

ISSN L 2644-3759



Universidad de Panamá



Facultad de Enfermería

Enfoque

Revista Científica de Enfermería

VOL. XXXIX N°35 - Panamá, Rep. De Panamá. julio – diciembre 2026



revista.enfoque@up.ac.pa

Enfoque

Revista Científica de Enfermería

**VOL. XXXIX N°35 - Panamá, Rep. de Panamá.
Enero – junio - 2026**

Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería



ISSN

en Línea: 2644-3759

Idiomas

- English
- Español (España)
- Português (Brasil)

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

DR. EDUARDO FLORES CASTRO

Rector

DR. JOSÉ EMILIO MORENO

Vicerrector Académico

DR. JAIME JAVIER GUTIÉRREZ

Vicerrector de Investigación y Postgrado

PROF. ARNOLD MUÑOZ

Vicerrector Administrativo

PROF. MAYANIN RODRÍGUEZ

Vicerrector de Asuntos Estudiantiles

PROF. RICARDO HIM

Vicerrector de Extensión

PROF. RICARDO PARKER

Secretaria General

PROF. JOSÉ LUIS SOLIS

Director General de Centros Regionales Universitarios y Extensiones Universitarias

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Dra. Yolanda González W.

Decana

Mgtra. Yahaira Oran

Vicedecana

Dra. Marisol Del Vasto

Secretaria Administrativa

Dra. Yariela González O.

Directora de la División de Investigación y Post Grado

Dra. Dinora Bernal

Directora del Centro de Investigación – CIFENF

Mgter. Ivis Mejía de Toribio

Directora de Escuela

Dra. Aracelly de Filós

Directora del Departamento de Enfermería Materno Infantil

Mgter. Gloria Rojas

Directora del Departamento de Enfermería en Salud Pública

Dra. Vielka Jaramillo de Escobar

Directora del Departamento Gestión de los Servicios de Enfermería y Salud

Mgter. Alcira Tejada A.

Directora del Departamento de Salud de Adulto

Dr. Azael Rodríguez Del Cid

Directora del Departamento de Salud Mental

Descripción de la Revista:

Enfoque está dirigida a Estudiantes, Docentes e investigadores de la Enfermería y a profesionales e investigadores de la salud a nivel nacional e internacional.

La revista Enfoque proyecta diversidad de actividades involucradas al desarrollo de la Ciencia de la Enfermería, incluyendo Investigación empírica, construcción de teorías de la enfermería, análisis de conceptos, investigación y teoría Aplicada a la investigación del quehacer de la Enfermería, fundamentada en los valores éticos y morales de la Profesión de la Enfermería.

Objetivo: Enfoque tiene como objetivo comunicar conocimientos, reflexiones generadas de investigaciones, ensayos, entre otros, a la comunidad científica de los profesionales de enfermería y del área de salud.

Visión

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá tiene una Revista Científica para la publicación de artículos científicos, filosóficos de Enfermería y resultados de investigaciones en Enfermería.

La comunidad científica de Enfermería de Panamá cuenta con un medio escrito para intercambiar conocimientos a nivel nacional e internacional, lo cual redundará en beneficio de la humanidad y del ecosistema en el cual están circunscritos los seres humanos, a quienes va dirigida la práctica de Enfermería.

La Revista Enfoque de la Facultad de Enfermería a su vez, contribuye al fortalecimiento de la ciencia, disciplina de Enfermería y al mejoramiento de la práctica profesional mediante la divulgación de sus publicaciones.

Misión

Cumplir con los Criterios Nacionales e Internacionales para las publicaciones de información científica, conservando la Ética, lo Moral de las investigaciones y publicando estudios originales que cumplen con las leyes de derecho de autor de la República de Panamá y a nivel Internacional.

Compartir el conocimiento científico de Enfermería con la comunidad científica Nacional e Internacional, para fortalecer la ciencia y la disciplina de Enfermería y contribuyendo a la solución de problemas de la práctica de Enfermería.

Periodicidad de Enfoque la Revista Científica de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, se publicará semestralmente: enero - junio (primer semestre) y julio – diciembre (segundo semestre).

Equipo Editorial:

Editora en jefe:

Dra. Magali Díaz Aguirre

Doctora en Enfermería con Énfasis en Salud Internacional. Universidad de Panamá.

Magister en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología. Universidad de Panamá.

Profesora Titular III. Departamento de Enfermería en Salud Pública

Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, Panamá

magali.diaz@up.ac

magatin1959@gmail.com

Dra. Cleopatra Alein

Dra. Doctorado en Educación con énfasis en Andragogía. Universidad Interamericana de Educación a Distancia de Panamá

Maestría en Pediatría y Pediatría Social. Universidad de Sao Paulo, Brasil

Profesora Titular. Departamento de Enfermería Materno Infantil.

Universidad de Panamá

callenK24@yahoo.es

cleopatra.allen@up.ac.pa

Dra. Lydia Gordón de Isaacs M.S. Ph.D.

Doctora en Filosofía, Énfasis en Administración de la Educación Superior, University of Miami.

Masters of Science in Nursing, City University of New York. Hunter College.

