy difícil ver al niño en esa



condición y ya cuando le instalaron la canula de oxígeno y obvio que ha sido pues como constante que no se la han podido retirar y pues si es muy difícil”: Entrevista 4.

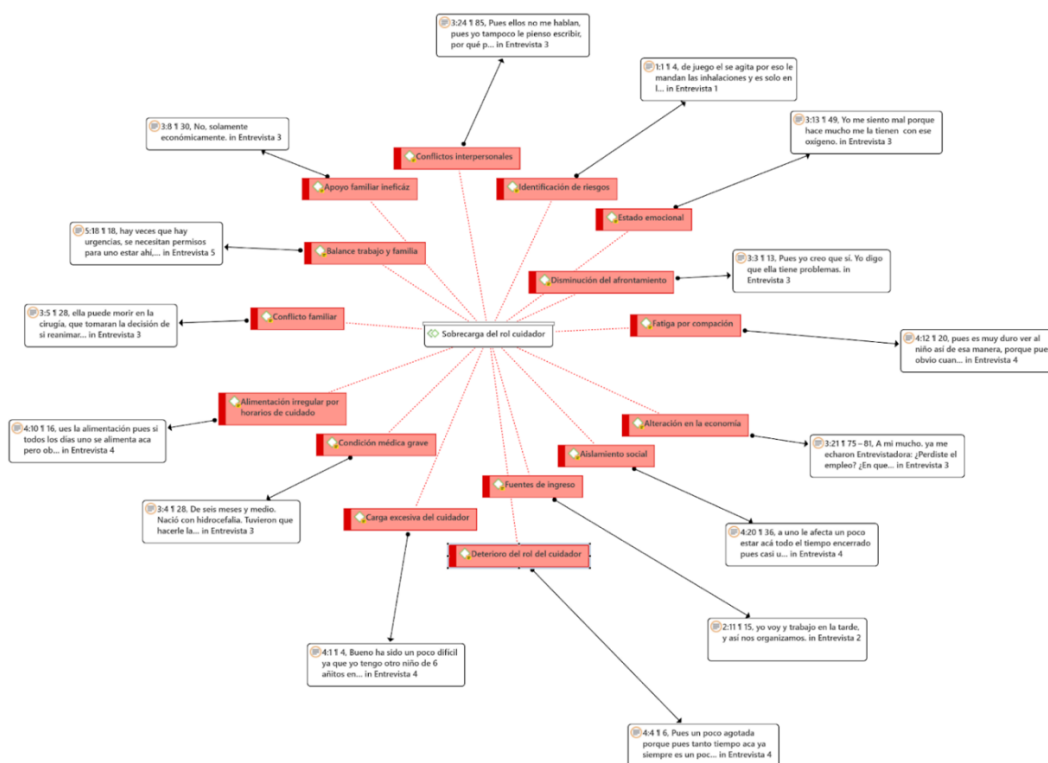
Además, las Fuentes de ingreso “son los medios através de los cuales l una persona o entidad genera ingresos o dinero. Es decir, es cualquier actividad, bien o servicio que produce dinero, ya sea de forma directa o indirecta”, (38). Las diferencias en las fuentes de ingreso y el apoyo familiar influyen directamente en la capacidad de los cuidadores para manejar el cuidado de los niños. Mientras algunos cuentan con respaldo económico y emocional, otros enfrentan dificultades por la pérdida de empleo, lo que aumenta su vulnerabilidad y estrés durante el proceso de cuidado.

“[...]yo voy y trabajo en la tarde y así nos organizamos.”: Entrevista 2.

La identificación del riesgo se refiere a “la evaluación de factores que aumentan la vulnerabilidad de una persona a un problema de salud. Este proceso permite a los profesionales de la enfermería identificar problemas de salud potenciales y planificar intervenciones preventivas antes de que ocurra una complicación real”, (39). En este caso los cuidadores pueden identificar los riesgos que pueden enfermar a los niños y así prevenir ciertas situaciones para fortalecer sus estrategias de cuidado y realizar prevención de la enfermedad y promoción de la salud, logrando un entorno favorable y seguro para sus niños.

“[...]en el momento de juego él se agita, por eso le mandan las inhalaciones y es solo en las noches y en las mañanas que yo se las hago, él puede hacer su vida normal, lo que no puedo es dejarlo como que se agite es lo único ha estado bien normal: Entrevista 1.





DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación evidencian el proceso de adaptación de los cuidadores de niños con enfermedades respiratorias. Está mediado por cuatro dimensiones que interactúan entre sí, tal como lo propone Calista Roy.

La práctica del cuidado se manifiesta como una experiencia compleja en la que convergen la sobrecarga del rol y el proceso de adaptación del cuidador. A partir de los relatos de los participantes, se observa que asumir el cuidado de un ser querido con una condición médica compleja implica un desgaste físico y emocional profundo, además de la necesidad de un ajuste progresivo en la dinámica personal y familiar. Las categorías emergentes en el análisis reflejan cómo este proceso de adaptación se ve constantemente desafiado por condiciones adversas, como el deterioro de las redes de apoyo, la carga emocional y económica del cuidado y el impacto de la condición clínica del paciente. En este contexto, los cuidadores desarrollan estrategias para afrontar su rol, adaptando su rutina y redefiniendo sus prioridades en función de los recursos disponibles y las exigencias del entorno, lo que evidencia la progresión del



ajuste ante la sobrecarga del cuidado y la reorganización de hábitos para preservar su bienestar y el de la persona a su cargo.

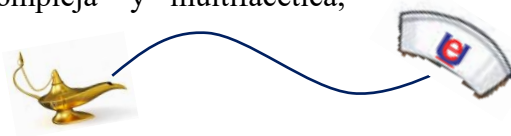
Desde el modo fisiológico, los cuidadores manifestaron alteraciones del sueño, la alimentación y una constante sensación de fatiga crónica: “*Duermo 3 horas seguidas cuando mi hijo no tiene tos... pero eso es raro*” (E2). Estas afectaciones reflejan una adaptación limitada ante las exigencias físicas del rol, y coinciden con lo descrito por Giraldo et al., (20121), en cuyo estudio se reportaron con frecuencia síntomas somáticos como cansancio, insomnio y falta de apetito entre cuidadores (2). Además, en esta investigación, el autocuidado se mostró comprometido: tres de cinco cuidadores reportaron saltarse comidas o comer sin calidad nutricional, situación que acentúa el deterioro del bienestar físico.

Al contrastar estos hallazgos con el estudio publicado en la Revista Cubana de Enfermería, se evidencian coincidencias importantes en cuanto a los factores que configuran la experiencia del cuidado informal. En ambos casos, se identifican tres elementos clave que inciden directamente en el proceso de adaptación: la sobrecarga del cuidador, el nivel de apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento, (2). Estos factores aparecen de forma transversal en las dimensiones propuestas por Roy, y permiten entender cómo los cuidadores responden ante los desafíos de su rol, enfrentando no solo las demandas clínicas del niño, sino también el aislamiento social, el impacto económico y las exigencias emocionales asociadas al cuidado prolongado.

De manera semejante, en nuestra investigación se evidenció que la sobrecarga emocional, física y social está fuertemente relacionada con la falta de apoyo familiar y redes efectivas, lo cual guarda estrecha relación con los bajos niveles de apoyo social, percibido que señala el estudio comparado. Además, ambos estudios coinciden en que cuando el cuidador no recibe respaldo externo (ya sea institucional o familiar), las estrategias de afrontamiento tienden a ser inadecuadas o insuficientes, lo que incrementa el desgaste y reduce su bienestar general, (2).

CONCLUSIÓN

El proyecto nuclear desarrollado destaca el proceso de adaptación de los cuidadores de niños con enfermedades respiratorias, como una experiencia compleja y multifacética,



influenciada por diversos aspectos, tales como la dinámica social, laboral, económica, familiar, mental y físico. Estos factores contribuyen de manera tanto positiva como negativa, como se evidenció en la categorización realizada a partir de las respuestas humanas de los entrevistados.

Las categorías emergentes del análisis reflejan que este proceso de adaptación se ve constantemente desafiado por condiciones adversas, como el deterioro de las redes de apoyo, sobrecarga del rol y el impacto de la condición clínica del paciente. Se observó que algunos de los cuidadores principales, desarrollaron estrategias de afrontamiento, como el apoyo familiar, autocuidado, enfoque del bienestar del niño y la interacción con el sistema de salud, en contraste, con otros cuidadores se observó que presentaron limitaciones en la interacción del cuidado del niño, evidenciado en las respuestas de las entrevistas realizadas. Estos hallazgos obtenidos se alinean con el Modelo de Adaptación de Callista Roy y las dimensiones propuestas en su teoría (3), lo cual resulta fundamental para comprender el proceso adaptativo de los cuidadores y sus mecanismos de afrontamiento.

