REGIÓN TACNA
Juntos por el desarrollo

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

Revista Médica

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Vol. 14 - N° 01 - Enero a Junio 2021



ISSN: 2521-859X / ISSN: 2617 - 7803
Revista Indexada en Latindex

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

Revista Médica

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

La Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es un medio de difusión de los trabajos científicos en el área médica y de salud pública, los cuales son realizados por los investigadores de la región Tacna e invitados, el producto del desarrollo de dichas investigaciones tiene por objetivo mejorar el conocimiento en salud y contribuir de esta forma a reducir la mordemortalidad de la población.

Los trabajos inéditos publicados pueden ser: artículos originales, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.

La metodología de selección de los artículos publicados, se realizó mediante un proceso de evaluación y de arbitraje externo, el cual fue realizado por un comité de reconocida y extraordinaria experiencia en investigación, de profesionales del Instituto Nacional de Salud y destacadas universidades.

Aquellos trabajos que cumplieron las normas de publicación y lograron una calificación adecuada, fueron finalmente publicados.

La Revista Médica se publica semestralmente y se distribuye gratuitamente entre el personal de salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, autoridades de salud de la región y del país, instituciones universitarias del país. Además se encuentra indizada y al alcance gratuito en versión digital.

La edición de la presente revista adopta las normas establecidas en la Segunda Conferencia Mundial sobre Integridad de la Investigación (Singapur 2010).

IMPRESIÓN
GRAFICOM Tacna E.I.R.L.
Calle Arias Aragüéz # 490 - A
graficomtacna@hotmail.com
RUC: 20519893330

Tiraje
500 ejemplares

Dirección
Calle Blondell S/N Tacna
Teléfono: 052583730
e-mail: uadihhut@gmail.com
www.hospitaltacna.gob.pe
Publicación semestral
Volumen 14 Número 1

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

Revista Médica
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Volumen 14 Número 1 Enero - Junio 2021

DIRECTORES

Director Regional de Salud de Tacna
Méd. Oscar Lenin Galdos Rodríguez

Director Ejecutivo Hospital Hipólito Unanue de Tacna
Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira

COMITÉ EDITOR

Editor Principal de la Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Dr. Manuel Benedicto Ticona Rendón
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna

Editores Asociados

Méd. Patricio Cruz Méndez
Universidad Privada de Tacna

Dra. Regina Ruth Rivera Delgado
Universidad Privada de Tacna

Méd. Lourdes Margarita María Lombardi Bacigalupo
Universidad Privada de Tacna

Dra. Danila Diana Huanco Apaza
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Presidente
Méd. Edgar Rogelio Concori Coaquira

Vice Presidente
Méd. Jorge Luis Mendoza Salinas

Secretaria Técnica
Enf. Blanca Raquel Zevallos Delgado

Miembros
Dra. Regina Ruth Rivera Delgado
Dra.Danila Diana Huanco Apaza
Lic.Irma Villar Agurto
Enf. Guadalupe Dionicia Castillo Loza
Q.F. Ana María Maldonado Gamero
Obs. Luz Marina Liendo Cáceres
Blgo. Roberto Carlos Quispe Valdéz
C.D. José Antonio Arratia Torres
Lic. María Luisa Padilla Chávez

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Presidente
Dr. Julio Aguilar Vilca

Vice Presidente
Méd.Eddy Richard Vicente Choque

Secretaria Técnica
Enf. Blanca Raquel Zevallos Delgado
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Miembros
Lic. Irma Villar Agurto
Hospital Hipólito Unanue de Tacna
Dr. Marco Carlos Alejandro Rivarola Hidalgo
Universidad Privada de Tacna
Enf. Lourdes Rosa Ordoñez Flores
Obs. Karina Paola Calderón Fernández
Hospital Hipólito Unanue de Tacna
Dra. Jenny Concepción Mendoza Rosado Dra.
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Gema Natividad Sologuren García
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Dra. Danila Diana Huanco Apaza
Méd. Juana Chachaque Rosa
Asist.Soc. María Soledad Baluarte Mamani
Lic. Juan Carlos Calizaya Inchuña
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

COMITÉ CONSULTIVO

Vicky Jeannine Panduro Correa
MSc Epidemiología Clínica
Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú

Franz Kovy Arteaga Livias
MSc(c) Epidemiología Clínica y Bioestadística en Enfermedades Infecciosas y Tropicales
Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Hospital II EsSalud, Huánuco, Perú

Josefina Sonia Núñez Chávez
Doctora en Ciencias Naturales: Enfermería Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú

Gema Natividad Sologuren García
Doctora en Ciencias de la Educación
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú

Britto Ebert Falcón Guerrero
Doctor en Estomatología
Universidad Latinoamericana CIMA, Tacna, Perú

Ricardo Ernesto Ortiz Faucheux
Doctor en Ciencias de la Salud
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

Revista Médica
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

COMITÉ DE PUBLICACIONES

Dr. Manuel Benedicto Ticona Rendón
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Dra. Danila Diana Huanco Apaza
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Enf. Blanca Raquel Zevallos Delgado
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Correctora de Estilo
Mgr. Roxana Carolina Perca Chagua
Magister en lingüística Universidad Federal de Santa Catarina - Brasil

Apoyo Administrativo-Revista Médica
Lic. Irma Villar Agurto
Hospital Hipólito Unanue de Tacna - Área de Investigación

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

Revista Médica
Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Contenido / Contents

EDITORIAL / EDITORIAL
Dr. Manuel Ticona Rendón - Editor principal

ARTÍCULOS ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES

Programa Play Speak para la estimulación del desarrollo del lenguaje en niños de 4 a 5 años de educación inicial
Play Speak Program for the Stimulation of Language Development in Kindergartners Aged 4 to 5
Diana Carolina Silva Cordova 5

Calidad del sueño en personal de salud expuestos a la pandemia de COVID-19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna
Sleep Quality in Health Personnel Exposed to the COVID-19 Pandemic in the Hospital Hipólito Unanue de Tacna
Walter Mauricio Sánchez Esquiche
Madeleyni Helen Mariaca Mamani
Marian Antonia Anampa Paucar
Rina María Álvarez Becerra 10

Clasificación de los pacientes con dolor lumbar inespecífico a través del cuestionario Start Back Screening Tool en un hospital de San Juan De Lurigancho
Classification of Patients With Unspecific Low Pain Through The Start Back Screening Tool Questionnaire In a San Juan de Lurigancho Hospital
Julio Fernando Melgar La Torre
Jesús Santiago Hurtado Martínez
Kattia Cecilia Rodríguez Siu
Cristhian Santiago Bazan 14

Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en docentes de ciencias de la salud de una universidad pública de Tacna
Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Professors of Health Sciences at a Public University of Tacna
Vanessa Varleth Valle Cohaila
Caroll Johana Uberlinda Lévano Villanueva
Isabel del Rosario Ayca Castro
Wender Williams Condori Quispe
Rina María Álvarez Becerra 19

Impacto de la pandemia por COVID-19 en Marketing mix aplicado al servicio odontológico en Tacna
Impact of the COVID-19 Pandemic on the Marketing mix Applied to the Dental Service in Tacna
Mario Gálvez Marquina
Jessica Mendoza Aranzamendi
Yenny Pinto Villar
Irma Villar Augurto 26

Prevalencia de la estigmatización hacia enfermedades mentales en estudiantes de medicina de una universidad pública de Tacna
Prevalence of Stigmatization Towards Mental Illnesses in Medicine Students at a Public University in Tacna
Flor Araca Condori
Cristian Mamani Paye
Gerald Ramos Guevara
Adriana Gomez Pimentel
Esperanza Evelyn Ramirez Alanoca
Diana Huanco Apaza 33

REPORTES DE CASO
Neurotoxoplasmosis en paciente con coinfección de tuberculosis y VIH
Neurotoxoplasmosis in a Patient With Coinfection of Tuberculosis and HIV
Raúl Darío Gómez Ortiz
Luis David Ray Calderón Gerónimo 40

Infección por virus SARS CoV-2 en paciente con tuberculosis multisistémica
SARS CoV-2 Virus Infection in a Patient With Multisystem Tuberculosis
Raúl Darío Gómez Ortiz
Jose Luis Villalva Luna
Arturo Huamán Alvarado
Luis Mayta Calizaya
Vladimir Hernándes Laura
Edwin Soria Rojas 44

ARTÍCULO DE REVISIÓN
Estrés de pandemia en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario
Pandemic Stress in the National Plan for Strengthening Community Mental Health Services
Johel Anampa Huyhua
Kharina Mamani Cahuaya 48

CARTA AL EDITOR
Dolor musculoesquelético en adolescentes posconfinamiento en el contexto de la crisis por la COVID-19
Musculoskeletal Pain in Post-Confinement Adolescents in the Context of the COVID- 19 Crisis
Cristhian Santiago Bazán 50

NORMAS DE PUBLICACIÓN 52

EDITORIAL

Cinco formas de proteger al personal de salud durante la crisis del COVID-19
Five Ways to Protect Healthcare Workers During the COVID-19 Crisis

El personal y los sistemas de salud están desempeñando un papel vital en la lucha mundial contra el COVID-19; se necesitan medidas especiales para protegerlos y apoyarlos. Cada día, el personal sanitario de todo el mundo batalla desde la primera línea para contener el virus y salvar vidas. Las imágenes de esas personas exhaustas luchando por salvar a sus pacientes han conmovido al mundo.

La seguridad y salud de este personal es fundamental para que puedan realizar su trabajo durante esta crisis. Por lo tanto, su protección debe ser una prioridad. Así pues, ¿qué puede hacerse? La Organización Internacional del Trabajo (OIT), dependiente de las Naciones Unidas recomienda medidas que desarrollaremos a continuación.

1. Preservar la seguridad del personal sanitario

Es de suma importancia garantizar la seguridad y salud del personal de salud. La información sobre la transmisión de la enfermedad debe difundirse lo más amplia y rápidamente posible entre los trabajadores de salud, incluido lo referente a las directrices más actualizadas, las medidas para prevenir el contagio y la forma de aplicarlas.

Es crucial que se disponga de equipos de protección personal, y de instrucciones y formación sobre cómo utilizarlos correctamente. Además, se debería contar con la mayor disponibilidad posible de pruebas de detección de la infección por el COVID-19, para preservar la salud del personal y la seguridad del paciente.

2. Proteger su salud mental

La pandemia sitúa al personal sanitario en situaciones de exigencia excepcional. Ellos están comprometidos con una enorme cantidad de trabajo y en ocasiones se ven en situaciones traumáticas y frente a decisiones difíciles, con una tasa de letalidad sin precedentes, y además deben convivir con el temor a contraer la enfermedad o a propagarla entre sus familiares y allegados.

La respuesta debe prever, entre otras cosas, la prestación de asistencia social a los equipos, las familias y los allegados, además de información y orientaciones para los trabajadores de salud sobre cómo gestionar el estrés, y de asesoramiento y orientaciones para el estrés postraumático.

3. Vigilar las horas de trabajo

En situaciones de emergencia, el personal de salud tiene que trabajar en situaciones irregulares y en ocasiones atípicas.

En el marco de la respuesta al brote, buena parte de este personal está afrontando una inmensa carga de trabajo adicional, horas de trabajo prolongadas, y falta de periodos de descanso.

Cabe recordar que ante el cierre de las escuelas y el confinamiento impuesto en muchos países, estas personas tienen además que organizar su vida privada y cuidar de personas a cargo. Por tanto, deberían adoptarse disposiciones apropiadas con respecto al horario de trabajo, para que los trabajadores y trabajadoras de salud puedan equilibrar las exigencias del servicio sanitario con sus responsabilidades domésticas de cuidados y su propio bienestar.

4. Proteger a quienes tienen un contrato de corta duración y a los voluntarios

Para luchar contra la pandemia, varios países han reaccionado recurriendo a asistencia profesional de corta duración, aunque también a voluntarios y a otros sectores, como el de las fuerzas armadas, estudiantes de medicina o enfermería, o a trabajadores de salud jubilados.

Los gobiernos deberían celebrar consultas con los interlocutores sociales sobre la supervisión y regulación de esas contrataciones especiales, según procediera. Se han de tener en cuenta no solo la seguridad y salud en el trabajo, sino también otras condiciones contractuales, como la protección social, la remuneración, los periodos de descanso y las disposiciones con respecto a las horas de trabajo.

5. Contratar y formar a más personal de salud

Es preciso invertir en todos los sistemas de salud, para que puedan contratar, desplegar y mantener a un número suficiente de trabajadores de la salud bien formados, respaldados y motivados. La pandemia causada por el COVID-19 vuelve a poner de manifiesto la acuciante necesidad de una fuerza de trabajo sanitaria fuerte, como elemento de todo sistema de salud resiliente, un aspecto ahora reconocido como fundamento esencial de la recuperación de nuestras sociedades y economías, y de la preparación para futuras emergencias sanitarias.

Dr. Manuel Ticona Rendón
Editor principal

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

ARTÍCULO ORIGINAL

Programa *Play Speak* para la estimulación del desarrollo del lenguaje en niños de 4 a 5 años de educación inicial

Play Speak Program for the Stimulation of Language Development in Kindergartners Aged 4 to 5

Diana Carolina Silva Cordova

Departamento de Salud Mental, Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú
Magíster en Psicología

Resumen

Objetivo: Determinar la efectividad del programa "Play Speak" para estimulación del desarrollo del lenguaje en niños preescolares de una institución educativa de Tacna en Perú. **Material y métodos:** Estudio preexperimental, con un solo grupo. La muestra estuvo conformada por 19 alumnos de 4 a 5 años de la institución educativa Los Niños de Belén, del Centro Poblado Augusto B. Leguía de la ciudad de Tacna. Las técnicas utilizadas fueron: la observación, entrevista, anamnesis, e instrumento de aplicación del Test de desarrollo psicomotor (TEPSI). **Resultados:** Los participantes fueron 8 varones y 11 mujeres, donde 18 niños tenían 4 años y sólo un niño tenía 5 años. El programa Play Speak mostró en el pre-test que 10,5 % de los participantes poseía un retraso en el desarrollo del lenguaje; 36,8 % de ellos se ubicaba en el nivel riesgo; y 52,6 % estaba en un nivel normal; los resultados del postest mostraron que ningún participante se encontraba en el nivel retraso ni riesgo, y se observó que el 100 % de los participantes se ubicaba en el nivel normal, mientras que los niños que ya estaban en un nivel normal consiguieron una puntuación más alta dentro del mismo nivel. **Conclusión:** El programa "Play Speak" mejoró significativamente el nivel del lenguaje en los niños preescolares de una institución educativa de Tacna.

Palabras clave: desarrollo del lenguaje, desarrollo infantil, lenguaje infantil, programa Play Speak

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of the "Play Speak" program to stimulate language development in preschool children of an educational institution in Tacna, Peru. **Material and methods:** Pre-experimental, pre and post-test study, with a single group. The sample consisted of 19 students from 4 to 5 years old from the educational institution "Los Niños de Belén", from the Augusto B. Leguía Town Center in the city of Tacna. The techniques used were: observation, interview, anamnesis, and an instrument of TEPSI application. **Results:** The participants were 8 men and 11 women, of which 18 children were 4 years old and only one child was 5 years old. The Play Speak program showed in the pre-test that 10.5% of the participants had a delay in language development; 36.8% of them were at risk level; and 52.6% were at a normal level; the post-test results showed that no participant was at the delay or risk level, and it was observed that 100% of the participants were at the normal level, while the children who were already at a normal level achieved a higher score within of the same level. **Conclusion:** The "Play Speak" program significantly improved the language level of preschool children at an educational institution in Tacna.

Keywords: Language development, Child language, child development, Play Speak Program

Correspondencia
Diana Carolina Silva Cordova
dianacarolinasilva19@gmail.com
DOI: 0000-0002-0547-1130

Recibido: 15.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 30.05.2021

Introducción

El lenguaje es la facultad de establecer una comunicación para poder transmitir información a través de una serie de signos que tienen un significado concreto (1); es un proceso cognitivo fundamental que requerimos para comunicarnos, contribuye a un nivel apropiado de adaptación en el individuo, y más aún en sus primeras etapas de vida, siendo de vital importancia en distintas áreas (escolar, familiar y social).

En el período preescolar se observan indicadores del nivel del lenguaje en la producción y compresión de palabras y oraciones, evidenciando la capacidad del niño de expresar sus experiencias vividas, narrar historias, incluso de identificar y discriminar letras y asociarlas con vocales; aquí es donde nace el proceso de lectoescritura.

La Organización Mundial de la Salud, remarca la importancia del correcto desarrollo del lenguaje durante la primera infancia. Todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida establece una base trascendental para toda la vida, esto se debe a que el desarrollo de la primera infancia (DPI), incluidas las áreas física, socioemocional y lingüística-cognitiva, repercute substancialmente en el aprendizaje básico, el éxito escolar, la participación económica, la ciudadanía social y la salud (2).

En los primeros seis años, el mundo del niño gira en torno al juego y este se convierte en la actividad más importante para él (3). A lo largo de su desarrollo el niño va identificando su mundo exterior, representándolo en actividades lúdicas; estas acciones ayudan a que el niño exprese sus sentimientos, pensamientos, etc. El juego es una actividad fundamental e irreemplazable que ayuda al desarrollo físico, intelectual y comunicativo del niño.

La región de Tacna presenta condiciones muy limitadas y saturadas en terapia para niños, dejando a la población con esta necesidad. La ciudad de Tacna cuenta con dos hospitales: Hospital Hipólito Unanue (MINSA) y Hospital Daniel Alcides Carrión (ESSALUD), quienes brindan el servicio de Terapia para niños; también existen cinco centros de salud comunitarios que brindan este servicio de terapia para niños; sin embargo, las personas aún rechazan este sistema por falsas creencias, estigmas, etc. A su vez, este servicio está actualmente saturado, limitado y brindándose de manera colectiva, dejando esta necesidad no cubierta para la población de bajos recursos económicos.

Por tanto, se consideró crear el programa Play Speak a raíz de cubrir esta necesidad, brindando así un aporte científico a la población.

El programa es económico, sencillo, didáctico y lúdico, y puede ser aplicado por una docente o una madre de familia como modo preventivo ante un posible problema del lenguaje.

Material y métodos

La investigación fue de propósito aplicado ya que se ejecutó un programa con la finalidad de resolver problemas. El enfoque fue cuantitativo, considerando que se utilizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (4); mientras que el diseño fue preexperimental, pretest/postest, con un solo grupo.

La población estuvo conformada por 47 alumnos de 3 años, 66 alumnos de 4 años y 42 alumnos de 5 años, de la institución educativa inicial N.° 230 Los Niños de Belén de la ciudad de Tacna en Perú.

La muestra estuvo conformada por 19 niños, se incluyó niños de 4 a 5 años de edad, previo consentimiento de los padres, quienes debieron asistir a la primera charla informativo que se brindó. Se excluyó niños con diagnósticos tales como síndrome de Down, TDH, autismo y aquellos cuyos padres o niños desistieron del programa.

El muestreo fue intencionado, no probabilístico, independiente del sexo del participante, pero dependiente de su edad ya que en esta etapa preoperacional su desarrollo cognitivo está en la capacidad de pensar en forma simbólica, lógica y adaptable.

Como técnicas de recolección de datos, se emplearon: la observación y la entrevista (anamnesis); mientras que como test de evaluación se utilizó el test TEPSI. Para la comprobación y comparación de resultados y significancia, se utilizó la prueba de McNemar y t de Student.

Resultados

De los 19 alumnos participantes en este estudio, 8 niños eran varones y 11 eran mujeres, además, 18 niños tenían 4 años y solo un niño tenía 5 años, todos estudiantes de la institución educativa inicial N.° 230 Los Niños de Belén de Tacna.

De acuerdo a la Tabla 1 sobre los niveles de desarrollo en el lenguaje antes y después de aplicado el programa Play Speak, se pudo observar en el pretest que el 10,5 % presentaba un retraso en el desarrollo del lenguaje; el 36,8 % se ubicaba en el nivel riesgo; por su parte, el 52,6 % estuvo en un nivel normal. Por otro lado, en el postest, ningún participante se ubicó en el nivel retraso ni en riesgo. Se observó también que el 100 % se ubicaba en el nivel normal.

Tabla 1

Lenguaje antes y después de aplicado el programa *Play Speak*

	Lenguaje			
	Pretest		Postest	
	f	%	*f*	%
Retraso	2	10,5	0	0,0
Riesgo	7	36,8	0	0,0
Normal	10	52,6	19	100
Total	19	100,0	19	100,0

Tabla 2

Niveles de lenguaje antes y después de aplicado el programa Play Speak por participante

	Lenguaje			
	Pretest		Postest	
Sj	PD	Nivel	PD	Nivel
1	19,0	Normal	23,0	Normal
2	16,0	Normal	24,0	Normal
3	17,0	Normal	22,0	Normal
4	6,0	Retraso	22,0	Normal
5	21,0	Normal	23,0	Normal
6	12,0	Riesgo	21,0	Normal
7	14,0	Riesgo	22,0	Normal
8	13,0	Riesgo	22,0	Normal
9	16,0	Normal	22,0	Normal
10	14,0	Riesgo	20,0	Normal
11	20,0	Normal	22,0	Normal
12	16,0	Normal	24,0	Normal
13	16,0	Normal	24,0	Normal
14	7,00	Retraso	17,0	Normal
15	21,0	Normal	24,0	Normal
16	12,0	Riesgo	22,0	Normal
17	12,0	Riesgo	21,0	Normal
18	15,0	Normal	23,0	Normal
19	13,0	Riesgo	23,0	Normal

En la Tabla 2 se puede observar las puntuaciones obtenidas por cada participante, antes y después del programa, en la dimensión lenguaje.

Tabla 3

Ítem 19: Describe escenas

				Postest : Describe escenas		
				No	Sí	Total
Pretest Describe escenas		No	Recuento	1	6	7
			% del total	5,3 %	31,6 %	36,8 %
		Sí	Recuento	0	12	12
			% del total	0,0 %	63,2 %	63,2 %
Total			Recuento	1	18	19
			% del total	5,3 %	94,7 %	100,0 %

p = 0,031

Al comparar el decimonoveno ítem, referido a si el niño describe escenas, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); lo cual indica que existen diferencias significativas entre el pretest y postest en este ítem.

Tabla 4

Ítem 23: Define palabras

				Postest Define palabras		
				No	Sí	Total
Pretest Define palabras		No	Recuento	1	8	9
			% del total	5,3 %	42,1 %	47,4 %
		Sí	Recuento	0	10	10
			% del total	0,0 %	52,6 %	52,6 %
Total			Recuento	1	18	19
			% del total	5,3 %	94,7 %	100,0 %

p = 0,008

Al comparar el pretest y postest en el vigesimotercer ítem, que se refiere a si el niño define palabras, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); esto quiere decir que existen diferencias significativas entre el pretest y postest.

Tabla 5

Ítem 24: Nombra características de objetos

			Postest : Nombra características de objetos		
			No	Sí	Total
Pretest :Nombra características de objetos	No	Recuento	1	12	13
		% del total	5,3 %	63,2 %	68,4 %
	Sí	Recuento	0	6	6
		% del total	0,0 %	31,6 %	31,6 %
Total		Recuento	1	18	19
		% del total	5,3 %	94,7 %	100,0 %

p = 0,001

Con respecto al último ítem, que se refiere a si el niño nombra características de los objetos, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); lo cual indica que existen diferencias significativas entre el pretest y postest.

Tabla 6

Ítem 6: Verbaliza acciones

			Postest Verbaliza acciones		
			No	Sí	Total
Pretest Verbaliza acciones	No	Recuento	1	9	10
		% del total	5,3 %	47,4 %	52,6 %
	Sí	Recuento	0	9	9
		% del total	0,0 %	47,4 %	47,4 %
Total		Recuento	1	18	19
		% del total	5,3 %	94,7 %	100,0 %

p = 0,004

Al comparar el sexto ítem, referido a si el niño verbaliza acciones, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); lo cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y postest.

Tabla 7

Ítem 9: Verbaliza su nombre y apellido

			Postest : Verbaliza su nombre y apellido		
			No	Sí	Total
Pretest Verbaliza su nombre y apellido	No	Recuento	1	8	9
		% del total	5,3 %	42,1 %	47,4 %
	Sí	Recuento	0	10	10
		% del total	0,0 %	52,6 %	52,6 %
Total		Recuento	1	18	19
		% del total	5,3 %	94,7 %	100,0 %

p = 0,008

Al comparar el noveno ítem, referido a si el niño verbaliza su nombre y apellido, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); lo cual indica que existen diferencias significativas entre el pretest y postest.

Tabla 8

Ítem 13: Comprende preposiciones

			Postest Comprende preposiciones		
			No	Sí	Total
Pretest : Comprende preposiciones	No	Recuento	1	8	9
		% del total	5,3 %	42,1 %	47,4 %
	Sí	Recuento	0	10	10
		% del total	0,0 %	52,6 %	52,6 %
Total		Recuento	1	18	19
		% del total	5,3 %	94,7 %	100,0 %

p = 0,008

Al comparar el decimotercer ítem, referido a si el niño comprende preposiciones, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); lo cual indica que existen diferencias significativas entre el pretest y postest.