Profesora Titular. Departamento de Salud de Adultos. Universidad de Panamá

lydia.deisaacs@up.ac.pa

isaacs@cwpanama.net

Dra. Yolanda M. González W.

Doctora en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Magíster en Ciencias de Enfermería con Especialización en Cuidados Críticos del Adultos.

Universidad de Panamá.

Profesora Titular. Departamento de Salud de Adultos.

Universidad de Panamá

yolanda.gonzalezw@up.ac.pa

yolamari22@gmail.com

Dra. Myrna McLaughlin de Anderson

Doctora en Administración de Salud. Universidad de Phoenix Arizona.

Maestría en Enfermería con énfasis en Administración de los Servicios de Enfermería.

Universidad de Panamá.

Profesora Departamento de Salud de Adultos.
Universidad de Panamá.
myrna.mclaughlin@up.ac.pa
myrnanderson87@gmail.com

Coeditores Nacionales e Internacionales

Dra. Gloria Omaira Bautista Espinel

Doctora En Bioética Universidad El Bosque,
Magister En Dirección De Proyectos Uci, Especialista En Gerencia En Servicios De Salud U
Del Norte, Especialista En Gestión En Salud Universidad javeriana,
Especialista En Práctica Pedagógica Universitaria Ufps
Docente Tiempo Completo Programa De Enfermería Ufps
Directora Del Grupo De Investigación Gice
Integrante De Los Comités De Ética De La Investigación De La Universidad Francisco De
Paula Santander Y De La Facultad De Ciencias De La Salud Docente De Ética Y Bioética En
El Programa De Enfermería.
Universidad Francisco de Paula Santander – Sede Cúcuta. Colombia
gloriabautista@ufps.edu.co

Dra. Celina Dolores Ventura Elías

Doctora en Enfermería con énfasis en salud internacional
Directora General: Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Salud
de El Salvador. IEPROES. Unidad de investigación, Sede San Salvador
Maestría en Docencia Universitaria.
Post grado en Gestión Científica
dirgeneral@ieproes.edu.sv

Dr. José Rolando Sánchez Rodríguez

Universidad Arturo Prat, del Estado de Chile
Doctor en Enfermería Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile.
Magister en Enfermería Universidad de Concepción. Chile.
Magister en Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana Cuba.
jsancher1967@gmail.com

Dra. Danelia Gómez Torres.

Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma del Estado de
México.
Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (CONACyt)
Doctora en enfermería por la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de
Río de Janeiro, Brasil
Posdoc-torada en la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra en Portugal
Maestría en Enfermería en el área de administración de Enfermería con especialidades en
gestión de salud. Fundación Getulio Vargas de Río de Janeiro, Brasil
Maestría en administración de los servicios de enfermería, por la Facultad de Enfermería y
Obstetricia por la Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad Autónoma Del Estado De México. Facultad De Enfermería Y Obstetricia

gomezdanelia@usa.net

Dra. Antonieta de Jesús Banda Pérez

Dra. en Enfermería Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Doctorado en Ciencias de Enfermería, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato
[Celaya, Guanajuato México
Maestría en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería,
Universidad Autónoma de Querétaro, México
antonieta.banda@uaslp.mx

Dr. Oscar Javier Vergara Escobar

Profesor Agregado. Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N Corpas
Doctor en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia
Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia de los Servicios de Salud.
Universidad Nacional de Colombia.
Especialista en Promoción de la Salud y Desarrollo Humano.
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca Colombia oscar.vergara@juanncorpas.edu.co

Dra. Griselda Isabel González

Doctora en Enfermería con énfasis en salud internacional
Post grado en gestión Pública, epidemiología.
Maestría en Formulación, administración y evaluación de proyectos
Maestría en Salud Pública- Universidad de Panamá
Maestría Docencia superior,
Universidad Especializada de Las Américas. Panamá
griselda.gonzalez@udelas.ac.pa

Dra. Aracely Díaz Oviedo

Profesora de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Doctorado en Enfermería- Universidad de Sao Paulo Brasil
Maestra en Ciencias de Enfermería- Universidad de Guanajuato- México
aracelydiaz@uaslp.mx

Mgtra. Irían Itzel Mena Gómez

Escuela Nacional de Enfermería (ENEO), UNAM.
Profesor asociado de carrera B tiempo completo, ENEO UNAM
Maestría en enfermería (Orientación: docencia).
irianmena@comunidad.unam.mx

Traductores:

Dra. Belsis B. Bishop de Vázquez

Profesora Titular
Departamento de Inglés
Facultad de Humanidad

Universidad de Panamá
belsis.bishop@up.ac.pa

Mgter. Orlando Harris

Instructor de Turismo del ITSE

Licenciatura en turismo con énfasis en gestión patrimonial

Maestría en Gestión del Patrimonio Cultural para el Desarrollo

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0332-4441>

Contacto principal

Dra. Magali Díaz Aguirre

Editora

Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, Panamá

magali.diaz@up.ac.pa

magatin1959@gmail.com

Instrucciones para los autores

Criterios generales de clasificación de los artículos

1. Calidad Científica.
2. Calidad Editorial.
3. Estabilidad.
4. La calidad científica. El Índice Bibliográfico Nacional Publindex cuenta con un comité de expertos que verifican la originalidad y calidad científica de los documentos publicados. Se considera que los documentos publicados corresponden a la siguiente tipología:
 - Artículo de investigación científica y tecnológica. Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.
 - Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.
 - Artículo de revisión. Documento resultado de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.
 - Artículo corto. Documento breve que presenta resultados originales preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica, que por lo general requieren de una pronta difusión. Reporte de caso. Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.
 - Teórico – Conceptual. Documento resultado de la clarificación y desarrollo de conceptos con base teórica conceptual.