RECONOCIMIENTOS.

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las docentes Edna Johanna Mondragón Sánchez y Jenny Andrea Orrego Ariza, integrantes de la Corporación Universitaria Alexander von Humboldt, por su invaluable orientación, dedicación y constante apoyo durante el desarrollo de este proyecto nuclear. Su experiencia y compromiso fueron fundamentales para guiarnos en cada etapa del proceso, ayudándonos a superar desafíos y enriquecer significativamente nuestro trabajo. Asimismo, extendemos un especial agradecimiento a los participantes anónimos que, con su disposición y colaboración, hicieron posible la realización de este estudio. Cabe destacar que su participación se llevó a cabo mediante la firma de consentimientos informados, en cumplimiento de los principios éticos y normativas vigentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más [Internet]. www.who.int. 2019 [cited 2025 Mar 17]. Available



from: <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

2. Isabel D, Padilla R, Pilar del, Mariana Suárez Yepes, Neira L, Carolina Rodríguez Obando, et al. Afrontamiento y adaptación en cuidadores principales de niños hospitalizados, según el modelo de Callista Roy. Medicina UPB. 2021 Jan 1;40(2):13–21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159069004005/html/>
3. Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009 [citado 12 mar 2025];9(1):62-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74111465007.pdf>
4. World Health Organization: WHO. Neumonía [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2016. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
5. González Pannia P, Torres FA, Ossorio MF, Rodriguez Tablado M, Esteban S, Abrutzky R, et al. Impacto de la contaminación ambiental en las consultas por enfermedad respiratoria en niños menores de 2 años. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. 2023 Mar 31;80(1):11–9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10142683/pdf/1853-0605-80-1-011.pdf>
6. Instituto nacional de salud. Informe de evento Vigilancia integrada de muerte en menor de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda o Desnutrición [Internet]. Instituto nacional de salud. 2022 [cited 2025 Mar 20]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20EN%20MENORES%20DE%205%20AÑOS%20INFORME%202022.pdf>
7. Capistrano GN, Guilherme JVG, Medeiros RO, Medeiros MMAP, Andrade FB. Perfil epidemiológico de internações por doenças infecciosas e bacterianas em menores de 5 anos, de 2017 a 2021. Rev Ciência Plural [Internet]. 2024 [citado 12 mar 2025];10(1):e31411. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1B2yF35NRaONnIK7fid8ktStgJjbufKWx/view?usp=drive_link



8. Phenomenology. In: *Encyclopaedia Britannica* [Internet]. Encyclopaedia Britannica, Inc.; [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.britannica.com/topic/phenomenology>
9. UNIR. Las 4 fases de adaptación del cuidador [Internet]. Madrid: UNIR; [fecha de publicación desconocida] [consultado el 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://cuidadores.unir.net/informacion/cuidador/tienes-mas-vida/305-las-4-fases-de-adaptacion-del-cuidador>
10. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(7):332-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 May 1 [consultado el 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>
12. Enfermería Mundial. Procesos familiares alterados [Internet]. 2025 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://enfermeriamundial.com/procesos-familiares-alterados/>
- Enfermería Mundial. Conocimiento de la salud inadecuado [Internet]. 2025 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://enfermeriamundial.com/conocimiento-de-la-salud-inadecuado/>
14. ConsultorSalud. La atención primaria: enfoque centrado en el paciente [Internet]. 2023 sep 18 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/atencion-primaria-enfoque-en-el-paciente/>
15. UNICEF. Nutrición [Internet]. 2025 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/nutricion>
16. Enfermería Mundial. Disposición para mejorar el conocimiento de la salud [Internet]. 2025 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://enfermeriamundial.com/disposicion-para-mejorar-el-conocimiento-de-la-salud/>
17. UNICEF. Educación para la salud [Internet]. 2025 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://www.unicef.es/educa/salud>



18. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Historia natural de la enfermedad [Internet]. 2001 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: https://www.academia.edu/31607403/Organizaci%C3%B3n_Panamericana_de_la_Salud_Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud
19. González MF, Rodríguez LA. Características y percepciones de las cuidadoras de familiares con enfermedad crónica. Rev UIS Humanidades [Internet]. 2018 [citado 2025 mayo 26];17(2):187–206. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistahumanidades/article/view/2642/5066>
20. Universidad de La Sabana. Solidaridad universitaria [Internet]. Chía: Universidad de La Sabana; [fecha de publicación desconocida; citado 26 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.unisabana.edu.co/clinica/experiencia-bienestar/solidaridad-universitaria>
21. Fundación Navarro Viola. El rol del padre en la crianza [Internet]. 2021 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://primerainfancia.fnv.org.ar/actividades/el-rol-del-padre-en-la-crianza/>
22. López Fernández AG, Cruañas Sospedra J, Salgado Friol AH, Lastayo Bourbón LH, Pérez Yero CM, Rigual Delgado SM. Estrategia didáctica para la formación bioestadística del residente en la Atención Secundaria de Salud en Santiago de Cuba. Educ Med Sup. 2008;22(2):9–16. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009
23. Concepto.de. Toma de decisiones [Internet]. 2023 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://concepto.de/toma-de-decisiones/>
24. Enfermería Mundial. Carga excesiva del cuidador [Internet]. 2025 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://enfermeriamundial.com/carga-excesiva-del-cuidador/>
25. ESE Business School. Trabajo y familia: Alcanzar el balance perfecto [Internet]. 2023 feb 15 [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://www.esecol.cl/esecol/blog/trabajo-y-familia-alcanzar-el-balance-perfecto/2023-02-15/152252.html>



26. Enfermería Mundial. Afrontamiento desadaptativo. Enfermería Mundial [Internet]. 2025 [citado 27 mayo 2025]. Disponible en: <https://enfermeriamundial.com/afrontamiento-desadaptativo>
27. Aicad. Conflictos Interpersonales: Definición, Ejemplos, Tipos. Aicad [Internet]. 2023 Nov 9 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.aicad.es/conflicto-interpersonal>
28. Greger M. Comidas irregulares, turnos de noche y daño metabólico. NutritionFacts.org [Internet]. 2024 May 14 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://nutritionfacts.org/es/blog/comidas-irregulares-turnos-de-noche-y-dano-metabolico/>
29. National Institute on Aging. Soledad y aislamiento social: consejos para mantenerse conectado. National Institute on Aging [Internet]. 2024 May 14 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
30. Santander. ¿Por qué a veces fallamos en la planificación de nuestra economía doméstica? Santander [Internet]. 2024 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.santander.com/es/stories/por-que-a-veces-fallamos-en-la-planificacion-de-nuestra-economica-domestica>
31. Enfermería Mundial. Carga excesiva del cuidador. Enfermería Mundial [Internet]. 2025 [citado 2025 May 27]. Disponible en: https://enfermeriamundial.com/carga-excesiva-del-cuidador/#google_vignette
32. National Center for Biotechnology Information. Goitrogens. In: The Iodine Deficiency Disorders [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2000-2019 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224968/>
33. Enfermería Mundial. Procesos familiares alterados. Enfermería Mundial [Internet]. 2025 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://enfermeriamundial.com/procesos-familiares-alterados/>
34. Enfermería Mundial. Carga excesiva del cuidador. Enfermería Mundial [Internet]. 2025 [citado 2025 May 27]. Disponible en: https://enfermeriamundial.com/carga-excesiva-del-cuidador/#google_vignette
35. Psiquiatría.com. Afrontamiento emocional [Internet]. [fecha de publicación desconocida] [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/afrontamiento-emocional>



36. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: WHO; 2004 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241591595>
37. Careforth. Cómo los cuidadores pueden prevenir la fatiga por compasión. Careforth [Internet]. 2024 Dec 18 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://careforth.com/es/blog/how-to-prevent-compassion-fatigue-in-caregivers/>
38. Coll Morales F. Fuente de ingresos. Rankia [Internet]. 2023 May 4 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.rankia.com/diccionario/economia/fuente-ingresos>
39. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. 12.^a ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editoras. Madrid: Elsevier; 2021