Tabla 9

Ítem 20: Reconoce absurdos

			Postest : Reconoce absurdos		
			No	Sí	Total
Pretest :Reconoce absurdos	No	Recuento	2	8	10
		% del total	10,5 %	42,1 %	52,6 %
	Sí	Recuento	0	9	9
		% del total	0,0 %	47,4 %	47,4 %
Total		Recuento	2	17	19
		% del total	10,5 %	89,5 %	100,0 %

p = 0,008

Al comparar el vigésimo ítem, referido a si el niño reconoce absurdos, el nivel de significancia para la prueba McNemar está por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$); lo cual indica que existen diferencias significativas entre el pretest y postest

Discusión

El programa Play Speak mostró en el pretest que el 10,5 % de los participantes poseía un retraso en el desarrollo del lenguaje, el 36,8 % se ubicaba en el nivel riesgo, y el 52,6 % estaba en un nivel normal. Por otro lado, el postest mostró que ningún participante se encontraba en el nivel retraso ni riesgo, y se observó que el 100 % se ubicaba en el nivel normal, mientras que los niños que ya estaban en un nivel normal consiguieron una puntuación más alta dentro del mismo nivel.

Las investigaciones de Conde (5) y Cutipa (6), llevadas a cabo en la ciudad de Tacna, arrojaron los siguientes resultados: Conde, en su investigación, obtuvo que más de la mitad de la muestra presentó mejoras notables en el área del lenguaje, ya que, en el postest, se evidenció que el nivel bajo pasó de 46,67 % a 6,67 %, el nivel regular de 40 % a 53,33 %, y el nivel alto de 13,33 % a 40 %; mientras que Cutipa obtuvo como resultado en el postest de su investigación que el nivel bajo pasó de 40 % a 13,33 %, el nivel regular de 20 % a 33,33 %, y el nivel alto de 40 % a 53,33 %.

Conde, en su Tabla 1 (ítem de "Fluidez", el cual involucra el lenguaje expresivo y el reconocimiento de símbolos) evidenció que, en el pretest, el 26,67 % se ubicó en el nivel bajo, el 40 % en el nivel regular, y el 33,33 % en el nivel bueno; en el postest, el 6,67 % se ubicó en el nivel bajo, 26,67 % se ubicó en el nivel regular, y 66,67 % en el nivel bueno.

Por su parte, Cutipa, en su Tabla 2 (ítem de "Expresión de ideas"), se evidenció que, en el pretest, el 60 % se ubicó en el nivel bajo, el 26,67 % en el nivel regular, y el 13,33 % en el nivel alto; en el postest, nadie se ubicó en el nivel bajo, el 13,33 % se ubicó en el nivel regular, y 86,67 % en el nivel alto.

Mientras que, en el programa Play Speak, en las Tablas 3, 4 y 5, ítems 19, 23 y 24 (Describe escenas, define palabras, nombra características de objetos); en el ítem 19, en el pretest, se evidenció que un 36,8 % no logró pasar esta actividad y un 63,2 % sí lo logró; en el postest, un 5,3 % no lo logró, y un 94,7 % sí lo logró; en el ítem 23, en el pretest, se evidenció que un 47,4 % no logró esta actividad y un 52,6 % sí lo logró; en el postest, un 5,3 % no lo logró, y un 94,7 % sí lo logró; y en el ítem 24, en el pretest, se evidenció que un 68,4 % no logró esta actividad y un 31,6 % sí lo logró; en el postest, un 5,3% no lo logró, y un 94,7 % sí lo logró.

Cutipa, en su Tabla 7 (ítem de "Nivel de pronunciación"), en el pretest, el 40 % se ubicó en el nivel bajo, el 20 % en el nivel regular, y el 40 % en el nivel alto; en el postest, nadie se ubicó en el nivel bajo, el 20 % se ubicó en el regular, y el 80 % en el nivel alto. Mientras que, en el programa Play Speak, en las Tablas 6 y 7, ítems 19 y 23 (Verbalizar acciones, nombres y apellidos); en el ítem 19, en el pretest, se evidenció que un 52,6 % no logró pasar esta actividad y un 47,4 % sí lo logró; en el postest, un 5,3 % no lo logró, y un 94,7 % sí lo logró; y en el ítem 23, en el pretest, se evidenció que un 47,4 % no logró esta actividad y un 52,6 % sí lo logró; en el postest, un 5,3 % no lo logró, y un 94,7 % sí lo logró. Estos ítems también muestran cambios positivos.

Cutipa, en su Tabla 1 (ítem de "Intervención de diálogos", el cual involucra el lenguaje comprensivo), en el pretest, el 46,67 % se ubicó en el nivel bajo, el 20 % en el nivel regular, y el 33,33 % en el nivel alto; en el postest, nadie se ubicó en el nivel bajo, el 26,67 % se ubicó en el nivel regular, y el 73,33 % en el nivel alto. Mientras que, en el programa Play Speak, en las Tablas 8 y 9, ítems 13 y 20 (Comprende preposiciones, reconoce absurdos); en el ítem 13, en el pretest, se evidenció que un 47,4 % no logró pasar esta actividad y un 52,6 % sí lo logró; en el postest, un 5,3 % no lo logró, y un 94,7 % sí lo logró; y en el ítem 20, en el pretest, un 52,6 % no logró esta actividad y un 47,4 % sí lo logró; en el postest, un 10,5 % no lo logró, y un 89,5 % sí lo logró.

Nuevamente se aprecia una variación significativa en los resultados.

Se ha podido establecer que el nivel del desarrollo del lenguaje en los niños de 4 a 5 años de la I.E.I. N.° 230 Los Niños de Belén mejoró significativamente después de la aplicación del programa Play Speak.

El postest evidenció que el 10,5 % de niños que se encontraba en el nivel retraso, y el 36,8 % en nivel riesgo, pasaron a ubicarse al nivel normal, y los que ya se encontraban en el nivel normal obtuvieron una puntuación más alta dentro del mismo nivel.

Por tanto, se recomienda que las instituciones educativas del nivel inicial utilicen el programa Play Speak pues, además de evidenciarse resultados positivos en las áreas de lenguaje, motricidad y coordinación, las estrategias metodológicas son sencillas, dinámicas, didácticas y divertidas.

Es importante implementar estrategias de actividades de juegos verbales y psicomotores para estimular y mejorar el nivel del desarrollo del lenguaje en los niños, así como su coordinación y motricidad, y de esta manera evitar futuros problemas académicos y personales debido a deficiencias en estas áreas.

Agradecimientos

A todos los niños y niñas de la jurisdicción del Centro poblado Augusto B. Leguía de Tacna, que fueron parte de este proyecto, los tendré siempre en mis recuerdos y son un motivo de impulso para seguir trabajando.

Referencias Bibliográficas

1. García N. Prevención de los trastornos del lenguaje en educación infantil. propuesta didáctica basada en rimas, poesías y trabalenguas. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Valladolid]. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/26840

2. Organización Mundial de la Salud. (2007). Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. OMS, 2017.

3. Cadenas R, Yescenia C. Juego lúdico y desarrollo psicomotor en estudiantes de nivel inicial, Institución Educativa "Virgen del Rosario" Huacho¨-2017. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. 2018. http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/13482

4. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. 2014.

5. Conde MS. La Aplicación del taller de dramatización musical para elevar el desarrollo de la comunicación oral en Niños de 5 Años de la I.E.P "Verdad y vida" de Tacna, Año 2016. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada de Tacna]. http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/205

6. Cutipa CB. Aplicación de la estrategia "CHYC" para mejorar la expresión oral en los niños de 4 años de la I.E.I. "Virgen del Rosario" de la ciudad de Tacna en el año 2016. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada de Tacna]. 2016. http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/206

Fuentes de financiamiento:
Autofinanciada.

Conflictos de interés:
No presenta.

Revista Médica HHUT

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad del sueño en personal de salud expuestos a la pandemia de COVID-19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Sleep Quality in Health Personnel Exposed to the COVID-19 Pandemic in the Hospital Hipólito Unanue de Tacna

[1,4a] Walter Mauricio Sánchez Esquiche [2a] Madeleyni Helen Mariaca Mamani
[3b] Marian Antonia Anampa Paucar [3c] Rina María Álvarez Becerra

[1] Centro Quirúrgico, Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú
[2] Centro Quirúrgico, Hospital II Moquegua – EsSalud, Perú
[3] Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
[4] Universidad Privada de Tacna, Perú
[a] Médico Anestesiólogo
[b] Cirujano Dentista
[c] Licenciada en Obstetricia

Resumen

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha representado una amenaza permanente para los trabajadores de salud a nivel mundial. Objetivo: determinar la calidad del sueño en personal de salud expuestos a la pandemia de COVID- 19. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, se entrevistaron por vía virtual a 160 trabajadores médicos y no médicos de labor asistencial del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2021, previo consentimiento informado, utilizando el cuestionario de *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). **Resultados:** El 81,3 % de la población encuestada del hospital presentaba alteraciones del sueño, se encontró una asociación significativa entre la calidad de sueño y el pertenecer al grupo ocupacional *técnico* (OR=0,327; IC95%: 0,128-0,838), siendo este un factor protector. **Conclusión:** Los transtornos del sueño fueron altamente prevalentes en el personal de salud expuesto a la pandemia por COVID-19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Palabras clave: calidad del sueño, índice de Pittsburgh, personal de salud

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has represented a permanent threat to health workers worldwide. Objective: To determine the quality of sleep in health personnel exposed to the COVID-19 pandemic. **Material and methods:** Descriptive study, 160 medical and non-medical workers from the Hospital Hipólito Unanue de Tacna were interviewed by virtual means in 2021, with prior informed consent, using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire. **Results:** 81.3% of the surveyed population of the hospital had sleep disturbances, a significant association was found between sleep quality and belonging to the technical occupational group (OR = 0.327; 95% CI: 0.128-0.838), this being a protective factor. **Conlusion:** Sleep disorders were highly prevalent in health personnel exposed to the COVID-19 pandemic at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna.

Keywords: sleep quality, Pittsburgh Index, personal health

Correspondencia
Walter Mauricio Sánchez Esquiche
Email: walsan4@gmail.com
DOI: 0000-0003-2753-569X

Recibido: 15.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 30.05.2021

Introducción

La pandemia de COVID-19 causada por el SARS-CoV-2 se ha convertido en una amenaza mundial para la seguridad y la salud pública y ha tenido un impacto psicológico sin precedentes en el personal de la salud, quienes trabajan en condiciones estresantes .
El sueño es una necesidad fisiológica vital de nuestro organismo; por tanto, el dormir mal trae diferentes efectos adversos para la salud en diversos aspectos, tales como cansancio, accidentes, ausentismo laboral, problemas sociales en el trabajo; y hasta algunos trastornos psiquiátricos como la depresión, la úlcera gástrica y el síndrome de *burnout* que pueden asociarse a la mala calidad del sueño .

Diversos estudios realizados a nivel mundial han mostrado que la calidad del sueño ha sido alterada de diversas maneras por la recargada labor de los trabajadores sanitarios de ámbito hospitalario. La mayoría de estudios se desarrollaron en China por tratarse de la primera nación afectada por la pandemia.

Huang encontró una alteración en la calidad del sueño en los trabajadores del sistema sanitario en relación a otros grupos ocupacionales, así como una mayor tendencia a la ansiedad y depresión. Del mismo modo, Han et al nos refieren resultados similares, tales como alteraciones en la calidad de sueños, así como ansiedad y estrés en el personal de salud que atienden a los pacientes con COVID-19.

Estos trastornos provocados por la mala calidad del sueño representan un riesgo no esperado al inicio de esta emergencia. Los trabajadores afectados por la mala calidad del sueño presentan alteración en la calidad del trabajo realizado, problemas en sus hogares, ausentismo laboral, ansiedad y depresión.

En consecuencia, los trabajadores de la salud pueden ser considerados como un grupo de riesgo que posiblemente necesiten contención emocional por parte de las áreas de salud mental del hospital donde se realiza el estudio.

El interés en realizar esta investigación se debe a que no se ha hallado literatura que avale estos hallazgos en nuestro país, ni en el personal de salud de nuestra ciudad, por tanto, existe la necesidad de realizarlo.

El objetivo general de este trabajo fue determinar la calidad del sueño en el personal de salud expuestos a la pandemia de COVID-19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2021 y su relación con los aspectos sociodemográficos y situación laboral; luego, con base en estos resultados, se pretende proponer una intervención para mejorar la salud mental de los trabajadores de la salud.

Material y métodos

Es una investigación de tipo básica o fundamental, transversal, de diseño descriptivo . Se contó con una variable de estudio denominada calidad de sueño, conformada por siete dimensiones: 1) calidad subjetiva del sueño, 2) latencia de sueño, 3) duración del sueño, 4) eficiencia de sueño habitual, 5) perturbaciones del sueño, 6) uso de medicación para dormir y 7) disfunción diurna; cada una de estas dimensiones con un puntaje final de 0 a 3, luego, con la suma del puntaje de las siete dimensiones, se obtuvo la puntuación global del PSQI.

La muestra estuvo conformada por 160 participantes entre personal de salud médico, no médico y técnico con labor asistencial bajo cualquier modalidad de contrato en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2021.
La técnica de recolección de los datos fue la aplicación de una encuesta *online* del cuestionario *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) en su versión en castellano; la cual ha demostrado tener, en la población general, una consistencia interna (Coeficiente de Cronbach) de 0,81, con una sensibilidad de 88,63 %, una especificidad del 74,99 % y un VPP valor predictivo positivo de 80,66 %.

Para la aplicación del cuestionario se solicitó la aceptación de participación en el estudio mediante un consentimiento informado. Los resultados se presentan en tablas con frecuencias absolutas y relativas, y el estadístico Odds Ratio con su intervalo de confianza al 95 %, considerando significativo cuando el valor de $p<0,05$. El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS v25.0.

Resultados

De los 160 trabajadores asistenciales del Hospital Hipólito Unanue de Tacna participantes en este estudio, se encontró que 81,3 % de ellos, presentaron pobre calidad de sueño y solo el 18,8 % presentó buena calidad de sueño, con una media de 7,89 de puntaje y una desviación estándar de 3,67 (Tabla 1).

Aquellos que presentaron mala calidad de sueño fueron el 88,1 % de los trabajadores varones y 77,2 % de las mujeres, 72,2 % de adultos jóvenes y 82,4 % de adultos y adultos mayores, 84,4 % de profesionales y 64,4 % de técnicos asistenciales, 76,9 % de personal con un año o menos de servicio y 82,1 % quienes tienen dos años o más de servicio, 80,5 % de personal nombrados y 82,2 % de contratados. Solo se encontró asociación y factor protector en el personal técnico (OR=0,32; IC95%:0,1-0,8) (Tabla 2).
En la Tabla 3 se presenta la puntuación de los componentes de escala de calidad de sueño según de Pittsburgh (PSQI), los puntajes más altos estuvieron en los componentes de duración del sueño y latencia, indicando severa dificultad.

Tabla 1

Calidad de sueño según escala de Pittsburgh	*n*	%
Buena calidad de sueño	30	18,8
Pobre calidad de sueño	130	81,3
Total	160	100,0

Índice de calidad de sueño 7,89 +/ - 3,67

Fuente: Cuestionario de Pittsburgh .

Tabla 2

Distribución de mala calidad de sueño según características personales y laborales

Características	Total de participantes (160)	Mala calidad de sueño		Análisis			P valor
Sexo	*n*	*n*	%	*OR*	*IC 95 %*		
Hombre	59	52	88,1				
Mujer	101	78	77,2	0,457	0,183	-1,141	0,088
Edad							
Adulto joven	18	13	72,2				
Adulto y adulto mayor	142	117	82,4	1,800	0,588	-5,507	0,298
Grupo ocupacional							
Profesional de la salud	135	114	84,4				
Personal técnico	25	16	64,4	0,327	0,128	-0,838	0,016
Tiempo de trabajo							
Un año o menos	26	20	76,9				
Dos años o más	134	110	82,1	1,357	0,499	-3,789	0,537
Condición de trabajo							
Contratado (CAS / CAS -COVID)	73	60	82,2				
Nombrado	87	70	80,5	0,892	0,401	-1,986	0,078

Fuente: Cuestionario aplicado en el estudio.

Tabla 3

Puntuación de los siete componentes de la escala de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

Componentes	Total de participantes	Frecuencia (%)							
		0		1		2		3	
Calidad subjetiva de sueño	160	22	13,8	72	45,0	61	38,1	5	3,1
Latencia de sueño	160	22	13,8	51	31,9	56	35,0	31	19,4
Duración del sueño	160	15	9,4	31	19,4	80	50,0	34	21,3
Eficiencia de sueño habitual	160	96	60,0	32	20,0	19	11,9	13	8,1
Perturbaciones del sueño	160	10	6,3	108	67,5	40	25,0	2	1,3
Uso de medicación para dormir	160	130	81,3	16	10,0	9	5,6	5	3,1
Disfunción diurna	160	49	30,6	73	45,6	35	21,9	3	1,9

Donde "0" puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica severa dificultad.

Fuente: Cuestionario de Pittsburgh.

Discusión

En nuestro estudio, la prevalencia general fue de 81 % los que reportan algún grado de problemas para dormir en la muestra.

Carrillo nos disipa la duda en la que se pensaba que dormir era una pérdida de tiempo, ya que el autor indica que el sueño cumple diversas funciones de acuerdo a la edad y fisiología del individuo. En un estudio de alteraciones del sueño realizado en 2018, Qiu et al encontraron que la prevalencia de malos dormidores fue de 39,1 % y su mayor población se da en mujeres y trabajadoras de salud (enfermeras) y el hecho de trabajar por turnos. Lin et al , en pleno brote de COVID-19, encontraron un aumento significativo de cuadros de insomnio, stress y ansiedad en mujeres jóvenes y trabajadoras de salud. Wang et al , al aplicar el cuestionario de Pittsburg en 123 trabajadores, encontraron puntajes mayores a 7 en 38 % de los trabajadores, calificándolos como malos dormidores producto de la pandemia. Por su parte, Xiao et al encontraron un aumento de la ansiedad, stress, que alteraba la calidad de sueño del personal médico (180) que trataba a pacientes con enfermedad por coronavirus en Wuhan China.

En el Perú, Medina et al investigaron sobre los trastornos del sueño ocasionados por la presencia de la pandemia por COVID-19. En una revisión de artículos, los autores identificaron 45 artículos relacionados a la calidad del sueño y su alteración en los trabajadores de salud, recolectando al final 12 trabajos que cumplían con los requerimientos metodológicos.

Los autores en sus hallazgos refieren que la pandemia de COVID-19 afecta la salud mental de la población en general y en mayor medida a los trabajadores de salud, ocasionando insomnio. Esto altera el sistema inmunológico de las personas, además de que se produce una menor capacidad para enfrentar el stress ocasionado por el confinamiento.

Nuestros hallazgos nos muestran ciertas coincidencias; sin embargo, nuestra prevalencia en alteraciones en la calidad del sueño es bastante alta 81,3 %, comparada con otras poblaciones en general. Esto posiblemente debido a la limitación de personal y turnos sobrecargados. Asimismo, otro hallazgo importante de este estudio fue que la mala calidad de sueño se asoció significativamente con la pertenencia al grupo ocupacional determinado (OR=0,327; IC95 % 0,128 -0,838), siendo un factor protector el pertenecer al grupo ocupacional de técnicos.

Los hallazgos de este estudio pueden ser un signo de problemas físicos no diagnosticados y condiciones de salud mental en el personal de salud durante la pandemia de COVID-19, por lo que proporcionar programas de detección precoz para identificar problemas de salud subyacentes y un abordaje temprano puede mejorar la salud y el desempeño del personal.

Se concluye que los trastornos del sueño fueron altamente prevalentes (81,3 %) en el de personal de salud expuesto a la pandemia de COVID-19 del Hospital Hipólito Unanue, con un índice de 7,89 +/-3,67 según la escala de Pittsburg.

Se recomienda realizar una intervención conjunta del área de salud ocupacional y salud mental a los trabajadores con el fin de evitar un incremento del riesgo y daños como ansiedad y depresión, además de alteraciones de las condiciones de vida del personal que labora en la institución. En última instancia, estas intervenciones pueden mejorar directa e indirectamente la salud pública.

Las encuestas virtuales representan un reto real en la etapa actual; sin embargo, se requiere motivación adecuada a la

población para su participación correcta, lo que constituye una limitación en este estudio.

Conflicto de intereses

No tenemos conflicto de intereses en este estudio.

Referencias Bibliográficas

1. Gupta B, Sharma V, Kumar N, Mahajan A. Anxiety and sleep disturbances among health care workers during the COVID-19 pandemic in India: cross-sectional online survey. JMIR Public Health Surveill. 2020;6(4):e24206. Doi: 10.2196/24206. PMID: 33284784; PMCID: PMC7758087.

2. Díaz-Campo García-Carpintero Y, Díaz-Campo García-Carpintero C, Puerma Castillo C, Viedma Lloreda M, Aulet Ruiz A, Lázaro Merino E, et al. La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Rev Clín Med Fam. 2008;2(4):156-61. https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n4/original3.pdf

3. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry research. 2020;288:112954. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954

4. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. Med Sci Monit. 2020;26:e923549-1. Doi: 10.12659/MSM.923549

5. Yuni JA, Urbano CA. Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación: Editorial Brujas; 2006.

6. García PC, Miranda FRH, Sandoval ÁD, García ML. Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. Med Paliat. 2013;20(2):44-8. https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.005

7. Carrillo-Mora P, Ramírez-Peris J, Magaña-Vázquez K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev Fac Med UNAM. 2013;56(4):5-15. https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2013/un134b.pdf

8. Qiu D, Yu Y, Li R-Q, Li Y-L, Xiao SY. Prevalence of sleep disturbances in Chinese healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine. 2020;67:258-66. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.01.047

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

Revista Médica HHUT

ARTÍCULO ORIGINAL

Clasificación de los pacientes con dolor lumbar inespecífico a través del cuestionario Start Back Screening Tool en un hospital de San Juan De Lurigancho

Classification of Patients With Unspecific Low Pain Through The Start Back Screening Tool Questionnaire In a San Juan de Lurigancho Hospital

Julio Fernando Melgar La Torre[1a] Jesús Santiago Hurtado Martínez[2a]
Kattia Cecilia Rodríguez Siu[3a] Cristhian Santiago Bazan[4ab]

[1] Centro de atención física médica en Salud
[2] Policlínico nuestra Señora del Sagrado Corazón, Lima, Perú
[3] Hospital centro médico naval, Lima, Perú
[4] Centro de rehabilitación integral física funcional, Lima, Perú
[a] Licenciado Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación
[b] Doctor en Educación

Resumen

Objetivo: Determinar la clasificación de los pacientes que padecen dolor lumbar inespecífico a través del cuestionario *Start Back Screening Tool* en Hospital de San Juan de Lurigancho en Lima, Perú. **Material y métodos:** Fue un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, la muestra requerida fue de 145 pacientes entre las edades de 18 a 45 años de ambos sexos, con diagnóstico médico de dolor lumbar inespecífico, se empleó el cuestionario *Start Back Screening Tool* (SBST) adaptado al castellano, validado por 6 jueces expertos, con una confiabilidad de 0,714 según el alfa de Cronbach. **Resultados:** De los 145 pacientes, el 41,4 % (60) pacientes pertenecían al grupo de riesgo bajo, el 38,6 % (56) de pacientes pertenecían al grupo de riesgo medio y el 20 % (29) de pacientes pertenecían al grupo de riesgo alto. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de dolor lumbar, la ocupación (p=0,004) y la edad (p=0,000). No se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de dolor lumbar y el sexo (p > 0,05). **Conclusiones:** El cuestionario *Start Back Screening Tool* adaptado al castellano peruano se puede usar para clasificar pacientes en los diferentes grupos de riesgo de manera efectiva para la atención primaria en el Hospital de San Juan de Lurigancho en Lima.

Palabras clave: cuestionario, dolor de la región lumbar, medicina física y rehabilitación, selección de pacientes

Abstract

Objective: To determine the classification of patients with nonspecific low back pain through the Start Back Screening Tool questionnaire at Hospital de San Juan de Lurigancho in Lima, Peru. **Material and methods:** It was a descriptive, cross-sectional study, the required sample was 145 patients between the ages of 18 to 45 years of both sexes, with a medical diagnosis of nonspecific low back pain, the Start Back Screening Tool questionnaire was used (SBST) adapted to Spanish, validated by 6 expert judges with a reliability of 0.714 according to Cronbach's alpha. **Results:** Of the 145 patients, 41.4% (60) patients belong to the low risk group, 38.6% (56) patients belong to the medium risk group and 20.0% (29) patients belong to the high risk group. A statistically significant relationship was found between the level of low back pain and occupation (p = 0.004) and age (p = 0.000). There is no statistically significant relationship between the level of low back pain and gender (p> 0.05). **Conclusions:** The Start Back Screening Tool questionnaire adapted to Peruvian Spanish can be used to effectively classify patients in the different risk groups for primary care at the Hospital de San Juan de Lurigancho in Lima.

Keywords: lumbar region pain, patient selection, questionnaire, physical medicine and rehabilitation

Correspondencia
Cristhian Santiago Bazan
Email: cristhiansantiagob@gmail.com
DOI: 0000-0001-9073-4785

Recibido: 15.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 30.05.2021

Introducción

El dolor lumbar inespecífico o mecánico surge intrínsecamente de la columna vertebral, los discos intervertebrales o los tejidos blandos circundantes. Para ello, la historia clínica debe incluir lo siguiente: tipo e intensidad del dolor, la gravedad, el momento, los factores agravantes/alivio y la radiación; así como el índice de masa corporal, la actividad física y los riesgos laborales. Toda esta información debe utilizarse para evaluar el riesgo de dolor mecánico de espalda baja y ayudar a identificar casos de dolor lumbar no mecánico (1,2).

El dolor lumbar es un síntoma común, presente en las personas con trabajos físicamente exigentes, comorbilidades físicas, mentales, fumadores e individuos obesos. Factores como el costo, el uso de la atención de la salud y la discapacidad por el dolor lumbar varían sustancialmente entre los países, y están influenciados por la cultura local y los sistemas sociales, así como por las creencias sobre la causa y el efecto (3).

Este padecimiento es un importante problema de salud pública en la sociedad moderna causado por diferentes factores de riesgo, incluyendo postura ocupacional, estados de ánimo depresivos, obesidad, altura corporal y edad. El dolor lumbar afecta a personas de todas las edades (niños, adultos y ancianos). El tener diagnóstico acertado y tratamiento de la causa subyacente es de vital importancia para las personas que lo padecen, ya que afecta a la calidad de vida de las personas (4).

Además, la lumbalgia inespecífica puede ser tan leve como un dolor ocasional o tan seria como una enfermedad específica; debiéndose a diversos factores fisiológicos, biomecánicos, ambientales, genéticos, sociales, organizacionales, físicos e inclusive psicológicos (ansiedad y depresión), los cuales puedan conllevar a una limitación funcional en el individuo que los padece (5,6,7).

A lo largo del tiempo, el dolor lumbar ha sido la principal causa de días laborales perdidos, ya que el descanso es la principal indicación para la rehabilitación médica (8). Así mismo este problema viene asociado a la presencia con depresión, no permite en el paciente su rehabilitación afectando su calidad de vida.

El dolor lumbar es una afección que frecuentemente tiene una causa inespecífica. La mayor incidencia de dolor de espalda baja no específico es agudo y mejora dentro de varias semanas con o sin tratamiento. Por otro lado, el tratamiento del dolor lumbar crónico inespecífico implica un enfoque multidisciplinario dirigido a preservar la función y prevenir la discapacidad (10).

El cuestionario (SBST) es un instrumento de detección que se distribuye a los pacientes con dolor lumbar en tres grupos de pronóstico para la atención estratificada. Este enfoque ha demostrado una eficacia clínica y beneficios rentables, el cual brindará un tratamiento adecuado y oportuno favoreciendo la reinserción laboral, productiva y social del individuo, mejorando su calidad de vida y mitigando la discapacidad que produce el dolor (11).

Por ende, la presente tiene como objetivo: determinar la clasificación de los pacientes que padecen dolor lumbar inespecífico a través del cuestionario *Start Back Screening Tool* en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, correlacional. La población estuvo conformada, por los pacientes que acudían al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de San Juan de Lurigancho

Se tuvo en consideración a todos los pacientes diagnosticado con dolor lumbar inespecífico, participantes entre las edades de 18 a 45 años, pacientes que acepten participar libremente en el estudio previa firma del consentimiento informado. En los criterios de exclusión, se tuvo en consideración: pacientes con antecedentes patológicos relacionados con infección, inflamación, oncológicos y dolor lumbo-pélvico, pacientes con antecedentes posoperatorio, marcha claudicante y pacientes con déficit de comunicación o entendimiento.

La muestra requerida fue de 145 participantes con diagnóstico de dolor lumbar inespecífico el cual se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico a criterio de los autores.

Se obtuvo la autorización y se presentó el proyecto de investigación a la unidad de docencia e investigación del nosocomio, luego se procedió a coordinar con la jefa del servicio de medicina física, para dar inicio a la recolección de datos y obtener acceso al servicio donde se aplicó el cuestionario.

Así mismo, se seleccionó a los pacientes con diagnóstico médico de dolor lumbar inespecífico que cumplieran los criterios de selección. Luego, se les solicitó llenar un consentimiento informado.

Se utilizó el cuestionario *Start Back Screening Tool* (SBST), el cual es un instrumento que evalúa a los pacientes en el área de atención primaria con dolor lumbar inespecífico y poder ser clasificados en: bajo, medio y alto riesgo.

Para la realización de la investigación el instrumento fue traducido del inglés al castellano por dos traductoras profesionales y oficiales, una vez traducido el instrumento al castellano, se envió el texto a seis jueces expertos, donde el grado de concordancia de los jueces fue significativa con un valor de concordancia de 0,91. Así mismo, se aplicó un plan piloto con 45 participantes presentando una confiabilidad 0,714 alfa crombach.

El (SBST) consta de tres partes. En la primera de ellas se consideran características sociodemográficas, tales como edad, sexo, ocupación. La segunda parte intenta identificar los factores físicos y psicosociales que pueden ayudarnos a modificar o eliminar todas las señales de peligro a través de nueve preguntas. La tercera parte intenta contabilizar la puntuación total y puntuación psico para luego clasificar a los pacientes en tres categorías de riesgo y que los terapeutas físicos puedan dirigir las intervenciones a cada subgrupo.

Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS V. 24. En cuanto el análisis estadístico se tuvo en consideración el análisis univariado. Así, se tuvo en consideración la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas; y el promedio y desviación estándar para las variables numéricas. La demostración de este análisis se hizo a través de tablas. En cuanto el análisis bivariado, se tuvo en consideración T Student para relacionar la variable cuantitativa edad con la variable riesgo *de dolor lumbar;* además se usó la prueba Chi cuadrado para relacionar las variables *dolor lumbar* con respecto al sexo y ocupación. Se consideró diferencias significativas cuando $p < 0,05$ (5 %). Los datos fueron procesados en el programa SPSS V. 24, para Windows 10.

La investigación fue éticamente viable porque se consideró los criterios bioéticos en la investigación científica como el permiso del nosocomio. Así mismo, se utilizó el consentimiento informado de los pacientes y el permiso de la institución para la realización de la investigación. También, se garantizó el respeto a la privacidad y a la libre participación de los investigados previo a la recolección de información.

Resultados

Entre los resultados más resaltantes tenemos que de los 145 pacientes con dolor lumbar inespecífico en un Hospital de San Juan de Lurigancho, el 41,4 % (60) de pacientes pertenecen al grupo de riesgo bajo, el 38,6 % (56) de pacientes pertenecen al grupo de riesgo medio y el 20,0 % (29) de pacientes pertenecen al grupo de riesgo alto (Tabla 1). Además, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de dolor lumbar y la ocupación ($p=0,004$) y la edad ($p=0,000$). Por otro lado, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de dolor lumbar y el sexo ($p > 0,05$).

Tabla 1

Clasificación de los pacientes con dolor lumbar inespecífico aplicando el cuestionario de Star Back Screening en un hospital de San Juan de Lurigancho

Bajo		Medio		Alto		Total	
n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
60	41,4	56	38,6	29	20	145	100

Tabla 2

Clasificación de los pacientes con dolor lumbar inespecífico después de la aplicación del cuestionario de Star Back Screening según características sociodemográficas

Características Sociodemográfica	Bajo		Medio		Alto		Total		P - Valor
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	
Sexo									
Masculino	38	26,2 %	44	30,3 %	19	13,1 %	101	69,6	0,176
Femenino	22	15,2 %	12	8,3 %	10	6,9 %	44	30,4	
Ocupación									
Ama de casa	6	4,1 %	21	14,5 %	10	6,9 %	37	25,5	0,004
Estudiante	15	10,3 %	3	2,1 %	3	2,1 %	21	14,5	
Dependiente	16	11,0 %	14	9,7 %	9	6,2 %	39	26,9	
Independiente	23	15,9 %	18	12,4 %	7	4,8 %	48	33.1	
Edad									
De 18 a 27 años	20	13,8 %	7	4,8 %	2	1,4 %	29	20,1	
De 28 a 35 años	27	18,6 %	34	23,4 %	9	6,2 %	70	48,2	*0,000
0,De 36 a 45	13	9,0 %	15	10,3 %	18	12,4 %	46	31,7	
+Prom. ± Desv. Están. (min./max.)				32,048 ± 6,028 (18 / 45)					

*Prueba T- Student

Discusión

Para la realización de este estudio, primero se adaptó el cuestionario (SBST) al contexto peruano para la detección de dolor lumbar inespecífico en la atención primaria, en el cual se pudo evidenciar que el 41,4 % (60) de pacientes pertenecen al grupo de riesgo bajo. En un estudio similar realizado por Suri (12), se evidenció un grupo de riesgo bajo; el autor hace mención que, dado que la herramienta se desarrolló en la atención primaria del Reino Unido, sus propiedades psicométricas requieren una evaluación para determinar si son aceptables en otros países con diferentes idiomas, sistemas de atención médica o normas socioculturales con respecto al dolor de espalda.

Este problema es frecuente y es una de las principales causas de consulta en atención primaria, razón por la cual existe una gran variabilidad en su manejo clínico y farmacológico, además de aumentar los costos de salud asociados a la atención del dolor lumbar, así como el consumo de recursos diagnósticos y sociosanitarios (13).

Un estudio realizado en una población Danés en un entorno de atención secundaría tuvo menos capacidad predictiva en la evaluación del dolor con el (SBST) como en un entorno de atención primaria (14). Esto nos permite tener en consideración la importancia que tiene este instrumento en la estratificación de riesgo de los pacientes que padecen dolor lumbar en atención primaria.

Así mismo, en un estudio de tres cohortes en centros de atención primaria (centro de atención de quiropráctica, fisioterapia, centro de la columna vertebral), se demostró que el pronóstico de los pacientes se ve afectado por diversas características clínicas que difieren entre las poblaciones, se destaca que la duración del dolor afectó a la capacidad de pronóstico de SBT y el SBT era menos predictivo en pacientes muy agudos (<2 semanas de duración) (15).

Este tipo de cuestionario debe utilizarse con precaución cuando se utilizan los valores de corte actual en pacientes que

presentan dolor lumbar agudo (menos de 4 semanas) en lugar de dolor lumbar crónico (16).

En otros estudios, el cuestionario español SBST ha demostrado ser comprensible y adaptado a la población española, (17) traducido a la versión portuguesa, debido a la facilidad de uso en la atención primaria para la clasificación de pacientes que padecen dolor lumbar (18) proporcionando información de pronóstico importante para los fisioterapeutas.

Así mismo, en el año 2017, el cuestionario fue traducido al idioma holandés y mostró resultados aceptables en los parámetros psicométricos y, por lo tanto, el SBT es una herramienta válida para pacientes con dolor lumbar en la atención primaria holandesa (19).

Además, la herramienta *STarT Back Tool* (SBT) se ha desarrollado para estratificar a los pacientes en grupos de riesgo. Sin embargo, existe controversia sobre su generalización e incertidumbre al momento de uso, ya que los individuos con dolor lumbar inespecífico constituyan un grupo heterogéneo (20).

Por lo arriba mencionado, el cuestionario (SBST) adaptado al castellano peruano es una herramienta fácil de usar para detectar pacientes, ya que brinda información pronóstica para dar una atención estratificada en el entorno de atención primaria en los diferentes centros de atención sanitario, además de permitir subagrupar a personas con dolor lumbar sobre la base de factores de pronóstico modificables (21, 22).

Fuentes de financiamiento

El estudio estuvo autofinanciado por los propios autores.

Conflictos de interés

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

1. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical low back pain. American family physician. 2018; 98(7): 421-428. https://www.aafp.org/afp/2018/1001/p421.html

2. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and cronick low back pain. Med Clin Norte Am. 2014;98(4):777–789.

3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet.2018; 391(10137): 2356-2367. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X

4. Sánchez CAZ, del Roció Samaniego G, Piedra MDP, Benites MEG. Dolor de espalda baja (Lumbalgia), enfermedad que no discrimina: Clasificación, Diagnóstico y tratamiento. Recimundo.2019; 3(2): 610-627. https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.610-627

5. Conforme WAD, López JJA, Rodríguez LEB, Trujillo SES. Lumbalgia inespecífica. Dolencia más común de lo que se cree. Recimundo: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento.2019; 3(2): 3-25. ttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7066860

6. Barreda-Castillo EL, Santiago C. Dolor lumbar y actividades domésticas en mujeres atendidas en un centro de rehabilitación de Lima. Peruvian Journal of Health Care and Global Health.2019; 3(2): 63-69. Doi: 10.22258/hgh.2019.32.59

7. Santiago C, Pérez KJ, Castro NL. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un Hospital de Rehabilitación. Revista Científica Ciencia Médica.2018; 21(2), 13-20. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332018000200003

8. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. Non-specific low back pain. Deutsches Ärzteblatt International.2017; 114(51-52): 883-890. Doi: 10.3238/arztebl.2017.0883

9. Santiago C, Ventura AY. Lumbar pain related to anxiety and depression in police officers of a police station in Lima. Rev. Fac. Med. Hum. 2021; 21(1): 75-81. http://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol21/iss1/9/

10. Golob AL, Wipf JE. Low back pain. Med Clin North Am. 2014;98(3):405-428.

11. Ami NB, Weisman A, Yona T, Shashua A, Hill J, Pincus T. STarT back tool retained its predicting abilities in patients with acute and sub-acute low back pain after a transcultural adaptation and validation to Hebrew. Musculoskeletal Science and Practice. 2020; 46: 102134. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102134

12. Suri P, Delaney K, Rundell SD, Cherkin DC. Predictive Validity of the STarT Back Tool for Risk of Persistent Disabling Back Pain in a U.S. Primary Care Setting. Arch Phys Med Rehabil. 2018 Aug;99(8):1533-1539.e2. Doi: 10.1016/j.apmr.2018.02.016. Epub 2018 Apr 3. PMID: 29625095; PMCID: PMC6064386.

13. Soto MC, Alabau JI, Barquero JAP, Tormos LS. No todo dolor lumbar es Lumbago. Atalaya Médica Turolense.2019; (15): 46-49. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7593705

14. Morso L, Kent P, Manniche C, Albert HB. The predictive ability of the STarT Back Screening Tool in a Danish secondary care setting. Eur Spine J. 2014;23(1):120-128. Doi:10.1007/s00586-013-2861-y

15. Morso L, Kongsted A, Hestbaek L, Kent P. The prognostic ability of the STarT Back Tool was affected by episode duration. Eur Spine J. 2016; 25(3), 936-944. https://doi.org/10.1007/s00586-015-3915-0

16. Mehling WE, Avins AL, Acree MC, Carey TS, Hecht FM. Can a back pain screening tool help classify patients with acute pain into risk levels for chronic pain? EurJ Pain. 2015; 19 (3): 439–46. https://doi.org/10.1002/ejp.615

17. Gusi N, Del Pozo-Cruz B, Olivares PR, Hernández-Mocholi M, Hill JC. The Spanish version of the "STarT Back Screening Tool" (SBST) in different subgroups. Atencion primaria.2011; 43(7): 356-361. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.019

18. Raimundo A, Parraça J, Batalha N, Tomas-Carus P, Branco J, Hill J, Gusi N. Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reliability of the questionnaire «Start Back Screening Tool»(SBST). Acta reumatologica portuguesa.2017; 42(1), 38-46. http://hdl.handle.net/10362/21975

19. Bier JD, Ostelo R, van Hooff ML, Koes BW, Verhagen AP. Validez y reproducibilidad de la herramienta de espalda STarT (versión holandesa) en pacientes con dolor lumbar en centros de atención primaria. Phys Ther. 2017; 97 (5): 561–70.

20. Newell D, Field J, Pollard D. Using the STarT Back Tool: Does timing of stratification matter? Man Ther. 2015;20(4):533-539. https://doi.org/10.1016/j.math.2014.08.001

21. Fritz JM, Beneciuk JM, George SZ. Relationship between categorization with the STarT Back Screening Tool and prognosis for people receiving physical therapy for low back pain. Physical therapy.2011; 91(5): 722-732. https://doi.org/10.2522/ptj.20100109

22. Pilz B, Vasconcelos RA, Teixeira PP, Mello W, Marcondes FB, Hill JC, Grossi DB. Construct and discriminant validity of STarT Back Screening Tool–Brazilian version. Brazilian Journal of Physical Therapy.2017; 21(1): 69-73. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2016.12.006

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en docentes de ciencias de la salud de una universidad pública de Tacna

Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Professors of Health Sciences at a Public University of Tacna

Vanessa Varleth Valle Cohaila[1a], Caroll Johana Uberlinda Lévano Villanueva[1b]
Isabel del Rosario Ayca Castro[1c], Wender Williams Condori Quispe[1c],
Rina María Álvarez Becerra[1d]

[1] Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
[a] Maestro en Políticas y Gestión de Salud
[b] Maestro en Ciencias con Mención en Salud Pública
[c] Maestro en Odontoestomatología
[d] Doctor en Educación con Mención en Gestión Educativa.

Resumen

Objetivo: Determinar el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en docentes de la Facultad de Ciencias de La Salud de una universidad pública peruana. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, transversal y prospectivo, en una muestra de 70 docentes universitarios de ambos sexos de cinco escuelas profesionales de salud de una universidad pública de Tacna en Perú. Los participantes respondieron a un cuestionario online, previo consentimiento informado, de escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Se utilizó estadísticas descriptivas y análisis multivariado de regresión logística binaria. **Resultados:** Los docentes presentaron depresión en un 11,4 %, ansiedad en un 21,4 % y estrés en un 15,7 %. En las mujeres, predominó el nivel moderado para depresión (5,7 %), y estrés (7,1 %), ansiedad leve (7,1 %) y moderado (7,1 %). En los hombres, el nivel de depresión fue leve (2,9 %) y moderado (2,9 %), ansiedad extremadamente severa (4,3 %) y estrés severo (2,9 %). Los docentes con edades de 51 a 60 años, presentaron un promedio más elevado de depresión (Media=2,8; SD=2,91), de ansiedad (Media=2,95; SD=2,46) y de estrés (Media=4,85; SD=4,86) respecto a los otros grupos etarios. Los hombres experimentaron mayor impacto psicológico por la pandemia COVID-19 que las mujeres. La edad y el sexo no son predictores de depresión, ansiedad ni estrés ($p > 0,05$). **Conclusión:** La pandemia por COVID-19 ha ocasionado impacto psicológico negativo en los docentes universitarios de ciencias de la salud, tales como ansiedad, estrés y depresión. No se asocia edad ni sexo en estos eventos.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, estrés, docentes, COVID-19, universidad.

Abstract

Objective: To determine the psychological impact of the COVID-19 pandemic on teachers of the faculty of health sciences of a Peruvian public university. **Materials and methods:** Analytical, cross-sectional and prospective study, in a sample of 70 university teachers from five professional health schools of a public university in Tacna in Peru, of both sexes. The participants answered an online questionnaire, with prior informed consent, of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), descriptive statistics and multivariate binary logistic regression analysis were used. **Results:** Professors presented depression in 11.4%, anxiety in 21.4% and stress in 15.7%. In women, the moderate level prevailed for depression (5.7%), and stress (7.1%), mild anxiety (7.1%) and moderate (7.1%). In men, the level of depression was mild (2.9%) and moderate (2.9%), extremely severe anxiety (4.3%), and severe stress (2.9%). Professors aged 51 to 60 presented a higher average of depression (Mean = 2.8; SD = 2.91), anxiety (Mean = 2.95; SD = 2.46) and stress (Mean = 4.85; SD = 4.86) with respect to the other age groups. Men experienced a greater psychological impact from the COVID-19 pandemic than women. Age and sex are not predictors of depression, anxiety or stress ($p > 0.05$). **Conclusion:** The COVID-19 pandemic has had a negative psychological impact on university health sciences teachers, such as anxiety, stress and depression. Age and sex are not associated with these events.

Keywords: Depression, anxiety, stress, teachers, COVID-19, university

Correspondencia
Caroll Johana Uberlinda Lévano Villanueva
caroll.levano67@gmail.com
DOI: 0000-0002-2183-0631

Recibido: 20.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 10.06.2021

Introducción

La infección por la COVID-19 desde su aparición en China, ha generado en el mundo la adopción de diversas medidas para evitar el contagio y controlar la propagación, debido al riesgo y las consecuencias en la salud que pueden ser leves en muchos casos; sin embargo, se pueden presentar complicaciones graves, especialmente en personas adultas mayores y con alguna comorbilidad (1) , el afrontamiento emocional se ha convertido en pieza clave durante este proceso en la población (2) .

La pandemia ha condicionado cambios en el orden social, económico, político y educativo. En tal sentido, la UNESCO ha determinado la alteración más grave de los sistemas educativos mundiales (3) , la pandemia afectó la educación de más del 90 % de estudiantes en el mundo (4) y obligó al cierre de las escuelas y universidades, lo que afectó a un número sin precedentes de estudiantes (3) .

La enseñanza virtual, se convirtió en una rutina para los estudiantes y docentes, y la escala global y la velocidad de la interrupción educativa actual son nuevas (5) , y si se prolonga, podría ser un disruptor crítico y generar ansiedad e incertidumbre (6).

La pandemia no solo ha tenido implicancias en la salud mental de los discentes, sino también en el profesorado, ya que se reporta una acumulación del nivel de estrés alto en profesores por tener que adaptarse rápidamente para adoptar la modalidad de la enseñanza en línea, además de un aumento de la carga laboral (7) .

En estudios actuales (8) , se reportó que el estrés en los docentes universitarios de Latinoamérica y Europa se encontraron en niveles medio y alto, siendo la adaptación a las TIC (tecnologías de la información y comunicación), el aumento de labores en el hogar y el miedo al contagio, las razones principales en tiempos de COVID-19. En China los docentes presentaron ansiedad (26,07 %), depresión (15 %) y estrés (11,7 %) en la etapa final del bloqueo por la COVID-19 (9); de igual manera, en Colombia los docentes fueron afectados por depresión a causa del confinamiento preventivo, incidiendo más en hombres; específicamente, en los menores de 35 años se encontró depresión moderada a grave y en los viudos depresión grave(10). Alvites (11) refiere una relación entre estrés y condiciones del lugar de trabajo, la carga de trabajo, características de la tarea, desarrollo de la tarea, interacción social, y aspectos organizacionales. Mientras que López de la Cruz (12) reportó que el 46,3 % de los docentes universitarios presentaron cansancio emocional bajo; y el 35,2 %, un nivel alto. Gómez y Rodríguez (13), dentro de los resultados obtenidos, refirieron agotamiento emocional, tensión y saturación de tareas. Los autores concluyeron que los docentes universitarios experimentaron elevados niveles de estrés. Robinet y Pérez (8) revisaron estudios científicos, donde el estrés de los docentes en Europa y Latinoamérica fueron de nivel medio y alto, ellos concluyeron que el estrés en los docentes se asociaba a factores psicosociales como el miedo y la duda. Prada, Gamboa y Hernández (10) determinaron las consecuencias depresivas por el confinamiento preventivo, se presentaron nivel de afectación depresiva de moderado a grave en docentes universitarios, que es relevante generar programas para el bienestar universitario y así disminuir las consecuencias del aislamiento. Du et al (9) , en un estudio realizado en China, reportaron que el 15 % de los docentes evaluados presentaron depresión de moderada a severa, el 26,75 % ansiedad de moderada a severa y el 11,7 % estrés moderado a severo. Ozamiz et al (12)' determinaron que los niveles de estrés, ansiedad y depresión se presentaron en personas con edades entre 18 y 25 años, además que el 11,2 % de los adultos mostraron estrés moderado, seguido del 10,0 % con estrés leve. Huang y Zhao (14) reportaron que la prevalencia significativamente alta de ansiedad generalizada y síntomas depresivos se presentaron en personas con mayor edad.

Becerra (15) en su estudio sobre calidad de vida y estrés laboral en docentes de escuelas de Cajamarca en tiempos de pandemia de COVID- 19 mediante la escala de Estrés en Docentes (ED-6) reportaron da un alto estrés laboral.

En el Perú las medidas de confinamiento, distanciamiento social, la aplicación del sistema virtual de enseñanza (16) , junto con el aumento de la incidencia de contagios COVID-19, y las nuevas formas de desarrollo y de adaptación a los cambios inesperados (8) pueden influir en la salud mental de los docentes y estudiantes universitarios y devenir en estrés, ansiedad y depresión (17)(18).

En el ámbito de la educación superior durante la pandemia, los docentes universitarios enfrentaron estresores laborales intensos, una mayor demanda de concentración y vigilancia para tareas. Esa situación de estrés puede ocasionar síntomas de ansiedad y depresión poniendo en riesgo la salud física y mental de los docentes universitarios (19). Así, la ansiedad al caracterizarse por interpretaciones catastróficas, influye en la capacidad de tomar decisiones y en su comportamiento que por la situación actual puede generar sentimientos de ira, tristeza, pérdida, resentimiento expresada en depresión (20) .

El distanciamiento social impulsó la modalidad no presencial de educación universitaria lo que ha determinado una disrupción de la metodología y en muchos casos una alteración del equilibrio socioemocional. Por ello el objetivo del estudio fue determinar el impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en docentes de la Facultad de Ciencias de la salud para plantear estrategias de mejora del estado de salud mental de cada uno de los y las docentes. Siendo de importancia reconocer cualquier estado de salud que afecte la productividad laboral, impacte en los resultados de la institución, y afecte tanto la seguridad laboral como las posibilidades de éxito en un entorno competitivo; por tanto, todo esto justifica los esfuerzos por entender los factores que lo causan y trabajar en su prevención.

Resulta de especial interés para las instituciones universitarias, el análisis de la problemática del impacto psicológico en tres dimensiones: estrés, ansiedad y depresión en docentes; en consecuencia, esta investigación contribuye en la identificación de factores externos o internos en respuestas conductuales que pueden ocasionarlo y que el cuidado de los mismos generará por ende productividad y eficacia en la enseñanza.

La relevancia de este estudio, se evidencia en que los hallazgos no solo constituyen un aporte para las acciones de "promoción de la salud y prevención de riesgos y daños" de salud mental, para mejorar la calidad de vida en concordancia con la "Política Nacional Multisectorial de Salud Perú, País Saludable" .

Materiales y métodos

Estudio observacional analítico, transversal y prospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 160 docentes nombrados y contratados de ambos sexos de cinco escuelas profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna (Medicina humana, Odontología, Obstetricia, Enfermería y Farmacia).

La muestra comprendió a 70 docentes de ambos sexos, que aceptaron participar del estudio voluntariamente, previo consentimiento informado. Se respetó los criterios éticos según la Declaración de Helsinsky. Se contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna y la autorización para la recolección de datos online en el claustro universitario.
Se aplicó el cuestionario DASS 21 – , para el que se reportó una confiabilidad 0,91. Los datos se analizaron con el software IBM SPSS Statistic versión 26,0. Se utilizó estadística descriptiva y un análisis multivariado de regresión logística binaria.

Resultados

De los 70 docentes participantes en este estudio se encontró que 11,4 % de los docentes presentaron depresión, 21,4 % ansiedad y 15,7 % estrés; en las mujeres predominó el nivel moderado para depresión (5,7 %), y estrés (7,1 %), ansiedad leve (7,1 %) y moderada (7,1 %). En los hombres, el nivel de depresión fue leve (2,9 %) y moderado (2,9 %), ansiedad extremadamente severa (4,3 %) y estrés severo (2,9 %)
(Tabla 1).

Asimismo, se presentó un caso de depresión extremadamente severa en un docente con una edad en el rango de edad de 41 a 50 años (1,4 %). En el grupo de edad de 30 a 40 años prevaleció un nivel de depresión leve (2,9 %) y moderada (2,9 %), en el rango de edad de 51 a 60 años, predominó el nivel leve (2,9 %) y en los docentes con edades de 61 años a más prevaleció el nivel moderado (2,9 %) (Tabla 1).

Por otro lado, respecto a la ansiedad, según grupos de edad, prevaleció en los docentes más jóvenes de 30 a 40 años, un nivel de ansiedad moderado (4,3 %); en el grupo 41 a 50 años un nivel leve (2,9 %); en el grupo de edad de 51 a 60 años, prevaleció el nivel leve (4,3 %) y en los docentes con edad de 61 a más, predominó el nivel de ansiedad leve (1,4 %) y extremadamente severo (1,4 %) (Tabla 1).

Respecto al estrés, según la edad en los docentes de 30 a 40 años se presentó un nivel de leve (1,4 %) y moderado (1,4 %); en el grupo de 41 a 50 años predominó el nivel leve y extremadamente severo en ambos (1,4 %); los docentes de 51 a 60 años presentaron el nivel moderado (7,1 %) y en el grupo de 61 a más prevaleció el nivel severo (1,4 %) (Tabla 1).

Según la edad, los docentes entre 51 y 60 años presentaron un valor promedio más elevado de depresión, estrés y ansiedad; los docentes entre 30 y 40 años mostraron una media de 4,61 (SD 4,61) que presentaron stress; los docentes de 61 a más años presentaron una media de 3,92 (SD 3,4).

El grupo etario que presentó ansiedad con una media de 2,95 (SD 3,75) fue el de 51 a 60 años a diferencia del grupo de edad de 30 a 40 años que presentó una media de 2,35 (SD 1,97). El grupo etario de 51 a 60 años que presentó depresión con una media de 2,8 (SD 2,91) a diferencia del grupo de 41 a 50 años con una media 2,21 (SD 4,46) (Tabla 2). Se halló que los docentes de sexo hombre presentaron un valor promedio más elevado de depresión (hombre: media 3,42 SD 4,49; mujer: media 2,22 SD 2,17); de ansiedad (hombre: media 3,26 SD 5,27; mujer: media 2,29 SD 2,21) y de estrés (hombre: media 5,11 SD 5,6; mujer: media 4,22 SD 3,21) (Tabla 2)

Según el modelo multivariado de regresión logística binaria con fines predictivos (Técnica Enter), los valores que asumen las covariables edad y sexo, no predicen (inclusión de la unidad en el intervalo de confianza) la presencia de stress, ansiedad o depresión ($p>0,05$) en docentes de una universidad pública (Tabla 3).

Tabla 1

Nivel de depresión, ansiedad y estrés del docente según sexo y edad

		Total	Mujer	Hombre	30-40 años	41-50 años	51-60 años	61 a más
		n (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)
Depresión	Leve	4 (5,7)	2 (2,9)	2 (2,9)	2 (2,9)	0 (0,0)	2 (2,9)	0 (0,0)
(11,4%, n=12)	Moderado	6 (8,6)	4 (5,7)	2 (2,9)	2 (2,9)	1 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,9)
	Severo	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)
	Extremadamente severo	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ansiedad								
(21,4%, n=15)	Leve	6 (8,6)	5 (7,1)	1 (1,4)	0 (0,0)	2 (2,9)	3 (4,3)	1 (1,4)
	Moderado	5 (7,1)	5 (7,1)	0 (0,0)	3 (4,3)	0 (0,0)	2 (2,9)	0 (0,0)
	Severo	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)
	Extremadamente severo	3 (4,3)	0 (0,0)	3 (4,3)	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)
Stress								
(15,7 %, n=11)	Leve	2 (2,9)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Moderado	6 (8,6)	5 (7,1)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0,0)	5 (7,1)	0 (0,0)
	Severo	2 (2,9)	0 (0,0)	2 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,4)
	Extremadamente severo	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)

Tabla 2

Media y desviación estándar de depresión, estrés y ansiedad según edad y sexo

Edad		Depresión	Ansiedad	Stress
De 30 a 40	N	23	23	23
	Media(M)	2,39	2,35	4,61
	Desviación estándar	2,35	1,97	2,61
De 41 a 50	N	14	14	14
	Media(M)	2,21	2,43	4,14
	Desviación estándar (SD)	4,46	4,45	5,14
De 51 a 60	N	20	20	20
	Media(M)	2,8	2,95	4,85
	Desviación estándar (SD)	2,91	3,73	4,86
De 61 a más	N	13	13	13
	Media(M)	2,77	2,46	3,92
	Desviación estándar (SD)	2,45	3,48	3,4
Sexo		Depresión	Ansiedad	Stress
Mujer	N=51			
	Media (M)	2,22	2,29	4,22
	Desviación estándar (SD)	2,17	2,21	3,21
Hombre	N=19			
	Media (M)	3,42	3,26	5,11
	Desviación estándar (SD)	4,49	5,27	5,6

Tabla 3

Análisis multivariado para depresión, ansiedad y estrés en docentes de una universidad pública

Depresión		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95 % C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
Paso 1[a]	Edad	0,260	0,358	0,527	1	0,468	1,297	0,643	2,616
	Sexo	1,258	0,792	2,524	1	0,112	3,518	0,745	16,606
	Constante	-4,391	1,656	7,027	1	0,008	0,012		
Ansiedad		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95 % C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
Paso 1[a]	Edad	0,212	0,266	0,638	1	0,425	1,236	0,734	2,081
	Sexo	0,053	0,670	0,006	1	0,937	1,055	0,284	3,918
	Constante	-1,877	1,193	2,474	1	0,116	0,153		
Stress		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95 % C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
Paso 1[a]	Edad	0,301	0,314	0,919	1	0,338	1,351	0,731	2,497
	Sexo	1,123	0,704	2,542	1	0,111	3,074	0,773	12,221
	Constante	-3,913	1,445	7,337	1	0,007	0,020		

Discusión

El presente estudio exploró los síntomas psicológicos adversos mostrados por los docentes en la época de pandemia de COVID-19. En cuanto a los niveles de estrés, ansiedad y depresión, en el estudio actual muestra que existe un alto porcentaje de docentes que presentaron un impacto psicológico, alterando su salud mental. Según resultados del estudio, el 48,5 % de los docentes presentó diferentes niveles de depresión, ansiedad y estrés.En el caso de la depresión predominó el nivel moderado con un 11, 4 %, similar a las investigaciones de Prada et al (10) , Du et al, (9) y Robinet y Pérez (8). En el estudio de Aznar et al realizado antes de la pandemia, la percepción de falta de control de eventos y cambios en el trabajo se asociaron con sintomatología depresiva entre docentes. Estos factores, sin duda, presentes cuando se realizó este estudio junto con otras variables de la pandemia que podrían influir en el estado psicológico como el distanciamiento social, podrían explicar estos niveles de depresión entre los docentes, según Hickie (25).

Así mismo, la depresión no es la sintomatología que más preocupa a los docentes, ya que es algo inferior a los resultados de ansiedad y estrés.

En cuanto a la ansiedad, de los docentes el 21,4 % muestran sintomatología ansiosa, y de estos, la mayoría fueron moderados, similar al estudio Ozamiz-Etxebarria (26) y el estudio de Dosil Santamaría (27) realizado con profesionales de la salud en medio de la primera ola de la pandemia donde también existe un mayor porcentaje de participantes con síntomas ansiosos.

De hecho, la ansiedad ha sido una patología bien estudiada entre los docentes refiere Besser (7) y durante la pandemia se ha demostrado que esta sintomatología es aún más grave.

Además, otro factor que podría explicar la ansiedad, podría ser que durante la pandemia los docentes se han visto obligados a adaptar su enseñanza a modalidades online o semipresenciales y se ha incrementado significativamente el uso de las TIC.

De hecho, investigaciones previas han demostrado que el uso de las TIC puede generar síntomas de ansiedad refiere Cuervo (28) y que para muchos docentes, su comprensión de dicha tecnología está por debajo de los estándares requeridos para enfrentar este nuevo desafío según Schleicher (29).

En cuanto al estrés reportado en el presente estudio fue de 15,7 %, donde los docentes encuestados tuvieron un nivel de estrés moderado, similar al estudio de Becerra (15) y de Du et al (9).

Asimismo, al igual que en el caso de la ansiedad, se observaron niveles de estrés más elevados en comparación con el inicio de la pandemia y los reportados por los profesionales de la salud en medio de la pandemia según Dosil Santamaría y Ozamiz-Etxebarria (27)(30).

Además, la sintomatología del estrés siempre ha estado presente en la profesión docente demostrado por Besser (7) .

Por tanto, niveles elevados de estrés a largo plazo podrían ser muy perjudiciales para la estabilidad del docente, lo que, a su vez, podría repercutir negativamente en la calidad de la enseñanza.

En cuanto a las covariables de edad y sexo ninguna de ellas predicen estrés, ansiedad o depresión por lo que estas condiciones pueden presentarse a cualquier edad y sexo, similar a como lo refleja Ozamiz (30), que los menores de 25 años fueron los más frecuentes con estos padecimientos; por otra parte, Dosil (27) reportó que los mayores de 36 años tuvieron más síntomas depresivos con similares resultados a los del presente estudio, donde la depresión se encontró con mayor frecuencia en el rango de edad de 30 a 40 años.

Los docentes hombres experimentaron niveles mayores de depresión, ansiedad y estrés comparado con las mujeres, dato similar al estudio de Gamboa (10) , realizado en Colombia donde los docentes hombres también resultaron afectados por depresión a causa del confinamiento preventivo. No obstante, también existe la presencia de depresión, ansiedad y estrés en las docentes mujeres de manera similar a lo demostrado en estudios de Huang y Zhao (14) , Gao (31), Lai (32) y Qui (33) .

Se concluye que los docentes con edades de 51 a 60 años presentaron un promedio más elevado de depresión (Media 2,8 SD 2,91), de ansiedad (Media 2,95 SD 2,46 y de estrés (Media 4,85 SD 4,86).

Asimismo, los docentes hombres, experimentaron mayor depresión, ansiedad y estrés que las mujeres. No obstante, las variables edad y sexo, no predicen la presencia de stress, ansiedad o depresión ($p>0,05$) en docentes de una universidad pública.

De acuerdo a los resultados encontrados en el estudio existe la necesidad de una investigación continua que profundice en la salud mental de los docentes universitarios de Ciencias de la salud. Esto aumentaría la posibilidad de proporcionar los recursos adecuados para satisfacer sus necesidades y mitigar los efectos negativos de esta pandemia en su bienestar emocional.

Asímismo, debemos considerar que la situación del estado de salud mental de los docentes tiene influencia en la calidad de enseñanza y el estado emocional de los estudiantes.

Por lo tanto, es importante que se tomen medidas para disminuir los niveles de salud mental hallados en la investigación.

Referencias Bibliográficas

1. Singhal T. Review on COVID19 disease so far. Indian J Pediatr. 2020;87(April):281-6. *https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6*
2. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. Cad Saude Publica. 2020;36(4):1 -10.*https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020*
3. UNESCO. From COVID-19 learning disruption to recovery: A snapshot of UNESCO's work in education in 2020.*https://en.unesco.org/news/covid-19-learning-disruption-recovery-snapshot-unescos-work-education-2020*. UNESCO. GEM 2020: abordar el futuro de la enseñanza y el aprendizaje. 2020.
5. UNITED NATIONS [Internet]. UN News. 2020; March 5. Coronavirus update:290 million studentes now stuck at home. *https://news.un.org/en/story/2020/03/1058791*
6. De Oliveira F, Abrantes L, Martins P, Bezerra C, Rolim M. Impact Of Sars-Cov-2 And Its Reverberation In Global Higher Education And Mental Health. Psychiatry Res. 2020;288(March):112977. *https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112977*
7. Besser A, Lotem S, Zeigler-Hill V. Psychological Stress and Vocal Symptoms Among University Professors in Israel: Implications of the Shift to Online Synchronous Teaching During the COVID-19 Pandemic. J Voice [Internet]. 2020; Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.05.028
8. Robinet-serrano AL. Estrés en los docentes en tiempos de pandemia Covid-19 Stress in teachers in times of pandemic Covid-19. 2020;5(12):637-53. DOI: 10.23857/pc.v5i12.2111
9. Du J, Mayer G, Hummel S, Oetjen N, Gronewold N, Zafar A, et al. Mental health burden in different professions during the final stage of the COVID-19 lockdown in China: Cross-sectional survey study. J Med Internet Res. diciembre de 2020;22(12). DOI: 10.2196/24240
10. Gamboa Suárez AA, Hernández Suárez CA, Prada Nuñez R. Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del Covid-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia. Psicogente. 2020;24(45):1-20. https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4156
11. Alvites-Huamaní CG. Estrés docente y factores psicosociales en docentes de Latinoamérica,

Norteamérica y Europa. Propósitos y Represent [Internet]. 3 de octubre de 2019 [citado 10 de enero de 2021];7(3):141. Disponible en: http://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/393

12. López De La Cruz, E. C. I., Zacarias Ventura , H. Síndrome de burnout en docentes universitarios durante dictado de clases virtuales Burnout Syndrome in University Teachers during Virtual Classes. 2020;11(2):136-41. DOI: https://doi.org/10.37711/desafios.2020.11.2.209

13. Gómez NR, Rodríguez P. Estrés en docentes en el contexto de la pandemia de COVID-19 y la educación, FENOB una - Filial Coronel Oviedo. Divulg Académica UNA FENOB paraguay [Internet]. 2020;1 Edicion:216-34. Disponible en: https://revistascientificas.una.py/ojs/index.php/rfenob/article/view/150

14. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res. 2020;288(March):112954. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112954

15. Becerra R. Estrés laboral y calidad de vida en tiempos de pandemia en docentes de escuelas con quintil 1-Cajamarca [Tesis de licenciatura]. [Cajamarca]: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2020. 125 p. http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1388

16. MINEDU. Orientaciones para la continuidad del servicio educativo no presencial. Rvm 085-2020-Minedu. Lima. Perú; 2020. p. 8. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574842/RVM_N__085-2020-MINEDU.pdf

17. Wenjun C, Ziwei F, Guoqiang H, Mei H, Xinrong X, Jiaxin D, Jianzhong Z. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020;287(March 20, 2020):1-5. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934

18. Ozamiz-Etxebarria N, Berasategi Santxo N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaría M. The Psychological State of Teachers During the COVID-19 Crisis: The Challenge of Returning to Face-to-Face Teaching. Front Psychol. 2021;11(January):1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.620718

19. Santamaria M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Jaureguizar J, Picaza M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Rev Psiquiatr Salud Ment [revista en Internet] 2020 [acceso 20 de octubre de 2020]; S1(20): 3-4. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020;(January):8. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004

20. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):327-34. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419

21. MINSA. Resolución Ministerial N°-030-2020-MINSA. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida. Lima; 2020.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf

22. MINSA. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 [Internet]. Ministerio de Salud Peru. 2020. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/374690/version-preliminar-de-la-politica-nacional-multisectorial-de-salud.pdf

23. Zaira A, Vinet E. Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (daSS – 21):Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. Rev Ter psicológica [Internet]. 2012;30(3):49-55. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005

24. Matud M, García M, Matud M. Estrés y malestar en el profesorado. Int J Psychol Psychol Ther. 2006;6(1):63-76. https://www.redalyc.org/pdf/560/56060104.pdf

25. Hickie I. A medida que comienza la ' fatiga del encierro ', el costo de la salud mental requerirá una respuesta urgente. 2020. p. 1-5.

26. Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga N, Dosil M, Picaza M. Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. Front Psychol. 11(June):1-9. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01491

27. Dosil M, Idoiaga N, Berasategi N, Ozamiz_Etxebarria N. Teachers stress,anxiety and depression at the beginning of the academic year during the COVID-19 pandemic. Glob Ment Heal [Internet]. 2021 [citado 11 de agosto de 2021];14:1-8. https://doi.org/10.1017/gmh.2021.14

28. Cuervo T, Orviz N, Arce S, Fernández I. Technostress in Communication and Technology Society: Scoping Literature Review from the Web of Science. Arch Prev Riesgos Labor. 2018;21(1):18-25. DOI: 10.12961/aprl.2018.21.1.04

29. Schleicher A. The impact of COVID-19 on education: Insights from education at a glance 2020. OECD J Econ Stud [Internet]. 2020;1-31. https://www.oecd.org/education/the-impact-of-covid-19-on-education-insights-education-at-a-glance-2020.pdf

30. Ozamiz: Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiga-Mondragon N. Nivel de estrés, ansiedad y depresión en la primersa fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad Saúde Pública. 36(4). https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020

31. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS One [Internet]. 2020;15(4):1-10. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231924

32. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):1-12. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

33. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. Gen Psychiatry. 2020;33(2):19-21. http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto de la pandemia por COVID-19 en Marketing mix aplicado al servicio odontológico en Tacna

Impact of the COVID-19 Pandemic on the Marketing mix Applied to the Dental Service in Tacna

Mario Gálvez Marquina[1a], Jessica Mendoza Aranzamendi[2b], Yenny Pinto Villar[2c], Irma Villar Augurto[3d]

[1] Antarqui SRL. Tacna, Perú
[2] Facultad de Ciencias Jurídicas y Empresariales, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
[3] Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú
[a] Doctor en Educación
[b] Magíster en Administración de Negocios
[c] Magíster en Gestión Pública
[d] Magíster en Docencia y Gestión Universitaria

Resumen

Objetivo: Determinar la estrategia del marketing mix que usan los cirujanos dentistas de la ciudad de Tacna ante el impacto de la pandemia por COVID-19. **Material y métodos:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico que utilizó la técnica de la entrevista a profundidad a 11 cirujanos dentistas de la ciudad de Tacna en el mes de junio del 2020. La información se recolectó mediante entrevistas telefónicas debido al actual contexto de aislamiento por la pandemia. Los temas abordados fueron las 7p del marketing mix: producto, precio, plaza, promoción, personas, evidencia física y procesos. **Resultados:** Dental surgeons affirmed that dental services suffered a great impact due to the COVID-19 pandemic, which mainly affected the increase in prices of services due to the implementation of the new biosafety protocols; Also, they maintained the strategy of word of mouth advertising as the main means to attract customers and, as a second alternative, virtual media such as social networks. Likewise, they experienced a notable reduction in daily care due to the time it now takes to implement disinfection processes after patient care. The loss of clients from the Chilean market in some cases was offset by greater attention from local clients due to the fact that public health services are partially restricted. **Conclusiones:** El impacto de la por COVID-19 en el marketing mix del servicio odontológico en Tacna ha ocasionado el incremento en los precios, variación en la demanda, la promoción boca a boca como estrategia publicitaria, reducción de personal, inversión en infraestructura y equipos, cambios en los procesos de atención por la implementación de medidas sanitarias.

Palabras clave: cirujano dentistas, marketing mix, COVID-19, servicios odontológicos

Abstract

Objective: determine the marketing mix strategy used by dental surgeons in the city of Tacna in the face of the impact of the COVID -19 pandemic. **Material and methods:** Qualitative study with a phenomenological approach that used the in-depth interview technique with 11 Dental Surgeons in Tacna in June 2020. The information was collected through telephone interviews due to the lockdown due to the pandemic. The topics addressed were the 7p of the marketing mix: product, price, place, promotion, people, physical evidence and processes. **Results:** Dental Surgeons are clear that dental services have suffered a great impact due to the COVID-19 pandemic, which has mainly had an impact on the increase in prices in services due to the implementation of the new biosafety protocols, of the In the same way, they have maintained the strategy of word of mouth advertising as the main means of attracting customers and virtual media such as social networks as a second alternative. Thus, they have also experienced a notable reduction in daily care as a result of the time it now takes to implement disinfection processes after patient care. The loss of clients in the Chilean market in some cases has been offset by greater attention from local clients due to the fact that public health services are partially restricted. **Conclusions:** The impact of COVID-19 in the marketing mix of the dental service in Tacna has caused the increase in prices, variation in demand, word of mouth promotion as an advertising strategy, staff reduction, investment in infrastructure and equipment, changes in the care processes due to the implementation of sanitary measures.

Keywords: COVID-19; dental surgeon; dental services, marketing mix

Correspondencia
Mario Gálvez Marquina
mariogalvez110@gmail.com
DOI: 0000-0002-8948-5520

Recibido: 20.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 10.06.2021

Introducción

A finales del año 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Huawei en China, se reportaron brotes de casos de neumonía grave que se expandieron rápidamente y que era sumamente agresivo en adultos entre 30 y 79 años, alcanzando una letalidad global de 2,3 %.

La enfermedad, conocida como COVID-19 (Coronavirus disease-2019) causado por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), se propagó rápidamente por los países asiáticos llegando, luego, al resto de continentes (1). El 11 de marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al COVID-19 como una pandemia, por consiguiente, muchos países implementaron restricciones para evitar la propagación del virus cerrando sus fronteras, centros educativos y negocios e impidiendo reuniones públicas.

La caída de ingresos de muchos países, que ya tenían dificultades financieras antes de brote de coronavirus, evitó que los estados respondan rápidamente para enfrentar, entender y evaluar el impacto de la pandemia, no solo a nivel la salud, sino también para evitar los efectos negativos de la actividad comercial a nivel empresarial (2).

La pandemia expuso, de manera cruda y real, la situación sanitaria en países como el Perú, evidenciando la falta de material, camas, laboratorios especializados y falta de equipo de seguridad entre muchas cosas más (3), pero no se le debe restar importancia al aspecto económico, pues el confinamiento afectó la economía global.

La OIT (4) estimó que, en el año 2020, se perdieron 8,8 % de horas de trabajo a nivel mundial, lo que equivale a 255 millones de empleos a tiempo completo. A nivel de América Latina y el Caribe, la pérdida fue mayor, elevándose cuatro veces más que aquella que se registró durante la crisis financiera mundial del 2009 y, si bien, se hicieron los esfuerzos para recuperarlos, en el tercer trimestre de 2020, se alcanzó una pérdida del 7,2 % de horas de trabajo.

Para agudizar la crisis, América Latina y el Caribe enfrenta una caída inevitable de inversión que podría disparar el desempleo y cortar la dinámica de demanda y el consumo. Si bien, el Perú, en el 2019, tuvo un crecimiento de 2,2 % de PBI y su deuda estatal era la más baja de la región (26,8 % de su PBI) encontró dificultades económicas luego de años de disciplina fiscal que permitieron acumular ahorros para afrontar planes económicos ambiciosos en pandemia, pero que no dejaron de afectar seriamente a las empresas de servicios en el país (5).

Si bien, a nivel nacional, el confinamiento obligatorio evitó que el mercado interno no consuma servicios, en espacios geográficos fronterizos, como el de Tacna, que tiene una estrecha relación comercial con la región de Arica y Parinacota en Chile, la afectación fue mayor. Se estima que los traslados entre Tacna y Arica llegaban a seis millones y medio al año, de los cuales, las dos terceras partes correspondían a residentes ariqueños que se trasladaban por un período menor a un día para buscar servicios de salud o actividades comerciales o de ocio (6), por ello, se observó un patrón de concentración y aglomeración de comercios y centros médicos en la ciudad de Tacna, localizados alrededor de la Avenida Bolognesi y centro de la ciudad, lo que evidenciaba una mejor dotación de servicios de salud que otra ciudades del país, a pesar de que la visita del consumidor chileno era corta y estaba alentada por el menor costo de servicios en comparación con los de su país (7).

Sin embargo, esta dinámica comercial de Tacna, la hacía susceptible a amenazas externas como las restricciones de tránsito que fueron aplicadas para controlar la pandemia por COVID-19, por consiguiente, los servicios de salud que se brindaban, entre los que estaban los servicios odontológicos, se afectaron seriamente.

Antes de la declaración de estado de emergencia por COVID-19, Tacna era una ciudad que, económicamente, tenía su mayor sustento en el turismo médico. Liberona et al (8) sostienen que los cruces entre Arica y Tacna crecieron rápidamente a partir del año dos mil, pasando de 1´165,000 entradas y salidas diarias a más de seis millones anuales para el año 2016, de los cuales, el 70 % correspondía a residentes de Arica que viajaban a Tacna. La viceministra de Turismo del Perú dio a conocer que para el año 2019 el número de chilenos que visitó Tacna fue de 1´196,000 reduciéndose dramáticamente en el año 2020 con solo 288,390 visitantes, lo que representó un decrecimiento del 75,89 % de visitas (9).

Del total de visitantes chilenos, Liberona et al (8) habían estimado que el 39,60 % lo hacían por turismo médico y, de cada 50 turistas que buscan consultas médicas, 20 cruzaban la frontera por consultas odontológicas. Para Dilla y Álvarez (10) esto se debe a que los servicios tacneños son eficaces para los ariqueños que buscan servicios de bajos costos y sin las demoras que se observan en Arica.

Entre las investigaciones que se han hecho sobre servicios odontológico en Tacna se tiene la de Portugal (11) que concluye que el 76,9 % de dentistas tenían un nivel moderado de conocimientos sobre el COVID-19, asimismo, el 71,4 % de dentistas mujeres presentaban conocimientos insuficientes pero una actitud positiva hacia la enfermedad.

Afrontar la pandemia involucra hacer planes para la reactivación económica de la ciudad, para ello se debe conocer cómo afrontaron los servicios odontológicos la crisis sanitaria y qué acciones realizaron para poder mantener los servicios que brindaban, esto ayudará al desarrollo de planes que abran nuevos mercados y logren que, en el menor plazo posible, se recuperen económicamente las pérdidas luego de la pandemia.

Material y métodos

El desarrollo de la investigación se enmarcó en el enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico, debido a que se realizaron entrevistas que tuvieron por objeto el conocer las experiencias comunes o distintas de los investigados para categorizarlas y exponer las experiencias observadas en base a las 7ps del servicio de odontología. La muestra estuvo constituida por 10 odontólogos de la ciudad de Tacna que brindaban sus servicios antes de la emergencia sanitaria y que, al momento de la investigación, lo continúan haciendo, de tal manera, que pudieron brindar información respecto a la forma en que afrontaron la emergencia sanitaria para continuar brindando su servicio odontológico en la ciudad. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado de preguntas abiertas, el cual se aplicó a través de una entrevista que fue registrada por medio de audio y, la cual, posteriormente fue categoriza para analizar las experiencias comunes o distintas de los entrevistados y llegar a conclusiones que permitan describir el fenómeno investigado.

Resultados

El análisis de los resultados se hizo siguiendo los 7ps del servicio que son: producto, precio, plaza, promoción, personas, evidencia física y procesos.

Producto

El servicio de odontología ha cambiado radicalmente desde que empezó la pandemia, todo ello con el objetivo de minimizar el contagio entre el paciente y el cirujano dentista, ya que son muchas las formas en que puede generarse el contagio.

Aquino (12) indica que este brote es un recordatorio para los odontólogos y demás profesionales de salud a seguir las normas de bioseguridad, ya que la práctica odontológica está expuesta a una gran variedad de microorganismos: esporas, hongos, protozoarios, bacterias y virus como es el caso del SARS-CoV-2. Es por este motivo que el comité de bioseguridad para el cirujano dentista ha añadido una lista de protocolos como barrera de contagio, para los siguientes aspectos: Valoración del paciente, medidas de bioseguridad del personal y paciente, lavado de manos, uso de antisépticos para COVID-19,-medidas en la atención estomatológica, triaje telefónico, indicaciones para la cita, triaje personal, ingreso al centro estomatológico, recepción y sala de espera, lavaderos, consultorios, sala de rayos X.

Los protocolos de bioseguridad rigen mientras dure la emergencia sanitaria, del cual actualmente nos encontramos según Decreto Supremo 009-2021-SA que establece que en lo que respecta a la atención, el protocolo menciona que:

El cirujano dentista solamente atienda urgencias y emergencias o aquellos procedimientos inaplazables (siempre que la demora de los tratamientos pueda suponer un perjuicio para la salud del paciente y ponderando el riesgo-beneficio de la salud del paciente y la salud del profesional).

Los participantes indican que siguen ofreciendo los mismos servicios, y no hicieron mención a solo dar atención de urgencia y emergencia, según lo indicado en el protocolo, pero han observado que algunos servicios han disminuido su demanda desde que se inició la pandemia.
Desde que inicio la pandemia, hemos tenido mayor demanda de servicios invasivos, como, por ejemplo: pulpitis, absceso y endodoncia. Los servicios del tipo estético como ortodoncias han tenido una menor demanda (Cd2).

Los tratamientos del tipo preventivo han disminuido, se ha visto que el paciente viene cuando tiene dolor (Cd4).

Aunque se brinda los mismos servicios, han optado por dar el menor uso posible a la escupidera.
Aunque doy todos los servicios, debo tomar todas las medidas para minimizar el riesgo de contagio de COVID-19, por eso, hemos restringido casi al máximo el uso de escupidera, haciendo un mayor uso del suctor de saliva (Cd4).

Tabla 1

Dem anda de servicios odontológicos

Mayor Demanda	Menor Demanda
Pulpitis	Blanqueamiento
Endodoncia	Implantes
Odontopediatría	Prótesis
Curaciones	Ortodoncia

Nota: Elaboración en base al levantamiento de datos.

Precio

Chávez y Castro (13) sostienen que, en caso de los odontólogos independientes, que en Perú son la mayoría, siendo solo el 12 % dependientes del estado (Dirección General de Personal de la Salud, 2019), son ellos mismos los que asumen los altos costos de la práctica dental.

Según Sigua (14), se estima que los costos de atención odontológica se puedan incrementar de forma importante con base en el aumento de requerimientos de barreras de protección, control sanitario, aumento en el tiempo de atención de cada paciente, restricción en las salas de espera y otras variables.

Gran parte de los cirujanos odontólogos señalaron que, por el aumento del precio de los insumos, tuvieron que subir los precios de sus servicios, a ello se le suma la compra constante

de implementos de bioseguridad, que ahora solamente se les puede dar un solo uso por la pandemia. El aumento del precio osciló en un 20 % y 30 % según lo manifestado.

Se ha incrementado por los materiales que son importados. Ejemplo un tratamiento de S/ 50 soles, se ha incrementado a 70 soles (Cd11).

Se ha incrementado en S/20 soles por material que está en escasez y por el material de desinfección y demás protocolos de bioseguridad.

Algunos de ellos también mencionaron que, aunque en un principio de la pandemia subieron los precios luego los bajaron en algunos servicios.
Subieron al inicio luego bajaron (Cd5).

Los participantes mencionaron que no han presentado dificultades para variar sus precios, es más que los pacientes entendieron el porqué de los cambios en los precios.

Sí, entienden, sobre todo los clientes frecuentes, pero se ha tenido que explicar uno a uno sobre los motivos del incremento (Cd9).

Sí han entendido por que se les explica sobre las medidas de bioseguridad (Cd11).

La gran mayoría de los participantes indicó que la afluencia y preferencia de sus clientes no se enfoca en el precio; por el contrario, radica en la calidad de los insumos que usan, en la paciencia para con los pacientes, en especial, cuando la atención se da a niños y también a la buena atención, lo que incluye no solo la calidad sino la calidez.

Vienen por el tratamiento que yo les doy, mis curaciones tienen 1 año de garantía, incluso vienen de zonas más alejadas como Pocollay, Ciudad Nueva (Od4).

Plaza

La plaza de los servicios odontológicos en Tacna estaba caracterizada por pacientes con perfil definido. En un estudio realizado por Portugal (15) se pudo encontrar que, mayoritariamente, los chilenos que acudían al servicio odontológico en la ciudad eran mujeres (53,1 %), de entre 20 a 39 años (47,4 %), solteras (50,8 %) con ingresos familiares promedios de 500 mil a 1 millón de pesos chilenos (37,2 %) lo que equivale a S/ 2,700 a S/ 5,417 Soles. Asimismo, estableció que el 24 % de pacientes buscaban atención odontológica primaria y restauración dental y el 45,3 % requerían atención recuperativa.

Lamentablemente con el cierre de la frontera, producto del estado de emergencia, los servicios odontológicos se vieron afectados seriamente, pues muchos de ellos tenían como exclusividad la atención a pacientes chilenos quienes tenía la capacidad económica de pagar precios superiores a los que estaban acostumbrados a pagar en el mercado. Por ese motivo, y al no haber ingresos económicos por la falta de atención, un importante porcentaje de odontólogos optó por mudar su consultorio, abandonando la ubicación céntrica que había sido pensada para el mercado chileno y se mudaron a sus domicilios, en los cuales, empezaron a brindar sus servicios obligados a poner su atención en el mercado peruano; muchos, por primera vez, tal como lo manifiesta:
Me tuve que cambiar a mi casa, adaptarla y empezar a pensar en cómo llamar a pacientes de la ciudad (Cd4).

Los que no lo hicieron, fue por miedo a contagiar a sus familiares: Estuve a punto de mudarme, pero no tenía a donde, pensé en mi casa, pero tuve miedo de que mi familia contraiga el COVID-19, así que al final, gastando todos mis ahorros, mantuve el consultorio (Cd7).

Un aspecto importante a tener en cuenta, es que la afectación del servicio se vio con mayor incidencia en aquellos consultorios apostados en las zonas céntricas de la ciudad, sin embargo, aquello consultorios que brindaban el servicio en las zonas periféricas, al tener como principales pacientes a residentes de la ciudad sintieron en menor escala el impacto del cierre de fronteras.

Si bien a los odontólogos de Tacna, el mercado interno siempre les fue menos atractivo, la llegada de la pandemia obligó a que reorientan sus servicios al paciente de Tacna, sin embargo, esto no fue un proceso rápido, sino que fueron incrementando sus atenciones de manera lenta, no solo por las dificultades legales y los impedimentos del Estado para el inicio de las atenciones de ese tipo de servicios, sino que también por la poca o nada promoción que habían realizado al público peruano antes de la pandemia.

El regreso de los pacientes fue muy lento, a pesar de que mantuve el consultorio, no tenía pacientes, porque no me conocían, siempre me promocioné en Arica y descuidé al paciente de Tacna. Asimismo, los entrevistados han manifestado que la llegada de los pacientes se hizo al inicio de manera temerosa, pues temían el contagio de COvid-19, del cual, en ese momento no se tenía mucha información (Cd6).

Promoción

La promoción de los servicios odontológicos en la ciudad, antes de la pandemia, estaba orientada al mercado chileno. Ticona (16) estableció que el 86,5 % de odontólogos que brindaban sus servicios en un distrito de Tacna aplicaban los elementos del marketing, dentro de ellos, la promoción era aplicada en un buen nivel por el 75,7 % y ello, gracias a la promoción de las características de sus servicios. Carrillo (17), por su parte, determinó que, para el 62,9 % de odontólogos de la ciudad, el posicionamiento del mercado debe ser realizado mediante estrategias de promoción, de ellos, el 68,9 % consideraba que esta debe centrarse en

difundir las características del servicio y el 55,3 % consideraba que esta debería estar dirigida a los usuarios frecuentes y al mercado potencial.

Bajo esta perspectiva, se entiende por qué la promoción que realizaban se hacía solo a público chileno, pues, hasta el inicio del estado de emergencia eran sus clientes frecuentes.

Sin embargo, los cambios en el mercado por el cierre de la frontera obligó a que la promoción odontológica se oriente, ahora, hacia el paciente tacneño, pero, a pesar de que se tienen las redes sociales para la promoción, muchos odontológico continúan apostando por la recomendación boca a boca y ello debido a distintos factores: a) el primero, es que muchos consideran que su público objetivo no está tan centrado en las redes sociales como los jóvenes, b) el segundo, es que no tienen la capacitación ni el tiempo para poder realizar esta promoción constantemente, pues, la promoción en redes sociales requiere una constante actualización de contenido para mantenerse vigente y, c) tercero, no cuentan con la evidencia de que pagando por la promoción en redes sociales se vaya a incrementar sus pacientes: Prefiero la promoción boca a boca, a lo máximo he llegado a mandar mensajes por WhatsApp, pero eso quita mucho tiempo (Cd5).

Prefiero la radio, siempre la use antes de la pandemia y espero que todo vuelva a la normalidad para hacer mi campaña por ese medio (Cd6).

Antes de la pandemia utilizaba algo de redes sociales, ahora las he mantenido, pero he tenido que asignarle esa función a una de las asistentes porque quita mucho tiempo, pero creo que es más efectivo el boca a boca (Cd7).

Personal

El servicio profesional odontólogo generalmente está conformado por el cirujano dentistas y un asistente o auxiliar dental quien tiene la función asistir al profesional durante el tratamiento de los pacientes, tomar las acciones para que el equipo y los materiales estén desinfectados en el área clínica y dispuestos en la ubicación correcta, apoyar en las necesidades que pueden generarse durante la consulta médica y también atienden a los pacientes cuando llegan al consultorio.

La Directiva Sanitaria Nro.100/MINSA/2020/DGIESP, inciso 6.5, Disposiciones para el manejo de procedimientos estomatológicos precisa en el tercer párrafo: El procedimiento estomatológico se debe realizar a cuatros manos como medida adecuada para el control de infecciones, es decir, la asistencia al cirujano dentista por parte de un personal de salud capacitado para el manejo de dispositivos estomatológicos con la finalidad de reducir la generación de aerosoles mientras se realice el procedimiento (p. 12).

En la entrevista realizada los profesionales indicaron en un 45 % que tuvieron que prescindir de manera total o parcial de sus asistentes o auxiliares para reducir el riesgo de contagio que implicaba la atención y el 55 % manifestó que aún cuenta con el personal de asistencia.

Por otro lado, en relación a los factores que valoran los clientes y que consideran que son diferenciadores en el servicio brindado son la buena calidad en los materiales, la paciencia, amabilidad, buenos acabados, y en el actual contexto la confianza por las medidas de bioseguridad que se aplican en el servicio.

Evidencia física

En relación a la infraestructura y equipos donde se brinda el servicio odontológico, manifestaron que los consultorios se tuvieron que adaptar para poder instalar el kit de desinfección (pediluvio, gel de manos y panel de instrucciones) al ingreso del establecimiento, adecuación de los ambientes para garantizar un mayor aislamiento entre el consultorio y la sala de espera, así como adecuar medios para una mejor ventilación, reducir el aforo de los pacientes en la sala de espera, incremento de instrumentos como piezas de mano del alta velocidad, equipos de esterilización en autoclave, cubiertas plásticas removibles para cubrir superficies (sillones y equipos) los cuales se tienen que cambiar cada vez que se atiende un paciente.

Se ha tenido que adaptar mamparas y puertas para adecuar el área de atención en condiciones de aislamiento (Cd7).

En la sala de espera se ha instalado las medidas de distanciamiento, los paneles de orientación y el kit de desinfección, se usan cubiertas plásticas removibles para los muebles y equipos del consultorio. Se recomienda al paciente no venir acompañado a menos que sea menor de edad o pacientes que requieran asistencia (Cd8).

Se ha tenido que comprar más juegos de piezas de mano, así como equipos de esterilización (Cd6).

Respecto a las dificultades para adaptarse a los protocolos de bioseguridad establecidos para cirujanos dentistas, en su mayoría manifestaron que estaba centrado básicamente en la inversión y los costos que se ha tenido que realizar y aún se realiza para implementar y mantener dichos protocolos.

En los casos de los profesionales que se han visto obligados a instalar sus consultorios en sus domicilios, ha sido mayor la inversión por cuanto han tenido que adaptar sus ambientes para convertiros en consultorios médicos, ello ha implicado instalar divisores, mamparas, puertas, baños para generar un ambiente aislado y seguro que no ponga en riesgo a sus familias.

Procesos

La Directiva Sanitaria Nro. 100/MINSA/2020/DGIESP sobre Manejo de la Atención Estomatológica en el Contexto de la Pandemia por COVID-19 especifica los procedimientos que se deben seguir antes y durante la atención estomatológica (18).

Los profesionales entrevistados mencionaron las medidas de bioseguridad que toman con sus pacientes al ingresar al consultorio, el cual consiste en realizar el proceso de desinfección de zapatos (spray con amonio cuaternario), desinfección de manos (alcohol en gel), toma de temperatura y llenado del test de triaje. Antes de ingresar al consultorio se le brinda el desinfectante bucal para que realice las gárgaras el mismo que se ejecuta en el baño que esta acondicionado para tales fines.

Las medidas de prevención que adopta el personal (cirujano dentista y asistente) es el lavado de manos, uso del equipo de protección personal (EPP) el cual comprende: doble mascarilla, protector facial, mandilón descartable, doble guantes, gorros descartables, mamelucos u overol y también se le toma la temperatura al ingresar a laborar.

Durante la atención evitan que el paciente use la escupidera, para ellos se usa el aspirador de fluidos y se procura reducir al mínimo la generación del efecto aerosol, en ese caso alguno de los profesionales manifestó usar un protector facial de pedestal de fabricación local.

Entre las dificultades que se han presentado en la atención a los pacientes, destaca el mayor tiempo que conlleva aplicar el proceso de desinfección entre paciente y paciente, lo que ha reducido su capacidad de atención, es decir ahora la cantidad de pacientes se ha reducido por ejemplo si antes de la pandemia se podía atender en promedio entre 8 a 10 pacientes diarios (1 cliente por hora), ahora solo pueden atender hasta entre 3 y 5 pacientes al día en promedio.

El tiempo que conlleva el proceso de desinfección entre paciente y paciente no permite atender la misma cantidad de pacientes que se atendía antes de la pandemia (Cd5).

Discusión

La investigación logró establecer el impacto de la pandemia por COVID-19 con base en el marketing mix aplicado al servicio odontológico en Tacna, en esa línea se estableció:

1) Producto: ha variado la demanda con algunos servicios odontológicos, teniendo mayor demanda los servicios invasivos y menor demanda los preventivos y estéticos.

2) Precio: Los insumos han subido de precios, se ha tenido que aplicar las medidas de bioseguridad disminuyendo la cantidad de pacientes atendidos por día, es decir, si antes atendían entre 8 y 10 pacientes (1 por hora) ahora se ven limitados a atender entre 4 y 5 paciente. Todo esto ha generado que los precios de los servicios odontológicos tengan un incremento. Pese a ello los pacientes han aceptado esta alza en beneficio de su seguridad.

3) Plaza: Sobre la plaza, el mercado ha cambiado drásticamente, ahora el servicio odontológico se enfoca en el mercado interno, el cual, era considerado de bajos ingresos, pero que, ahora, la consideran como la única oportunidad de mantener el servicio hasta que se normalice el flujo de turismo de salud a la ciudad.

4) Promoción: Respecto a la promoción, se ha podido evidenciar que existen diversas dificultades para iniciar promociones usando redes sociales. Los entrevistados aún confían en la promoción boca a boca, entre otras causas por la poca capacitación que tiene para implantarla, el tiempo que deben dedicar a hacerlo y la falta de garantía de que su uso incrementa la afluencia de pacientes.

5) Personas: En relación al personal que participa en la prestación del servicio odontológico en este caso el cirujano dentista y personal de apoyo como el auxiliar o asistente dental; en la mitad de entrevistados se ha registrado una reducción del personal de apoyo como una medida de reducir por la exposición al contagio. Respecto a las cualidades diferenciadoras valoradas por sus clientes respecto al servicio brindado destaca la calidad de los materiales usados, la paciencia, amabilidad y aplicación de los mecanismos de bioseguridad.

6) Evidencia física: Respecto a la infraestructura física y equipos se han tenido que adaptar para cumplir con las medidas de bioseguridad, ello a con llevado la adquisición de equipos de esterilización, mayores instrumentos de mano para facilitar la rapidez en la esterilización, implementación de áreas de desinfección para el cliente, reforzar el aislamiento de los ambientes del consultorio y sala de espera. En los casos de los profesionales que alquilaban un consultorio y tuvieron que mudar los mismos a sus domicilios (para no incurrir en pagos de alquiler) ha implicado invertir en la adecuación de su consultorio para garantizar el mayor aislamiento posible para evitar poner en riesgo a sus familias que allí habitan.

7) Procesos: Los cirujanos dentistas tienen conocimiento de las medidas que deben adoptar para cumplir con la directiva sanitaria en el actual contexto de pandemia. El principal efecto en el proceso de atención ha sido los tiempos de aplicar dichas medidas de bioseguridad entre la atención de un paciente y otro, cuyo tiempo ha generado menor capacidad de atención diaria en relación a la capacidad que tenían antes de la pandemia.

Referencias Bibliográficas

1. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med Lab. 2020; 24(3): 183-205. https://doi.org/10.36384/01232576.268

2. Bullemore-Campbell J, Cristóbal-Franci E. (2021). La dirección comercial en época de pandemia: el impacto del covid-19 en la gestión de ventas. Inf Tecnol. 2021; 32(1): 199-207. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642021000100199

3. Maguiña C. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. Acta Méd Perú. 2020; 37(1): 8-10. http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.929

4. Organización Internacional del Trabajo. Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Séptima edición. 2021. Obtenido de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767045.pdf

5. Rodríguez E, Álvarez A. (2021). América Latina ante la COVID-19, impacto político y económico de una pandemia. Revista Pensamiento Propio. 2021; 52: 45-82. http://www.cries.org/wp-content/uploads/2021/01/007-pinzon-garcia.pdf

6. Palza E. Análisis de la estructura económica regional del espacio bifronterizo Tacna-Arica (2007-2017). Revista Economía y Negocios. 2021; 3(1): 13-28. https://doi.org/10.33326/27086062.2021.1.1038

7. Palza E. Efectos y perspectivas económicas de la presencia del COVID-19 en la región Tacna. Revista Economía y Negocios. 2020; 2(2): 3-13. https://doi.org/10.33326/27086062.2020.2.966

8. Liberona N, Tapia M, Contreras Y. Movilidad por salud entre Arica y Tacna: análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. Revista Geopolítica. 2017; 8(2): 253-278. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6666657

9. Congreso de la República del Perú: La apertura de la frontera con Chile para la reactivación económica de Tacna. Congreso de la República. Lima, 2021. 6 p. https://www.congreso.gob.pe/Storage/tbl_notas_de_prensa/fld_121_PDF_file/1842-y5Lj8Fj8Yu0Op6W.pdf

10. Dilla H, Álvarez C. Arica/Tacna: Los circuitos económicos de un complejo urbano transfronteriza. Revista Diálogo Andino.2018; 57: 99-109. http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812018000300099

11. Portugal A. Conocimiento y actitudes sobre la COVID-119 de los cirujanos dentistas de la provincia de Tacna en el año 2020. Universidad Privada de Tacna. Tacna, 2021.

12. Aquino C. COVID-19 y su repercusión en la Odontología. Rev Cubana Estomatol. 2020; 57(1). ISSN 0034-7507. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072020000100020&script=sci_arttext&tlng=en

13. Chávez M, Castro C. Desafíos de la Odontología Frente a la Pandemia del COVID-19. Int. J. Odontostomat. 2020; 14(3): 325-326. http://www.ijodontostomatology.com/es/articulo/desafios-de-la-odontologia-frente-a-la-pandemia-del-covid-19/

14. Sigua E, Bernal J, Lanata A, Sánchez C, Chessa J, Haida Z, Olate S, IWAKI FILHO, L.. COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica. Int. J. Odontostomat. 2020; 14(3): 299-309. http://www.ijodontostomatology.com/wp-content/uploads/2020/04/2020_v14n3_007.pdf

15. Portugal G. Perfil de demanda odontológica del turista chileno y su relación con las expectativas de la atención privada en la ciudad de Tacna, año 2019. Universidad Privada de Tacna. Tacna, 2019.

16. Ticona U. Elementos del marketing aplicado por odontólogos de consulta privada en el Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2015. [Tesis de título profesional]. [Tacna]: Universidad Jorge Basadre Grohmann. Tacna, 2016. http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2255.163P

17. Carrillo M. El marketing relacional y la satisfacción de los clientes del Centro Odontológico Especializado Tejada, periodo 2015. Universidad Privada de Tacna, Tacna, 2016.

18. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria Nro. 100/MINSA/2020/DGIESP Manejo de la atención estomatológica en el contexto de la pandemia por COVID-19. 2020. Obtenido de Ministerio de Salud: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/716209/DIRECTIVA_SANITARIA_N_100-MINSA-2020-DGIESP.pdf

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia de la estigmatización hacia enfermedades mentales en estudiantes de medicina de una universidad pública de Tacna

Prevalence of Stigmatization Towards Mental Illnesses in Medicine Students at a Public University in Tacna

Flor Araca Condori[1a], Cristian Mamani Paye[1a], Gerald Ramos Guevara[1a], Adriana Gomez Pimentel[1a], Esperanza Evelyn Ramirez Alanoca[1a], Esperanza Evelyn Ramirez Alanoca[1a], Diana Huanco Apaza[1b]

[1]Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú
[a]Estudiante de Medicina Humana
[b]Doctora en Salud Pública

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de la estigmatización hacia enfermedades mentales en estudiantes de medicina humana de una universidad pública de Tacna en Perú. **Metodología:** Estudio observacional y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 110 estudiantes de medicina humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre, los datos se recogieron en enero del 2021 mediante una encuesta virtual, empleando el cuestionario CAMI, previo consentimiento informado. Los datos se analizaron en el software STATA versión 16. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** La prevalencia de la estigmatización hacia enfermedades mentales en estudiantes de medicina fue de 98,2 % en un nivel medio, 1,8 % en nivel bajo y no se encontraron resultados en un nivel alto. La mitad de los participantes eran hombres (52,7) %, de los cuales el 54,1 % tenían entre 20 a 24 años, y 37,3 % manifestaron conocer a una persona cercana con algún tipo de enfermedad mental diagnosticada. Según dimensión, el 91,8 % se encontró en un nivel medio de autoritarismo, 54,6 % en un nivel bajo de benevolencia y 53,6 % en un nivel de restricción social, por último, el 55,4 % en nivel alto de ideología. No se relaciona la edad o año de estudio con el grado de estigmatización. **Conclusión:** La prevalencia de estigmatización hacia enfermedades mentales en estudiantes de medicina es moderado, no se observaron factores asociados como género, ni año de estudios; es decir, que haber llevado los cursos de psiquiatría y salud mental no influyen en las actitudes estigmatizantes de los estudiantes.

Palabras clave: estigmatización, enfermedad mental, estudiantes de medicina, salud mental

Abstract

Objective: To determine the prevalence of stigmatization towards mental illnesses in human medicine students from a public university in Tacna, Peru. **Methodology:** Observational and descriptive study. The sample consisted of 110 human medicine students from the Jorge Basadre National University, the data was collected in January 2021 through a virtual survey, using the CAMI questionnaire, with prior informed consent. Data were analyzed using STATA version 16 software. Descriptive statistics were used. **Results:** The prevalence of stigmatization towards mental illnesses in medical students was 98.2% at a medium level, 1.8% at a low level and no results were found at a high level. The 52.7% students were men, 54.1% were between 20 and 24 years old, and 37.3% said they knew a close person with some type of diagnosed mental illness. According to dimension, 91.8% were found to be at a medium level of authoritarianism, 54.6% at a low level of benevolence and 53.6% of social restriction and 55.4% at a high level of ideology. The age or year of study is not related to the degree of stigmatization. **Conclusion:** The prevalence of stigmatization towards mental illnesses in medical students is moderate, no associated factors such as gender or year of studies were observed, that is, having taken psychiatry and mental health courses does not influence the stigmatizing attitudes of students.

Keywords: Stigmatization, mental illness, mental health, medical students

Correspondencia
Flor Araca Condori
faracac@unjbg.edu.pe
DOI: 0000-0001-7872-1578

Recibido: 15.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 30.05.2021

Introducción

La estigmatización hace referencia a los actos de exclusión, estereotipos o prejuicios que ocasionan una autoestima carente, así como una menor calidad de vida, agregando su baja participación en grupos sociales y su desconfianza en el tratamiento hacia sus trastornos, ya sea por temor a que los demás sepan que lidia con una enfermedad mental o por miedo a nunca solucionar su problema (1). Se ha analizado que en Latinoamérica prevalece las enfermedades mentales en una cantidad considerable, además, se ha comprobado que representa un gran peso para quienes las experimentan (2).

Un análisis reportado por la Organización Mundial de la Salud refiere que el 7,5 % de la población mundial presenta algún trastorno mental o de conducta (3). Por otro lado; estudios en México encontraron que personas entre 18 y 65 años de edad, según los criterios de diagnóstico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 basadas en las tasas de prevalencia de vida, presentan cualquier trastorno psiquiátrico (23,4 %); cualquier trastorno de ansiedad (8,3 %); cualquier trastorno afectivo (9,1 %); y por abuso de sustancias (11,8 %) (4).

En estudios internacionales se ha encontrado que la prevalencia de estigma hacia enfermedades mentales en profesionales de la salud; fue de 43 % en España (6) y de 24,4 % en Canadá (7). Por otro lado, un estudio en Madrid concluyó que un 81,8 % de estudiantes de medicina refirió una actitud positiva hacia las enfermedades mentales (8); y en China, al examinar el estigma de los estudiantes de medicina de diferentes niveles de formación, refirieron que la educación no aumentó las actitudes no estigmatizadoras y los estudiantes con experiencias más individuales tuvieron actitudes menos estigmatizadas (9). Fletcher (10), en un estudio en estudiantes la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo México, encontró que 36 % de los participantes percibieron que tenían una condición de salud mental antes de la escuela de medicina, 47 % notó un empeoramiento general de su salud mental a lo largo de su formación médica, lo cual revelaba el miedo a la estigmatización, el miedo a las repercusiones y la creencia de que la divulgación de una enfermedad mental es irrelevante fueron las principales razones para la no divulgación.

En el Perú, de acuerdo al Plan Anual de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchui" de 2019, la prevalencia de algún trastorno psiquiátrico según la Clasificación Internacional de las Enfermedades-10 durante el periodo 2002-2013 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra rural, Selva rural y trapecio andino I y II, según ciudad, tiene un promedio nacional de 20,7 %, donde Lima (2002) representa el 26,5 %, siendo el departamento con mayor porcentaje, e Iquitos rural 8,1 % el departamento con menor porcentaje. Asimismo, el departamento de Tacna (20,2 %) presenta un porcentaje similar al promedio nacional (5).

A nivel nacional, se encuentran pocos artículos acerca de la prevalencia de estigma hacia pacientes con enfermedad mental. Asimismo, el Dr. León del hospital de salud mental Hermilio Valdizán reportó que el estigma y la intolerancia han aumentado durante las últimas décadas (11). No hemos encontrado ningún estudio del estigma hacia las enfermedades mentales en estudiantes de medicina a nivel nacional.

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de la estigmatización hacia las enfermedades mentales en estudiantes de medicina humana en una universidad pública de Tacna en Perú, con el propósito de generar una evidencia científica, para que pueda ser utilizado como referente en diferentes estrategias o programas antiestigma (12,13).

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional y descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por todos los estudiantes matriculados en el segundo semestre del año académico 2020 de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. La población cuenta con aproximadamente 200 estudiantes.

Se seleccionó una muestra de 110 estudiantes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado, se excluyeron estudiantes que se encontraron con licencia de salud y que no asistían a clases, estudiantes que reservaron su matrícula, y cuestionarios que no estuvieron llenados completamente.

Los datos fueron recogidos mediante una encuesta virtual anónima, previo consentimiento informado, durante los meses de enero y febrero de 2021, empleando el cuestionario *Community Attitudes towards Mental Illness* (CAMI) presentado en Google forms. El cuestionario CAMI (14) fue previamente validado y traducido al castellano (15), consta de 40 ítems fácilmente comprensibles que exponen situaciones relacionadas con personas con enfermedades mentales. Los estudiantes respondieron de forma sincera, mostrando su acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones planteadas.

Los ítems se agruparon en 4 subescalas para su interpretación, estas fueron: a) autoritarismo, en este grupo se evaluaron las actitudes de superioridad de los encuestados hacia las personas con trastorno mental, b) benevolencia, donde se miden las actitudes de acogida y simpatía hacía la persona con enfermedad mental, que podría llegar a desembocar en el paternalismo, c) restricción social, aquí se incluyen las percepciones de peligrosidad de la persona con patología mental que provocan la necesidad de aislarlo tanto física como socialmente, e d) ideología, en este grupo se evalúan las creencias de la reinserción social de la persona en la comunidad. Cada subescala tuvo diez ítems, de los cuales cinco obtuvieron una declaración positiva y cinco una declaración negativa. Los ítems fueron puntuados mediante la

escala de Likert donde totalmente de acuerdo equivale a cinco puntos y totalmente en desacuerdo equivale a un punto. Los ítems con declaración positiva fueron codificados a la inversa.

La calificación del instrumento (CAMI) se interpretó de la siguiente manera: el nivel bajo presentó una puntuación entre 148 a 200; el nivel medio, entre 94 a 147; y el nivel alto, entre 40 a 93 puntos. Por otro lado, se evaluó por cada dimensión, donde el nivel bajo, de 38 a 50 puntos, nivel medio de 24 a 37 puntos y nivel alto de 10 a 23 puntos. Las puntuaciones más altas indicaron menos actitud de estigma contra las personas con enfermedades mentales.

La información obtenida se ingresó, procesó y analizó en el software Excel, donde se realizó un control de calidad y se depuraron los datos inconsistentes. Los datos disponibles fueron codificados y finalmente exportados al STATA versión 16 donde se realizó el análisis. Se presentan tablas con frecuencias absolutas y relativas acumuladas. Asimismo, se analizó de forma individual la media y desviación estándar de cada ítem para un mejor estudio del cuestionario.

Se conservó la confidencialidad de los participantes y se solicitó el consentimiento informado como condiciones éticas de esta investigación.

Resultados

Las características sociodemográficas de los 110 estudiantes de medicina humana nos revelan que un 52,73 % fueron hombres, 54,13 % se situaban entre los 20 a 24 años, con una media de 21,64 años ± 2,89, y 37,27 % manifestaron conocer a una persona cercana con algún tipo de enfermedad mental diagnosticada (Tabla 1).

La prevalencia de la estigmatización hacia enfermedades mentales en estudiantes de medicina fue de 98,2 % en un nivel medio, 1,8 % en un nivel bajo y no se encontraron resultados en un nivel alto. Según el análisis por dimensiones, respecto a autoritarismo se observó que la mayoría de estudiantes se encontraba en un nivel medio con un 91,8 %. En benevolencia, se muestra que un 54,6 % de los estudiantes presentaba un nivel bajo y el 45,4 % presentaba un nivel medio.

En la dimensión de restricción social los datos, se reportó que el 53,6 % de los estudiantes se encontraba en un nivel bajo y el 46,6% en un nivel medio.
Asimismo, en las dimensiones de benevolencia y restricción social no se encontraron niveles altos de estigmatización. En ideología; encontramos que el 55,4 % de los encuestados estaban en un nivel alto; y el 44,6 %, con un nivel medio. Destacando esta dimensión por el porcentaje significativo en el nivel alto comparado a las otras dimensiones (Tabla 2).

Se realizó la agrupación de ítems de acuerdo a las dimensiones; en los ítems referidos al autoritarismo. la media del puntaje fue 32, los estudiantes estuvieron más de acuerdo en manifestar que la mejor forma de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave y prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental (Tabla 3).

En cuanto a benevolencia la media del puntaje fue de 38,2; los estudiantes manifestaron estar totalmente de acuerdo en pensar que gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público y que las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión (Tabla 4).

Respecto a la dimensión restricción social, la media del puntaje fue de 23,4; la mayoría de los alumnos estuvieron en desacuerdo con el ítem de: nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales en su barrio y que no debería negarse los derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales (Tabla 5).

Respecto a la dimensión ideología, la media del puntaje fue de 21,1; los estudiantes estuvieron de acuerdo con el hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo entre la comunidad puede ser una buena terapia para ellos, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes (Tabla 6).

En la Tabla 7 se muestra que el 98,2 % de los estudiantes de medicina presentaban un nivel medio de estigmatización hacia las enfermedades mentales, y el 1,8 % un nivel bajo. En lo referente al género, los hombres presentaron mayor estigmatización que las mujeres con un porcentaje de 51,8 % y 46,4 % respectivamente. Según año de estudio, se encontró que todos los años presentan un nivel medio de estigmatización, con una prevalencia por encima del 90 %. Asimismo, no se encontraron niveles altos de estigmatización en ninguno de los años participantes.

Tabla 1

Características sociodemográficas de estudiantes de medicina.

Características	*n* =110	%
Edad	X= 21.64	DS= 2.89
16 a 19	31	28,44
20 a 24	59	54,13
25 a más	19	17,43
Sexo		
Mujeres	52	47,27
Hombres	58	52,73
Año de estudio		
Primero	21	19,09
Segundo	29	26,36
Tercero	16	14,55
Cuarto	6	5,45
Quinto	10	9,09
Sexto	19	17,27
Séptimo	9	8,18
Conoce a alguien cercano con trastorno mental		
si	41	37,27
no	69	62,73

Tabla 2

Prevalencia de estigmatización por niveles en los estudiantes de medicina humana

Dimensiones	Niveles						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Autoritarismo	7	6,4	101	91,8	2	1,8	110	100 ,0
Benevolencia	60	54,6	50	45,4	0	0,0	110	100 ,0
Restricción Social	59	53,6	51	46,6	0	0,0	110	100 ,0
Ideología	0	0,0	49	44,6	61	55,4	110	100 ,0
Total	2	1,8	108	98,2	0	0,0	110	100,0

Tabla 3

Prevalencia de estigmatización en estudiantes de medicina humana en la dimensión autoritarismo

Item	Media	Ds
Autoritarismo	32	
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.	2,66	0,99
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.	3,15	1,18
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de personas normales.	2,92	0,94
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.	1,96	1,04
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.	2,78	0,87
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.	3,98	1,06
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.	**4,18**	0,90
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.	2,77	0,93
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.	3,19	1,06
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.	**4,10**	0,96

Tabla 4

Prevalencia de estigmatización en los estudiantes de medicina humana en la dimensión benevolencia

Benevolencia	38,2	
2.Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.	4,09	0,76
6.Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la Sociedad.	3,50	0,91
10.Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo	3,89	0,77
14.Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.	**4,31**	0,68
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.	3,06	1,42
22.Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.	3,84	0,83
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.	3,47	0,93
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.	**4,32**	0,76
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.	3,97	0,76
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.	3,71	0,89

1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo

Tabla 5

Prevalencia de estigmatización en los estudiantes de medicina humana en la dimensión restricción social

Restricción social	23,4	
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad	2,17	0,92
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.	2,88	0,89
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.	2,01	0,77
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.	**1,80**	0,83
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.	2,46	0,92
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.	2,34	0,85
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.	2,31	0,89
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.	**1,96**	0,81
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.	2,39	0,85
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en personas que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.	3,07	0,76

1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo

Tabla 6

Prevalencia de estigmatización en los estudiantes de medicina humana en la dimensión restricción social

1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo

Ideología	21,1	
4.La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.	2,30	0,83
12. Siempre que sea posible, los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a la comunidad a través de centros.	1,80	0,69
20. Los pobladores deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.	2,05	0,90
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los pobladores.	2,47	0,91
36. Los pobladores no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental	2,28	0,90
8. Crees que la ubicación de servicios de salud mental degrada tu barrio.	1,85	0,80
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo entre la comunidad puede ser una buena terapia para ellos, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.	**3,11**	0,91
24. Los pobladores tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.	2,22	0,83
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera del centro poblado.	2,32	0,82
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en centros poblados.	2,39	0,90

Tabla 7
Prevalencia de estigmatización por niveles en los estudiantes de medicina humana de según género y año de estudio

Género	Nivel					
	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Género						
Masculino	0	0,0	57	51,8	0	0,0
Femenino	2	1,8	51	46,4	0	0,0
Año estudio						
Primero	1	4,8	20	95,2	0	0,0
Segundo	0	0,0	29	100 ,0	0	0,0
Tercero	0	0,0	16	100 ,0	0	0,0
Cuarto	0	0,0	6	100 ,0	0	0,0
Quinto	1	10 ,0	9	90 ,0	0	0,0
Sexto	0	0,0	19	100 ,0	0	0,0
Séptimo	0	0,0	9	100 ,0	0	0,0
Total	2	1,8	108	98,2	0	0,0

Discusión

Tras el análisis de los datos obtenidos, los resultados mostraron que casi la totalidad de los estudiantes de medicina presentaron un nivel medio de estigmatización hacia las enfermedades mentales. Asimismo, no se observaron factores asociados al género, ni año de estudios.

En el análisis por dimensiones, en autoritarismo se observó que la mayoría de estudiantes se encontraba en un nivel medio, lo cual nos indica la presencia de actitudes de superioridad hacia las personas con trastorno mental. En benevolencia, en su mayoría presentan un nivel bajo y medio de actitudes de acogida y simpatía hacía la persona con enfermedad mental. En la dimensión de restricción social, se encuentran en un nivel medio; lo que indica que si presentan percepciones de peligrosidad de la persona con patología mental que provocan la necesidad de aislarlo tanto física como socialmente. En ideología, la mayoría de estudiantes se encontraba en un nivel alto y medio, en la cual se evalúa las creencias de la reinserción social de la persona en la comunidad.

Comparando estudios, según Zhu et al (9) una actitud estigmatizante es menor cuando los estudiantes presentan experiencias más individuales, contradiciéndose con nuestro estudio, ya que el 37,3 % afirma conocer a alguien cercano con trastorno mental, lo que no se ve reflejado en los resultados obtenidos, debido a que nuestra población presenta un nivel de estigmatización medio en la mayoría de estudiantes.

En un estudio en Portugal (16), se encontró que las medias más altas fueron en la dimensión de restricción social (38,01), y las más bajas fueron en autoritarismo (36,13), datos que discrepan con nuestro estudio, debido a que se encontró que las medias más altas en la subescala de benevolencia (38,16) y las más bajas se mostraron en restricción social (21,1), estos datos determinan que los estudiantes de Portugal, poseen un nivel alto de estigmatización hacia las enfermedades mentales, lo que indica que los cursos de psiquiatría y salud mental no influyen en las actitudes estigmatizantes de los estudiantes.

Por otro lado, debido a las diferencias entre la metodología de los estudios, es difícil comparar los resultados de las poblaciones de estudiantes de todo el mundo. Por ejemplo, en un estudio en Madrid (8), se encontró que el 81,8 % refirieron una actitud positiva hacia la enfermedad mental, y en Australia y Ghana (17) se encontró que los universitarios australianos mostraron actitudes más positivas hacia las enfermedades mentales y niveles más bajos de estigma en comparación con los universitarios de Ghana, estas cifras no son comparables a nuestro estudio debido a que la medida es distinta, ya que en nuestro estudio se trabajó con niveles de estigmatización y en los estudios previamente mencionados se hicieron referencia a una actitud positiva o negativa en los estudiantes.

En nuestro estudio, existe una similitud de estigmatización con un nivel medio entre los diferentes años de estudios, todos por encima del 90 %; sin embargo, como partida de porcentajes, el primer año tuvo un 95,2 % y el quinto año mostró un porcentaje mínimo, siendo el año en que llevan a cabo los estudiantes el curso de psiquiatría y salud mental; según Telles (16) este bajo porcentaje y corto periodo, es debido a que el curso fue tomado indirectamente como un módulo antiestigma sobre la salud mental hasta terminado el curso.

Asumiendo que los estudiantes de último año mostrarían mejores actitudes que los estudiantes más jóvenes, Telles (16) muestra que las mejores actitudes obtenidas se pierden e incluso empeoran en los estudiantes después de llevar el curso, según Zhu (9), los niveles de formación presentan poco efecto en la actitud del estudiante, observándose un aumento hasta el 100 % tanto en sexto como en séptimo año.

Por otro lado, en comparación con un estudio realizado en profesionales de salud, en un hospital de Ancash (18), se encontró que el nivel medio de autoritarismo y nivel alto de ideología no incrementa durante la formación profesional de los estudiantes, sin embargo, las dimensiones de benevolencia y restricción social incrementan considerablemente.

La bibliografía consultada ya sugería las diferencias de género en la concepción del estigma (19), en nuestro estudio podemos apoyarnos en esta afirmación, debido a que el género masculino presentó más estigma que el femenino.

Respecto al análisis según año de estudio, Luo et al (20) explican que podría existir una diferencia de estigmatización al momento de adquirir conocimiento y al ser más conscientes de las condiciones de un paciente con trastornos mentales, sin embargo, en sus resultados mostraron niveles comparativamente bajos de aceptación social de las personas con enfermedades mentales en China, considerando que, en su estudio participaron residentes de psiquiatría. Por otro lado, Sandhu et al (21) concluyeron que una persona presenta cierto nivel de estigmatización según la teoría de que a una mayor

educación y experiencia con enfermedades mentales; una mayor reducción del estigma. En nuestro estudio no existe una diferencia significativa respecto al nivel de educación, ya que los estudiantes de primer a séptimo año presentaron el mismo nivel de estigmatización (más del 90 %)

Nuestro estudio cuenta con ciertas limitaciones, la principal dificultad fue la baja disposición de la población de estudio, debido a que esta se encontraba ocupada en sus clases virtuales. Por ello, se considerará ampliar la muestra en posteriores estudios para aportar resultados más representativos. Asimismo, durante la redacción se observó la escasez de trabajos previos a nivel nacional y local.

El estudio también posee fortalezas. Debido a la ausencia de estudios locales, nuestro estudio servirá como futura evidencia científica donde se mide la prevalencia de la estigmatización hacia las enfermedades mentales en estudiantes de medicina y ayudará a programas antiestigma.

En conclusión, se encontró que los estudiantes de medicina presentan estigmatización hacia las enfermedades mentales, en un nivel medio; asimismo, los años superiores a pesar de tener más conocimiento acerca de enfermedades mentales por los cursos que llevan en carrera, mantienen un estigma de nivel medio en su mayoría, cuando se esperaba que tuvieran menos actitudes estigmatizadoras.

Este estudio además de mostrar la existencia de estigma hacia las enfermedades mentales en estudiantes de medicina, pretende mostrar que pese a que los estudiantes de medicina reciben cursos relacionados a la salud mental, siguen presentando un grado de estigmatización que no ha cambiado a pesar de sus años de estudio, por ello, se recomienda a las escuelas de medicina, realizar capacitaciones a los estudiantes y egresados en salud con respecto al estigma hacia las personas con problemas mentales, con el fin de atender de una mejor manera a futuros pacientes con alguna enfermedad mental.

Referencias Bibliográficas

1. Yang L, Valencia E, Alvarado R, Link B, Huynh N, Nguyen K, Morita K, Saavedra M, Wong C, Galea S, Susser E. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. Cad Saude Colet 2013;21(1):71-79. doi: 10.1590/s1414-462x2013000100011. PMID: 23990755; PMCID: PMC3753780

2. Minoletti A, Galea S, Susser E. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. Public Health Rev 2013;34(2):1-23. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03391681.pdf

3. Organization World Health, Invertir en salud mental, Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. ISBN: 978-92-4-356257-5.

4. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2010;28(2):183-4. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000200011

5. Saavedra J. Plan Anual de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchui". 2019. http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dirfun/2019/RDN%C2%B0196-2019.pdf

6. Gil H, Winter M, León P, Navarrete E. El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. Norte de salud mental. 2016;14(55)103-111. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836868

7. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Bulloch AG, Charbonneau M, Gautam M, Moss P, Abbey S, Stuart H. Perceived stigma among recipients of mental health care in the general Canadian population. Can J Psychiatry. 2016; 61(8):480- 8. https://doi.org/10.1177/0706743716639928

8. Gilaberte I, Failde I, Salazar A, Caballero L. Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. Educ. méd. [Internet]. 2012 [citado 2020 Dic 10]; 15(4): 227-233. https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n4/original3.pdf

9. Zhu Y, Zhang H, Yang G, Hu X, Liu Z, Guo N, He H, Sun B, Rosenheck R. Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma. Asia Pac Psychiatry. 2018; 10(2): e12294. DOI: 10.1111 / appy.122. Fletcher

10. I, Castillo M, Scarpa A, Myers O, Lawrence E. An exploration of medical student attitudes towards disclosure of mental illness. Medical Education Online 2020; 25(1): 1727713. DOI: 10.1080/10872981.2020.1727713

11. Leon H. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. 2005; 6(1):33-42. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/4-ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf

12. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. 2015; ISSN: 0185-3325, 53-58. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56982Fuente

13. Martínez C, Sánchez V, Sales-Orts R, Dinca A, Richart M, Ramos-Pichardo JD. Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. Int J Ment Health Nurs. 2019 Jun;28(3):735-43. https://doi.org/10.1111/inm.12578

14. Taylor S, Dear M. Scaling community attitudes toward the mentally Ill. Schizophr Bull. 1981;7(2):225–40. https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225

15. Sastre-Rus M, Montes-Hidalgo J, Lluch-Canut T, García-Lorenzo A y Tomás-Sábado J. Adaptación y validación preliminar de la forma española de la escala cami-s (community attitudes towards mental illness) Rev Enferm Salud Ment. 2018;10:5-13 doi: 10.5538/2385-703X.2018.10.5

16. Telles-Correia D, Marques JG, Gramaça J, Sampaio D. Stigma and attitudes towards psychiatric patients in portuguese medical students. Acta Médica Port. 2015; 28(6): 715-9. https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6231

17. Lyons Z, Laugharne J, Laugharne R, John Appiah-Poku. Stigma towards mental illness among medical students in Australia and Ghana. Acad Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. 2015; 39 (3): 305-8. DOI: 10.1007 / s40596-014-0147-2

18. Chávez A. Estigma hacia personas con problemas mentales en profesionales de salud en hospitales MINSA de la provincia Del Santa, 2020. [Bach]. Universidad Nacional Del Santa; 2020. http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/3533

19. Federación de asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental de Galicia. FEAFES Galicia [Internet]. 2010 [consultado 3 Abr 2019]. http://feafesgalicia.org/

20. Luo A, He H, Mohamed S, Rosenheck R, et al. Medical student attitudes towards people with mental illness in China: A Qualitative Study. Culture, Medicine and Psychiatry; 2018, 3:42, 535-551. DOI: 10.1007/s11013-018-9568-9.

21. Sandhu HS, Arora A, Brasch J, Streiner DL. Mental health stigma: Explicit and implicit attitudes of Canadian undergraduate students, Medical School Students, and Psychiatrists. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. marzo de 2019;64(3):209-17. Doi: 10.1177/0706743718792193

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

REPORTE DE CASO

Neurotoxoplasmosis en paciente con coinfección de tuberculosis y VIH

Neurotoxoplasmosis in a Patient With Coinfection of Tuberculosis and HIV

Raúl Darío Gómez Ortiz1[ab], Luis David Ray Calderón Gerónimo[1a]

[1] Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, Perú

[a] Médico Cirujano

[b] Médico Cirujano con especialidad en Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Resumen

La bacteria *Mycobacterium tuberculosis* es el principal agente etiológico de la tuberculosis (TB) en pacientes inmunosuprimidos (TB), además, es una de las principales causas infecciosas de muerte en adultos en todo el mundo. El huésped humano sirve como reservorio natural de *M. tuberculosis*. La tuberculosis se transmite por la inhalación de gotitas de aerosol que contienen *M. tuberculosis* que se depositan en los pulmones progresando a enfermedad activa o latente, local o diseminada. El paciente infectado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tiene mayor probabilidad de desarrollar tuberculosis pulmonar o diseminada aumentando la morbimortalidad en este grupo de pacientes. El MINSA reporta una tasa de incidencia de casos nuevos de tuberculosis por cien mil habitantes en 63,2 y 36,8 para los casos de TBC pulmonar frotis positivo a nivel nacional, donde Tacna es considerada dentro de las regiones de mayor incidencia de tuberculosis a nivel nacional. Se reporta un caso de paciente de 23 años, atendido en el área diferenciada de aislamiento en el servicio de Medicina del Hipólito Unanue de Tacna, con diagnóstico de Neurotoxoplasmosis en el contexto de coinfección de Meningitis Tuberculosa y VIH.

Palabras clave: neurotoxoplasmosis, meningitis tuberculosa, VIH

Summary

The bacterium *Mycobacterium tuberculosis* is the main etiological agent of tuberculosis (TB) in immunosuppressed patients (TB), in addition, it is one of the main infectious causes of death in adults worldwide. The human host serves as a natural reservoir for *M. tuberculosis*. Tuberculosis is transmitted by inhalation of aerosol droplets containing *M. tuberculosis* that settle in the lungs, progressing to active or latent, local or disseminated disease. Patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV) are more likely to develop pulmonary or disseminated tuberculosis, increasing morbidity and mortality in this group of patients. The MINSA reports an incidence rate of new cases of tuberculosis per one hundred thousand inhabitants in 63,2 and 36,8 for cases of smear-positive pulmonary tuberculosis at the national level, where Tacna is considered within the regions with the highest incidence of tuberculosis in Nacional level. A case of a 23-year-old patient is reported, treated in the differentiated isolation area at the Hipólito Unanue Medicine Service in Tacna, with a diagnosis of Neurotoxoplasmosis in the context of tuberculous meningitis and HIV coinfection.

Keywords: neurotoxoplasmosis, tuberculous meningitis, HIV

Correspondencia
Raúl Darío Gómez Ortiz
DOI: 0000-0002-3610-4261
radagoor@gmail.com

Recibido: 25.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 07.06.2021

Introducción

La tuberculosis es de alta incidencia en el Perú y en Tacna, las formas extrapulmonares tienen una incidencia de alrededor del 32 % del total de casos de tuberculosis (1). El Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis) es la principal causa de tuberculosis a nivel mundial, con una incidencia de diez millones de personas infectadas cada año. Está considerada dentro de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial y la primera causa de muerte de origen infeccioso (2). La transmisión de tuberculosis es ocasionada por la inhalación de gotitas de aerosol que contienen M. tuberculosis con posterior depósito en los pulmones. Este evento conduce a uno de cuatro posibles resultados, tales como 1) la eliminación inmediata del organismo, 2) enfermedad primaria: aparición inmediata de enfermedad activa, 3) infección latente, 4) enfermedad por reactivación: aparición de la enfermedad activa muchos años después de un período de infección latente.

Entre los individuos con infección latente y sin problemas médicos subyacentes, la enfermedad de reactivación ocurre aproximadamente entre 5 % y 10 % de los casos (3). El riesgo de reactivación aumenta notablemente en pacientes con VIH y otras condiciones médicas de inmunosupresion (4), ya que los resultados están determinados por la interacción de factores atribuibles tanto al organismo como al huésped. La toxoplasmosis es la infección por Toxoplasma gondii. Sus síntomas van desde ninguno hasta adenopatías (enfermedad semejante a mononucleosis) o neurotoxoplasmosis en pacientes inmunosuprimidos por la infección VIH en estadio SIDA y con recuentos bajos de linfocito T Cd4.

Reporte de caso

Paciente BGS, varón de 23 años, natural de Tacna, procedente del distrito de Ciudad Nueva en Tacna, con antecedente de VIH diagnosticado en enero del 2021, sin tratamiento antiretroviral. El paciente refiere inicio de enfermedad dos meses antes de su ingreso de forma insidiosa y curso progresivo con cuadro de convulsión y pérdida de consciencia. La tía del paciente refiere que vio al paciente moverse corporalmente de manera desincronizada.

El paciente refiere que 30 minutos antes de este episodio, presentó vómito sanguinolento; en consecuencia, es internado en el Hospital 2 de Mayo de Lima por 10 días. Luego, se retira mediante alta voluntaria el 27 de enero del 2021; a pesar de que se le comunica el diagnóstico de VIH y meningoencefalitis tuberculosa. El paciente continúa con síntomas de tos con expectoración amarillenta, fiebre de predominio vespertino; además, paresia de miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho. En consecuencia, el paciente decide iniciar tratamiento específico para la tuberculosis, así ingresa a hospitalización por el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT).

A su ingreso, el paciente presentaba episodios de tos con expectoración y cefalea holocraneana desde noviembre del 2020. Al examen físico FC: 75 latidos por minuto, FR: 17 respiraciones por minuto, PA: 120/80 mmHg, SatO: 94 %, FiO2 0.21, piel tibia al tacto, mucosas orales húmedas, llenado capilar menor de 2 segundos, conjuntivas palpebrales rosadas, escleras no ictéricas, tórax simétrico. A nivel pulmonar el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no crépitos; ruidos cardiacos: rítmicos normofonéticos, no soplos; abdomen: globuloso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos presentes normoactivos; neurológico: despierto orientado en tiempo, espacio y persona, pupilas isocóricas fotorreactivas. No presenta signos meníngeos ni de focalización sensitiva y motora.

Al laboratorio de ingreso, hemograma leucocitos: 3450 (0,48.5,2.5,0.2,0.2,1.49) sin abastonados, linfopenia; hemoglobina: 13,1; recuento de plaquetas: 164000; bioquímica sanguínea, glucosa: 91,5 mg/dl urea: 17,4 mg/dl, creatinina: 1,01 electrolitos en sangre sodio 139 mmol/L; punción lumbar: líquido incoloro; recuento celular: 87 células, MN 100 %, glucosa: 24,5 mg/dl, proteínas: 138,05 mg/dl, tinta china: negativa, test de ADA en LCR: 44,23.

Se plantea el diagnóstico de meningitis tuberculosa; estudios en hospitalización de baciloscopia de esputo, orina y heces para BAAR (-). Anti HIV 1-2: Reactivo. CD4: 52 células/microlitro, CD8: 668 células/microlitro. Examen tomográfico de cerebro con y sin contraste: se evidencia imagen hipodensa a nivel de lóbulo parietal de lado izquierdo y otro a nivel de la rodilla anterior de cuerpo calloso en relación con proceso infeccioso a descartar TBC cerebral. En un nuevo control tomográfico de cerebro sin contraste se observa: Parénquima cerebral con imágenes hipodensas a nivel de lóbulo temporal derecho (nuevo hallazgo), lóbulo parietal izquierdo en la región anterior de cuerpo calloso, todo ello en relación con probable enfermedad granulomatosa cerebral en el contexto de un paciente inmunosuprimido por infección VIH

Se concluye diagnóstico de tuberculosis meníngea, coinfección de VIH sin tratamiento antiretroviral (TARV).

El paciente inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, levofloxacino y dexametasona. En un nuevo control tomográfico de cerebro con contraste: parénquima cerebral con imágenes hipodensas a nivel de lóbulo parietal, derecho (nuevo hallazgo) e izquierdo, lóbulo temporal derecho, y a nivel de región occipital. Se solicita una resonancia magnética cerebral (10): evidencia de un proceso meningoencefálico inflamatorio distribuido a nivel del (a) hemisferio cerebral del lado izquierdo en el núcleo dentado cerebelar y en la parte cortical cerebelar lateral izquierda, (b) a nivel de la región subcortical, yuxtacortical y, hasta incluso cortical frontotemporoparietal bilateral, (c) en la parte anterior del cuerpo calloso en ambos núcleos talámicos, (d) en mesencéfalo en su mitad derecha e izquierda sugestivos de una neuroinfección secundaria probablemente a TBC o toxoplasmosis (Figura 1, 2).

Figura 1

Resonancia Magnética nuclear, Flair, corte axial

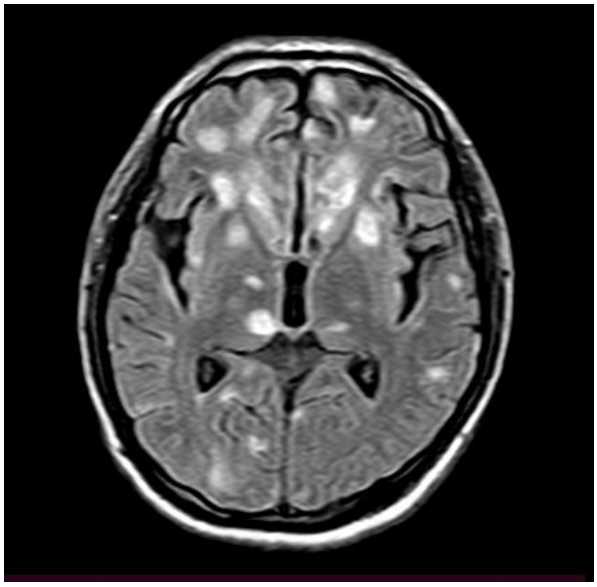
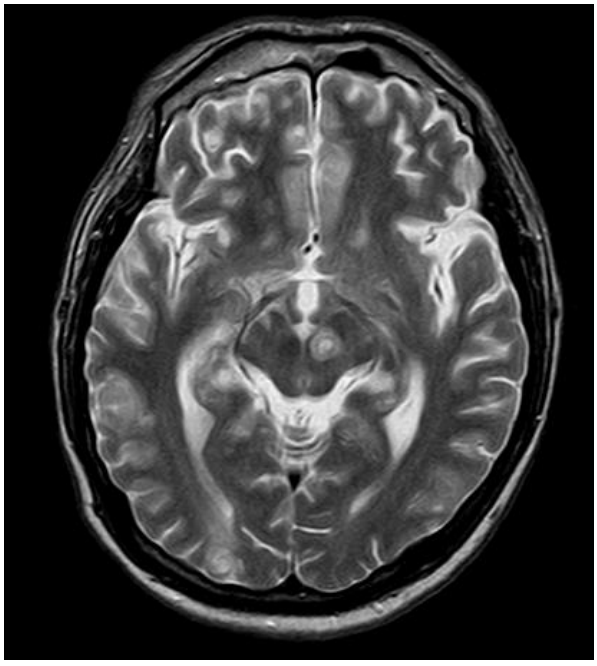


Figura 2

Resonancia Magnética nuclear, T2 corte axial



Se concluye con el diagnóstico de coinfección latente tras el resultado positivo de Ig G para toxoplasmosis mayor a 4 veces de lo normal.

Discusión

Hasta la actualidad han sido reportados aproximadamente 33 082 casos de VIH en el Perú. En este último año, han sido diagnosticados 135 casos. La toxoplasmosis cerebral que solía ser una patología poco frecuente antes de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), ahora es una de las complicaciones más prevalentes y devastadoras en pacientes con VIH.

Nuestro caso correspondió a un paciente de 23 años y sexo masculino, con diagnóstico de coinfección por VIH y tuberculosis meníngea con mala adherencia al tratamiento antiTBC y TARV; con recuento de linfocitos T CD4 de 52 células/microlitro, lo que favorece al desarrollo de infección o reactivación de agentes infecciosos oportunistas a nivel cerebral (5,6,7). Los signos principales incluyeron déficits neurológicos focales, tales como paresia, perturbaciones del habla y pérdida sensorial. No es raro observar un ataque epiléptico como presentación inicial, en ausencia de otros síntomas (8). Por otro lado, aunque el LCR resulta inespecífico en los casos de toxoplasmosis cerebral, el estudio de líquido cefalorraquídeo debería efectuarse como parte del estudio diferencial de otras patologías.

La biología molecular cuando está disponible, como la reacción de cadena de la polimerasa (PCR) para toxoplasma (11), es una herramienta diagnóstica importante a considerar debido a su elevada especificidad y sensibilidad. De la misma manera los estudios de tomografía y resonancia magnética resultan útiles para la identificación de lesiones cerebrales compatibles con neurotoxoplasmosis (12). En el seguro integral de salud (SIS), no disponemos de pirimetamina (9), considerada el régimen de elección, razón por la cual nuestro paciente fue tratado con cotrimoxazol (trimetropima/sulfametoxazol 160/800 1 tableta + ½ tableta, fraccionado cada 12 h) vía oral (13,14), por no contar con presentación endovenosa según las recomendaciones internacionales y basado en que no se ha demostrado diferencia entre ambos esquemas de tratamiento en encefalitis por toxoplasma. Por otro lado, el uso de corticoesteroides como dexametazona es asociado al tratamiento de meningoencefalitis TBC, según esquema bajo la norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.

Conclusión

Aunque la coinfección de toxoplasmosis y VIH está redactada en la literatura nacional e internacional, no se debe perder la capacidad de plantearse oportunamente alguna opción diagnóstica que se requiera teniendo en cuenta el estado de inmunosupresión del paciente con la presencia de signos y síntomas de alteración neurológica en vista que es una enfermedad tratable, y cuyo pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento temprano.

Referencias Bigliográficas

1. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MAJCID. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. 2014;58(1): e1-e34. doi.org/10.1093/cid/cit665

2. Porter SB, Sande MA. Toxoplasmosis of the central nervous system in the acquired immunodeficiency syndrome. J New England Journal of Medicine. 1992;327(23):1643-8. doi: 10.1056/NEJM199212033272306

3. Jones JL, Roberts JMJCID. Toxoplasmosis hospitalizations in the United States, 2008, and trends, 1993–2008. 2012;54(7):e58-e61. doi: 10.1093/cid/cir990

4. Hernandez AV, Thota P, Pellegrino D, Pasupuleti V, Benites-Zapata VA, Deshpande A, et al. A systematic review and meta-analysis of the relative efficacy and safety of treatment regimens for HIV-associated cerebral toxoplasmosis: is trimethoprim-sulfamethoxazole a real option? 2017;18(2):115-24. doi.org/10.1111/hiv.12402

5. Porter SB, Sande MA. Toxoplasmosis of the central nervous system in the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med. 1992 Dec 3;327(23):1643-8. doi: 10.1056/NEJM199212033272306. PMID: 1359410.

6. Grant IH, Gold JW, Rosenblum M, Niedzwiecki D, Armstrong D. Toxoplasma gondii serology in HIV-infected patients: the development of central nervous system toxoplasmosis in AIDS. AIDS. 1990 Jun;4(6):519-21. PMID: 2386617. https://europepmc.org/article/med/2386617

7. Abgrall S, Rabaud C, Costagliola D; Clinical Epidemiology Group of the French Hospital Database on HIV. Incidence and risk factors for toxoplasmic encephalitis in human immunodeficiency virus-infected patients before and during the highly active antiretroviral therapy era. Clin Infect Dis. 2001 Nov 15;33(10):1747-55. doi: 10.1086/322622. Epub 2001 Oct 10. PMID: 11595976.

8. Luft BJ, Remington JS. Toxoplasmic encephalitis in AIDS. Clin Infect Dis. 1992 Aug;15(2):211-22. doi: 10.1093/clinids/15.2.211. PMID: 1520757. doi.org/10.1093/clinids/15.2.211

9. Luft BJ, Hafner R, Korzun AH, Leport C, Antoniskis D, Bosler EM, Bourland DD 3rd, Uttamchandani R, Fuhrer J, Jacobson J, et al. Toxoplasmic encephalitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Members of the ACTG 077p/ANRS 009 Study Team. N Engl J Med. 1993 Sep 30;329(14):995-1000. doi: 10.1056/NEJM199309303291403. PMID: 8366923.

10. Levy RM, Mills CM, Posin JP, Moore SG, Rosenblum ML, Bredesen DE. The efficacy and clinical impact of brain imaging in neurologically symptomatic AIDS patients: a prospective CT/MRI study. J Acquir Immune Defic Syndr (1988). 1990;3(5):461-71. PMID: 2324943. https://europepmc.org/article/med/2324943

11. Roberts TC, Storch GA. Multiplex PCR for diagnosis of AIDS-related central nervous system lymphoma and toxoplasmosis. J Clin Microbiol. 1997 Jan;35(1):268-9. doi: 10.1128/jcm.35.1.268-269.1997. PMID: 8968922; PMCID: PMC229553.

12. Henkes H, Schörner W, Jochens R, Lang P, Ruf B, Heise W, Trautmann M, Felix R. Zerebrale und meningeale Manifestation des AIDS: Sensitivität von CT und T2-gewichteter MRT (129 Patienten) [Cerebral and meningeal manifestations of AIDS: sensitivity of CT and T2-weighted MRT (129 patients)]. Rofo. 1990 Sep;153(3):303-12. German. doi: 0.1055/s-2008-1033383. PMID: 2171065.

13. Dedicoat M, Livesley N. Management of toxoplasmic encephalitis in HIV-infected adults (with an emphasis on resource-poor settings). Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;(3):CD005420. doi: 10.1002/14651858.CD005420.pub2. PMID: 16856096.

14. Hernandez AV, Thota P, Pellegrino D, Pasupuleti V, Benites-Zapata VA, Deshpande A, Penalva de Oliveira AC, Vidal JE. A systematic review and meta-analysis of the relative efficacy and safety of treatment regimens for HIV-associated cerebral toxoplasmosis: is trimethoprim-sulfamethoxazole a real option? HIV Med. 2017 Feb;18(2):115-124. doi: 10.1111/hiv.12402. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27353303.

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

REPORTE DE CASO

Infección por virus SARS CoV-2 en paciente con tuberculosis multisistémica

SARS CoV-2 Virus Infection in a Patient With Multisystem Tuberculosis

Raúl Darío Gomez Ortiz[1ab], José Luis Villalva Luna[1a], Arturo Huamán Alvarado[1a] Luis Mayta Calizaya[1a], Vladimir Hernández Laura[1a], Edwin Soria Rojas[1a]

[1] Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, Perú

[a] Médico Cirujano

[b] Médico Cirujano con especialidad en Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Resumen

La tuberculosis diseminada es resultado de la propagación del *Micobacterium Tuberculosis* por vía linfohematógena; secundario a la tuberculosis primaria o postprimaria, su presentación en pacientes inmunocompetentes resulta ser rara. Caso clínico: Se reporta un caso de paciente de 51 años, atendido en el área diferenciada de COVID-19 del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, con sospecha de tuberculosis multisistémica en el contexto de infección por el virus SARS CoV-2. Resultados: Baciloscopia de esputo para BAAR Frotis +++, Baciloscopia de orina para BAAR frotis +++. Examen tomográfico de tórax: se evidencia lesión cavilaría en tercio superior de HTD, con infiltrado micro nodular bilateral, LCR color amarillo citrino, pleocitosis a predominio polimorfonuclear, glucorraquia: 10,4 mg/dl, proteinirraquia: 167 mg/dl test de ADA 38; prueba rápida de anticuerpos para SARS CoV-2 positiva. Conclusiones: paciente con diagnóstico de tuberculosis diseminada en contexto de resultado positivo para SARS CoV-2.

Palabras clave: tuberculosis, SARS CoV-2, meningitis tuberculosa

Abstract

Disseminated tuberculosis is the result of the spread of *Mycobacterium tuberculosis* by lymphohaematogenous pathway; secondary to primary or post-primary tuberculosis, its presentation in immunocompetent patients is rare. Clinical case: A case of a 51-year-old patient is reported, treated in the differentiated area of COVID-19 of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, with suspicion of multisystemic tuberculosis in the context of infection by the SARS CoV-2 virus. Results: Sputum smear for ABAR Smear +++, Urine smear for ABB smear +++. Tomographic examination of the thorax: a cavilar lesion is evidenced in the upper third of HTD, with bilateral micronodular infiltrate, citrine yellow CSF, predominantly polymorphonuclear pleocytosis, glucorrhachia: 10.4 mg / dl, proteinirrachia: 167 mg / dl ADA test 38; rapid antibody test for SARS CoV-2 positive. Conclusions: patient with a diagnosis of disseminated tuberculosis in the context of a positive result for SARS CoV-2.

Keywords: tuberculosis, SARS CoV-2, tuberculous meningitis

Correspondencia
Raúl Darío Gómez Ortiz
DOI: 0000-0002-3610-4261
radagoor@gmail.com

Recibido: 25.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 07.06.2021

Introducción

En el contexto actual de la infección por SARS CoV-2, la OMS emitió la declaratoria de pandemia en enero del 2020 con el fin de desplegar esfuerzos para el control de esta pandemia (1). La tuberculosis es de alta incidencia en el Perú y en Tacna, las formas extrapulmonares se encuentran en aproximadamente el 32 % del total de casos de tuberculosis (4).

El Mycobacterium tuberculosis es la principal causa de tuberculosis a nivel mundial, ya que cerca de diez millones de personas se infectan cada año. La tuberculosis está considerada dentro de las diez principales causas de muerte a nivel mundial y la primera causa de muerte de origen infeccioso (1). La transmisión de tuberculosis es por la inhalación de gotitas de aerosol que contienen M. tuberculosis con posterior depósito en los pulmones, lo cual conduce a uno de cuatro posibles resultados: 1) eliminación inmediata del organismo, 2) enfermedad primaria: aparición inmediata de enfermedad activa, 3) infección latente, 4) enfermedad por reactivación: aparición de la enfermedad activa muchos años después de un período de infección latente. Entre los individuos con infección latente y sin problemas médicos subyacentes, la enfermedad de reactivación ocurre aproximadamente entre el 5 al 10 % de los casos (2). El riesgo de reactivación aumenta notablemente en pacientes con VIH y otras condiciones médicas (3). Estos resultados están determinados por la interacción de factores atribuibles tanto al organismo como al huésped.

Reporte de caso

Paciente RLL, varón de 51 años, natural de Ilave en Puno, procedente del distrito de Alto de la Alianza de la ciudad de Tacna, sin antecedente patológico de importancia. La esposa refirió que el paciente inició enfermedad catorce días previos a su ingreso de manera insidiosa y de curso progresivo, caracterizado por astenia, tos productiva, sensación de alza térmica por lo que acude a centro de salud La Esperanza, donde recibe tratamiento ambulatorio sin mejoría alguna.

La esposa del paciente además indica que cuatro días antes de su ingreso al Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHU), presentaba estado de confusión al no reconocer a familiares y hablar incoherencias; y, además, no ingería alimentos.

El paciente es llevado nuevamente por la esposa al centro de salud La Esperanza y refiere que desde hace cuatro días el paciente habla incoherencias, no reconoce a familiares directos y que, además, no ingiere alimentos por falta de apetito. Ese mismo día se le realizó una prueba rápida para SARS CoV-2 en el centro de salud con resultado positivo; en consecuencia, el paciente fue referido al Hospital Hipólito Unanue con diagnóstico de síndrome confusional agudo asociado a COVID-19.

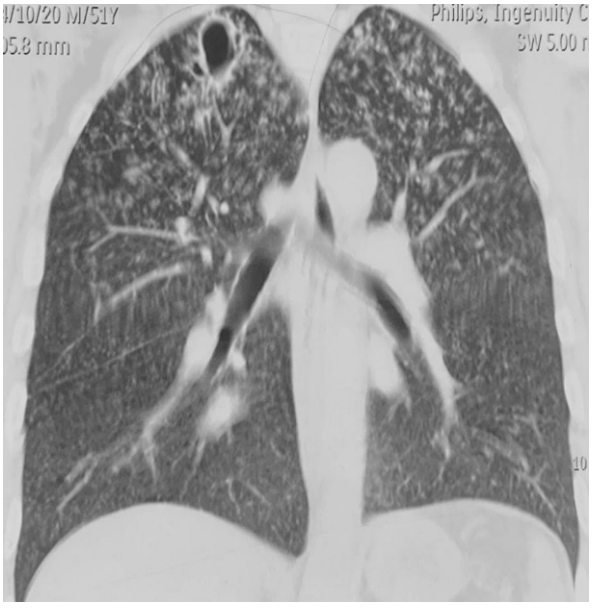
Al examen físico: FC: 86 latidos por minuto, FR: 19 respiraciones por minuto, PA: 120/80 mmhg, SatO: 96 %, FiO2 0,21, facie hipocrática, mucosa oral seca, conjuntivas rosadas, escleras no ictéricas, murmullo vesicular, se ausculta crépitos escasos en 1/3 superior de HTD, los ruidos cardiacos son rítmicos, no se auscultan soplos; a la inspección del abdomen: es excavado, con ruidos hidroaéreos presentes; a la palpación el abdomen: es blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo; al examen genitourinario: la puño percusión lumbar y los puntos renoureterales fueron negativos. No presenta adenopatías cervicales, axilares, ni inguinales; al examen neurológico: paciente despierto, desorientado en tiempo, espacio parcialmente en persona, rigidez de nuca presente, signo de kerning y babinsky negativo bilateral, hiporreflexia bilateral a nivel rotuliano, aquiliano y bicipital.

Al ingreso se realizaron exámenes de laboratorio; los cuales se detallan a continuación. Hemograma leucocitos: 8700 (0,92,0,0,2,6) sin abastonados, linfopenia, hemoglobina: 14,1, recuento de plaquetas: 250000. Bioquímica sanguínea glucosa: 112 mg/dl, urea: 27 mg/dl, creatinina: 1,0 electrolitos en sangre, Sodio 119 mmol/L. Punción lumbar: líquido amarillo citrino, recuento celular: 250 células, PMN 75 % MN 25 %, Glucorraquia: 10,4 mg/dl, proteinirraquia: 167 mg/dl, tinta china: negativa, test de ADA en LCR: 38.

Se plantea el diagnóstico de meningitis tuberculosa; estudios en hospitalización de Baciloscopia de esputo para BAAR Frotis +++, Baciloscopia de orina para BAAR frotis +++.
Al examen tomográfico de tórax: se evidencia lesión cavilaría en tercio superior de HTD, con infiltrado micro nodular bilateral (Figura 1).

Figura 1

Tomografía de tórax, corte coronal



Discusión

La pandemia del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV- 2, COVID-19) ha atraído interés debido a su rápida propagación global, gravedad clínica, alta tasa de mortalidad y capacidad para abrumar a los sistemas de salud (1,2). La transmisión del SARS-CoV-2 ocurre principalmente a través de gotitas, la transmisión por aerosoles y la contaminación de la superficie (3,5,6).

Hasta el momento los reportes de casos de coinfección entre COVID-19 y tuberculosis no diferencian cuál de las infecciones fue primera, o si el antecedente de tuberculosis favorece la infección por SARS CoV-2, o si es la inmunosupresión secundaria favorece la infección por *Mycobacterium tuberculosis* (6,7,8). El Perú reportó 41 032 casos nuevos de tuberculosis en el año 2019, de los cuales el 57 % se localizó en la ciudad de Lima, por su parte, Tacna reportó 659 casos, 63 % de los afectados por tuberculosis fueron varones, el grupo etario predominante oscilaba entre los 30 y 59 años (9).

En este estudio, se reportó a un paciente varón de 51 años con un tiempo de enfermedad de 14 días, quien ingresó por emergencia referido del centro de salud La Esperanza con el diagnóstico de síndrome confusional agudo y con prueba serológica para SARS CoV-2 positiva realizada según normativa nacional (10,11,12).

La COVID-19 y la tuberculosis son clínicamente parecidas; ambas presentan síntomas, tales como tos, fiebre, dificultad respiratoria y desorientación cuando hay compromiso del sistema nervioso central. Tal vez, la diferencia más importante sea el tiempo de enfermedad mayor de 7 días en el caso de tuberculosis; mientras que la SARS CoV-2 presenta infección aguda (12). Nuestro paciente ingresó referido de un centro de salud de nivel I-4 por presentar resultado de prueba rápida para SARS CoV-2 positiva, asociado con desorientación en tiempo, espacio y persona, rigidez de nuca, hiporreflexia; lo cual nos hizo sospechar en la coinfección entre COVID-19 y meningitis tuberculosis.

Esto fue confirmado con los análisis del líquido cefalorraquídeo (13,14,15,16); y que en forma adicional se observó en el dosaje sérico de electrolitos hiponatremia severa, hecho descrito en más del 45 % de los pacientes con meningitis tuberculosa (17,18).

La intención de reportar este caso clínico de tuberculosis diseminada fue llamar a la reflexión sobre la impresión clínica diagnóstica y tratamiento de la tuberculosis en pacientes con resultado positivo para infección por SARS CoV-2; más aún cuando la tuberculosis es también una prioridad durante el estado de emergencia nacional y de pandemia debido a su alta morbimortalidad (19,20,21).

Se concluye diagnóstico de tuberculosis multisistémica (meningoencefalitis tuberculosa, tuberculosis renal, tuberculosis pulmonar) coinfección con SARS CoV-2; paciente inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, levofloxacino, acido acetil salicílico, dexametasona.

Referencias Bibliográficas

1. Worldometers. COVID-19 Coronavirus Pandemic. www.worldometers.info/coronavirus Date last updated: April 23, 2020.

2. Sloot R, Schim van der Loeff MF, Kouw PM, Borgdorff MW. Risk of tuberculosis after recent exposure. A 10-year follow-up study of contacts in Amsterdam. Am J Respir Crit Care Med. 2014 Nov 1;190(9):1044-52. doi: 10.1164/rccm.201406-1159OC. PMID: 25265362.

3. Sloot R, Schim van der Loeff MF, Kouw PM, Borgdorff MW. Risk of tuberculosis after recent exposure. A 10-year follow-up study of contacts in Amsterdam. Am J Respir Crit Care Med. 2014 Nov 1;190(9):1044-52. doi: 10.1164/rccm.201406-1159OC. PMID: 25265362.

4. Sala situacional Dirección del Programa Nacional de Control de Tuberculosis http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx.

5. Vitacca M, Nava S, Santus P, Harari S. Early consensus management for non-ICU ARF SARS-CoV-2 emergency in Italy: from ward to trenches. Eur Respir J 2020; 55: 2000632. doi: 10.1183/13993003.00632-2020

6. Lewis D. Is the coronavirus airborne? Experts can't agree. Nature 2020; 580: 175.

   https://www.nature.com/articles/d41586-020-00974-w

7. Leung CC, Lam TH, Cheng KK. Let us not forget the mask in our attempts to stall the spread of COVID-19. Int J Tuberc Lung Dis 2020; 24: 364–366. doi.org/10.5588/ijtld.20.0124

8. Esposito S, Principi N, Leung CC, Migliori GB. Universal use of face masks for success against COVID-19: evidence and implications for prevention policies. Eur Respir J 2020; 55: 2001260. doi: 10.1183/13993003.01260-2020

9. Centro Nacional de Epidemiologia y Prevención de enfermedades. Perú-MINSA (12.02.2020): Vigilancia epidemiológica de tuberculosis. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE072020/04.pdf
10. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades. Perú-MINSA: Alerta epidemiológica para la aplicación de pruebas diagnósticas en casos de COVID-19 en el Perú. Alerta Epidemiológica código: AE N° 21-2020. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_202021.pdf

11. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud (14.04.2021): RM N°193-2020/MINSA Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/473575-193-2020-minsa

12. Gobierno del Perú. Ministerio de Salud (08.11.2013): RM N° 715-2013/MINSA Norma Técnica de Salud N° 104-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis". https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198713-715-2013-minsa

13. Thwaites Ge, Chau Tt, Stepniewska K, Phu Nh, Chuong Lv, Sinh Dx, et al. Diagnosis Of Adult Tuberculous Meningitis By Use Of Clinical And Laboratory Features. Lancet 2002; 360:1287-92. doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11318-3

14. Tuon FF, Higashino HR, Lopes MIBF, Litvoc MN, Atomiya AN, Antonangelo L, Leite OM. Adenosine deaminase and tuberculous meningitis-a systematic review with meta-analysis. Scand J Infect Dis. 2010;42(3):198-207. doi.org/10.3109/00365540903428158

15. Twhaites G. The diagnosis and management of tuberculous meningitis. Pract Neurol. 2002; 2: 250-61. doi.org/10.1046/j.1474-7766.2002.00085.x

16. Thwaites G, Chau TT, Mai NT, Drobniewski F, Mcadam K, Farrar J. Tuberculous Meningitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000;68:289-99. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.68.3.289
17. Misra UK, Kalita J, Bhoi SK, Singh RK. A study of hyponatremia in tuberculous meningitis. J Neurol Sci. 2016 Aug 15;367:152-7. doi: 10.1016/j.jns.2016.06.004. Epub 2016 Jun 3. PMID: 27423581.

18. Misra UK, Kalita J and Tuberculous Meningitis International Research Consortium. Mechanism, spectrum, consequences and management of hyponatremia in tuberculous meningitis [version 1; peer review: 2 approved]. Wellcome Open Res 2019, 4:189. doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15502.1

19. Glaziou P (2020). Predicted impact of the COVID-19 pandemic on global tuberculosis deaths in 2020. Preprints. 2020.04.28.20079582. doi.org/10.1101/2020.04.28.20079582

20. He G, Wu J, Shi J, Dai J, Gamber M, Jiang X, Sun W, Cai J (2020). COVID-19 in Tuberculosis patients: a report of three cases. J Med Virol [Epub ahead of print]. https://digitalcommons.fiu.edu/covid-19_research/11

21. Alagna R, Besozzi G, Codecasa LR, Gori A, Migliori GB, Raviglione M, Cirillo DM (2020). Celebrating World Tuberculosis Day at the time of COVID-19. Eur Respir J 55: 2000650. doi: 10.1183/13993003.00650-2020

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

ARTÍCULO DE REVISION

Estrés de pandemia en el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitario

Pandemic Stress in the National Plan for Strengthening Community Mental Health Services

Johel Anampa Huyhua[1a] Kharina Mamani Cahuaya[1b]
[1] Hospital III Daniel Alcides Carrión-EsSalud, Tacna, Perú
[a] Médico Cirujano
[b] Licenciada en Enfermería

Ante la declaración del COVID-19 como emergencia sanitaria por la Organización Mundial de la Salud, se abordó el cuidado de la salud mental en el Perú. Consecuentemente, dos guías técnicas fueron publicadas dirigidas al personal de salud, las familias y la comunidad. Estas nuevas disposiciones son llevadas a cabo por el profesional de la salud de los centros de salud mental comunitarios de las diferentes sedes existentes en la red nacional (1).

En la revisión de ambas guías, se encuentra un cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ). Esto es un test abreviado que se usa para la valoración del usuario en la fase de acogida (entrevista enfermera-usuario). En esta fase, se considera como caso probable a aquellos usuarios que presentan al menos cinco ítems positivos (2).

Se han evidenciado grandes impactos psicológicos que han emergido por el COVID- 19 ocasionados por diversos factores, tales como las medidas sanitarias de prevención, reportes noticieros, información excesiva, suspensión de actividades sociales, aprietos económicos y cambios en la prestación laboral, así como en las actividades académicas y las actividades cotidianas. Estos eventos han ocasionando en las personas sentimientos y emociones de miedo, frustración, violencia y estrés; además, se han desarrollado adicciones en la búsqueda del bienestar o equilibro, condicionando una mayor susceptibilidad (3).

Y aquí entramos a un término nuevo denominado «estrés de pandemia», el cual se refiere a las demandas exigentes o estresores de la propia pandemia que afecta el entorno de la persona generando estrés y, por consiguiente, produciendo síntomas, emociones y reacciones (4).

El instrumento SRQ, mencionado anteriormente, no contempla la valoración precisa para medir el grado de estrés en tiempos de COVID-19, ya que el SRQ trae consigo preguntas muy generales y ambiguas, lo cual origina una gran dificultad para determinar los factores estresantes que afectan al usuario por la pandemia, ya que sus resultados determinan una impresión diagnóstica y abordaje hacia el usuario.

En México, se ha trabajado el cuestionario «estrés de pandemia» por Barraza Macías (3), el cual fue desarrollado de forma laboriosa en un proceso de tres momentos de prueba. Se inició con 80 preguntas y culminó en 15 ítems, a través de estadísticas y validaciones respectivas, aplicándose de forma individual o colectiva.

Este cuestionario es un modelo para la actualización de las guías de salud mental en el Perú en el contexto de pandemia por COVID-19. Se espera que se inicie y se plantee un nuevo instrumento de medición del estrés de pandemia y así brindar el apoyo específico al especialista, con el fin de lograr un adecuado diagnóstico y plantear un plan de trabajo en función a los hallazgos.

Finalmente, recordemos que estamos en constante cambio, es decir, así como las cepas del coronavirus evolucionan, las guías o planes nacionales no pueden quedarse estáticas. Se debe valorar en conjunto tanto la parte física como la psicológica, ya que está demostrado que ambas condicionan a que el usuario pueda enfrentar la enfermedad con sus propias armas.

Correspondencia
Johel Anampa Huyhua
johel_anampa@hotmail.com
DOI: 0000-0002-4436-0927
Kharina Mamani Cahuaya
kharina.anampa@gmail.com
DOI: 0000-0003-2391-2128

Recibido: 20.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 12.06.2021

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el Contexto del COVID-19. Lima; 2020. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf

2. Ministerio de Salud. Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. Lima; 2020. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf

3. Barraza Macías A. El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana [Internet]. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C. 2020. 1–53 p. http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Coronavirus.pdf

4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cuidado y autocuidado de la salud mental en tiempos de COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 27]. https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4546:cuidado-y-autocuidado-de-la-salud-mental-en-tiempos-de-covid-19&Itemid=1062

Revista Médica HHUT

HOSPITAL "HIPÓLITO UNANUE" TACNA

CARTA AL EDITOR

Dolor musculoesquelético en adolescentes posconfinamiento en el contexto de la crisis por la COVID-19

Musculoskeletal Pain in Post-Confinement Adolescents in the Context of the COVID- 19 Crisis

Cristhian Santiago Bazán

Centro de rehabilitación integral física funcional, Lima, Perú
Doctor en Educación

Señor editor:

Se han registrado cambios en los hábitos de las personas sometidas al confinamiento social a consecuencia de la COVID-19, tales como la cantidad y calidad de horas de sueño, la actividad corporal y hábitos de alimentación; es decir, se ha afectado tanto la salud física (malestares osteoarticulares) como emocional de la población.

En la actualidad, nos enfrentamos a diversas pandemias de forma simultánea; por un lado, la actual causada por el coronavirus SARS CoV 2, y, por el otro, la preexistencia ocasionada por el confinamiento, dejando cicatrices en la salud psicofísica de las personas(1) .

Es necesario tener en consideración que la persona puede presentar una predisposición a tener algún tipo de lesione musculoesquelética en la espalda a causa de la adopción de posturas inadecuadas al momento de realizar el trabajo remoto (2) . Estas lesiones podrían afectar la calidad de vida de las personas y el aprendizaje escolar, también, podrían conllevar a una discapacidad física a consecuencia de la presencia de dolor musculoesquéletico, sino es tratado a tiempo por los especialistas de salud.

Asimismo, el teletrabajo y el telestudio implican largas horas de estar sentado frente a la computadora, una situación que al parecer se mantendrá este año. Las malas posiciones corporales en estas actividades favorecen a la aparición de lesiones musculares y articulares que nos exigen hacer cambios en la rutina de trabajo(3).

Por otro lado, el dolor musculoesquelético es un problema de salud pública entre los adolescentes y niños, y es la razón común para la consulta en atención primaria. En una investigación realizada en Perú en 2018 en una institución educativa estatal en Lima Metropolitana, se evidenció que un 86,7 % de escolares presentaba de dolor cervical mecánico. Ese porcentaje podría mitigarse mediante la gestión de intervenciones de programas de salud en el ámbito escolar dirigidas a fomentar estilos de vida saludables en los adolescentes(4) .

En una investigación realizada en Ecuador, se observó que la mayoría de estudiantes adolescentes en etapa escolar presentaron molestias en la región del cuello (40 %), seguidos del 33,3 % quienes presentaron molestias en el hombro y 26,6 % quienes presentaron molestias en la zona dorsal o lumbar. Finalmente, al evaluar las ocho dimensiones de la calidad de vida observadas, se encontró que la *función física* estuvo más cerca de un estado óptimo en contraste con la dimensión *rol emocional,* la cual presentó los niveles más alejados de los rangos de normalidad y, por tanto, es la dimensión con más baja puntuación en cuanto a la calidad de vida(5).

Por último, es necesario implementar en las instituciones educativas, tanto privadas como públicas, programas de salud en el cuidado de la postura para prevenir dolor musculoesquelético en los estudiantes, con el fin de lograr un ambiente confortable y evitar riesgos ergonómicos que afectarían su salud física, emocional, así como su aprendizaje.

Conflictos de intereses:
El autor no declara ningún conflicto de intereses.

Correspondencia
Cristhian Santiago Bazán
cristhiansantiagob@gmail.com
DOI: 0000-0001-9073-4785

Recibido: 23.05.2021
Arbitrado por pares
Aprobado: 09.06.2021

Referencias Bibliográficas

1. Pereira ÁDL, Pazos Espín M, Tögel M. Efectos del confinamiento social, preventivo y obligatorio sobre la salud física y psíquica de los comodorenses. Rev Podium. 2021;16(1):100-13. ISSN 1996-2452. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522021000100100&lng=es&nrm=iso

2. Santiago-Bazán CJ. Teletrabajo y dolor musculo-esquelético en el contexto de la crisis por COVID-19. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque. 2021;7(1). https://doi.org/10.37065/rem.v7i1.514

3. Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; Académico entrega recomendaciones para telestudio y teletrabajo saludable. 2021 Marz 12 [citado agost 2021]; [Kinesiología]. https://kinesiologia.uc.cl/noticias/academico-entrega-recomendaciones-para-telestudio-y-teletrabajo-saludable/

4. Santiago Bazan C, Rosado Ladera JJHM. Factores asociados al dolor cervical en estudiantes del nivel secundaria de una institución educativa estatal, Lima-Perú. 2019;19(3):6-11. ISSN 1727-558X. http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n3.02.

5. Cuarán Landeta ED. Evaluación de los trastornos musculoesqueléticos y calidad de vida en estudiantes de segundo año de bachillerato de la UE "Abelardo Moncayo" de la ciudad de Atuntaqui periodo 2020-2021 [Tesis de licenciatura]. [Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2021. 98 p. http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10983

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es el órgano oficial de publicación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; destinada a la producción de la difusión científica en Ciencias de la Salud, con la finalidad de contribuir primariamente con el desarrollo de la situación sanitaria en nuestra región, no obstante, nuestra revista acepta la solicitud de publicación de artículos no solo institucionales, sino también de otras instituciones, que sean inéditos y de interés en salud, que no hayan sido publicados previamente, ni enviado simultáneamente a otras revistas científicas. Generalmente se publican las investigaciones de mayor relevancia y beneficio al conocimiento científico y otros artículos en favor de la comunidad.

Normas generales

Los artículos pueden pertenecer a una de las siguientes categorías: Editorial, Artículos Originales, Temas de Revisión, Casos Clínicos, Resúmenes de Tesis y Cartas al Editor.

La Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna se reserva el derecho de aceptar los artículos que sean presentados y de solicitar las modificaciones que considere necesarias para cumplir con las exigencias de la publicación. Del mismo modo, se reserva el derecho de uniformizar el manuscrito de acuerdo al estilo de la revista.

Los artículos deberán ser enviados en original y una copia, en página numeradas, escritos a computadora, en papel bond A4 (212x297 mm.), en una sola cara, tipo de letra Arial, tamaño de fuente 12 picas, a doble espacio y con márgenes de 25 mm, para artículos originales se aceptarán no más de 12 páginas, 5 páginas para temas de revisión y casos clínicos y 1 página para resúmenes de tesis.

Además de las copias de manuscrito, deberá enviarse un disco compacto debidamente grabado el texto en Word para Windows y las tablas y figuras en Excel. El numerado de páginas seguirá las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Cada parte del artículo deberá empezar en página aparte, numeradas en forma consecutiva. Las tablas, gráficos y figuras deben colocarse al final del texto en página aparte con el título correspondiente; no deben ser insertados dentro del texto.

La página inicial deberá tener el título del trabajo en español e inglés, nombre o nombres de los autores, titulo y grado académico, lugar de trabajo de los autores, instituciones u organismos que apoyaron la investigación, nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del autor a quien puede enviarse correspondencia respecto al artículo.

Normas específicas

1. EDITORIALES: Son a solicitud del Comité Editor.

2. ARTÍCULOS ORIGINALES: Producción científica que deberá estar redactado según el siguiente esquema:
Resumen y palabras clave: en español e inglés. No debe contener más de 250 palabras y de tres hasta cinco palabras clave. El resumen debe ser estructurado y contener: introducción, objetivo, material y métodos, resultados, conclusión y palabras clave.

Introducción: exposición del planteamiento del problema, antecedentes, justificación y objetivo del estudio.

Material y Métodos: se describe la metodología usada, el tipo de estudio, las características de la población y forma de selección de la muestra. En algunos casos, es conveniente precisar el área de estudio. Cuando se usen plantas medicinales, describir los procedimientos de recolección e identificación. Precisar la forma como se midieron o definieron las variables de interés. Mencionar los procedimientos estadísticos empleados, detallar los aspectos éticos involucrados en la realización del estudio, así como el uso del consentimiento informado, entre otros aspectos.

Resultados: la presentación de los hallazgos debe ser en forma clara, sin opiniones ni interpretaciones. Se pueden complementar hasta con ocho tablas o figuras.

Discusión: se debe interpretar los resultados, comparándolos con los resultados de otros autores, exponiendo las sugerencias o conclusiones. Además, se debe incluir las limitaciones que tuviera el estudio.

Agradecimientos y Conflictos de intereses.

Referencias Bibliográficas: siguiendo el estilo Vancouver.

3. TEMAS DE REVISION O DE ACTUALIDAD: Será en formato libre en no más de 5 páginas.

4 . CASOS CLINICOS: Los casos a reportarse deben ser de enfermedades o situaciones de interés en salud. El resumen en español e inglés es no estructurado y tiene un límite de 250 palabras con tres a cinco palabras clave. Contiene una introducción, una sección denominada reporte de caso, una discusión y bibliografía.

5. CARTAS AL EDITOR: esta sección está abierta para todos los lectores, a la que pueden enviar sus preguntas, comentarios o críticas a los artículos que hayan sido publicados en los últimos números, teniendo en cuenta la posibilidad que los autores aludidos puedan responder.

Disposición final

La publicación de artículos por nuestra revista en las diferentes categorías no necesariamente se solidariza con las opiniones vertidas por él o los autores.

Los artículos se recibirán durante el proceso de Concurso de Investigación o la convocatoria de publicación de la revista y se entregarán por mesa de partes, a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, para su evaluación y aceptación.

Impreso en:
GRAFICOM Tacna E.I.R.L.
Calle Arias Aragüéz # 490 - A
Telf: (052) 426655

Avanzando hacia un moderno Hospital...

Hospital Hipólito Unanue de Tacna contribuyendo al desarrollo científico en la región de Tacna

Calle Blondell s/n - Tacna
Central Telefónica: 052 - 583730
Web: www.hospitaltacna.gob.pe
Hospital Hipólito Unanue de Tacna
http://revista.hospitaltacna.gob.pe