Todos los artículos deberán de ser originales e innovadores, es decir no se debe imitar otros documentos.

Tipos de Artículos:

- 1- Artículos de investigaciones científicas y tecnológicas: Se presentan los resultados de proyecto de investigación, detalladas en:
 - a. Resumen
 - b. Introducción
 - c. Metodología
 - d. Resultados y Discusión
 - e. Conclusiones
 - f. Referencia bibliográfica siguiendo el método propuesto por American Psychological Asociación (APA) 7ª edición. Entrar en Internet y copiar instructivo de APA.
 - g. Apéndice
2. Artículos de Revisión: Documento de Análisis de resultados de investigaciones publicadas o no referente a un tema específico en el campo de las Ciencias de Enfermería y Tecnología en el cual se plasman los avances y tendencias de este. Se caracteriza por presentar una cuidadosa remisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.
3. Revisión de temas o Estado del arte Es la remisión crítica de la literatura bibliografía bien documentada de un tema.
4. Reporte de casos: documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.
5. Artículo de reflexión: No derivado de la investigación.
6. Artículos cortos: documento breve que presenta resultados preliminares o parciales de investigación.
7. Editorial: Escrito por el Editor en Jefe miembro del Comité Editorial o un investigador invitado referente a el dominio temático de la revista.
8. Revisión Histórica: Es el resultado de la Revisión Histórica de un Tema en Particular.
9. Traducciones Clásicas o de Actualidad: Documentos de interés y dominio de la revista y del cuerpo Docente de la Facultad de Enfermería.
10. Reporte de comunicaciones de Congresos, Coloquios y Seminarios.

Criterios de Elegibilidad de los Artículos:

1. Originalidad: El artículo deberá ser creado por su autor.
2. Coherencia claridad y presión: La metodología deberá ser consistente y aplicación adecuada al tema central del artículo.
3. Objetividad: Las afirmaciones de los datos observados deberán ser derivadas de la información validada.
4. Referencias Bibliográficas: Deberán ser actualizadas y pertinentes al tema del artículo. Se colocarán al final de cada artículo. Siguiendo el método propuesto por American Psychological Asociación (APA) 7ta edición.

El artículo deberá cumplir con los siguientes aspectos antes de ser remitido al Comité Editorial:

1. El artículo deberá estar escrito en letra Times New Roman, tamaño 12, a doble espacio, los cuatro márgenes serán de 1 pulgada (2.54 cm.).
2. Las páginas serán enumeradas en la parte superior derecha.
3. La extensión aproximada del título es de 10 a 12 palabras y no exceder los cincuenta caracteres, incluyendo los espacios.
4. El nombre y los apellidos de cada autor (a) se anotarán debajo del título, a la izquierda y debajo se anotará cargo, institución y correo electrónico, numerando el autor (a) uno como el principal, autor (a) dos como el coautor y el autor (a) tres como coautor.
5. Deberá tener un resumen de 300 palabras indicando el objetivo, métodos, resultados, discusión y conclusiones y presentar de 3 palabras claves utilizadas en el texto en español e inglés que permitan reconocer claramente el contenido del artículo. Estos conceptos claves pueden obtenerse en la dirección electrónica siguiente: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
6. Entregar el resumen en el idioma español, inglés y portugués.
7. No indicar en el artículo nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales.
8. No se usará abreviaturas y siglas en el título ni en el resumen, su uso en el texto será limitado y en caso de utilizarla, serán las aceptadas por el diccionario de la Real Academia
9. De presentarse un artículo resultado de investigación patrocinada, se presentará en un aparte final donde se indicará el nombre del patrocinador o agradecimiento.
10. Los cuadros estadísticos y graficas serán presentados en formato Excel.

11. No presentar cuadros y graficas en Word (para efecto de esta versión). Seguir normas de APA 7ª. Ed para presentar los mismos.
12. El documento tendrá una extensión máxima de 20 páginas (es decir 5,000 palabras).
13. De utilizarse notas de pie de página serán únicamente para explicar ampliaciones en el texto.
14. El autor deberá utilizar las referencias bibliográficas siguiendo las normas de APA.
15. El artículo se acompañará de una carta del autor principal especificando que los materiales son inéditos y que no se presentaron a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la revista.
16. El autor (a) adjuntará hoja de vida y una declaración jurada indicando que si el artículo se acepta para su publicación, los derechos de producción son propiedad exclusiva de la Revista Científica Enfoque de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.
17. Todo cuadro, tabla numérica, grafica, diseño, modelo, ilustraciones enviar en blanco y negro.
18. No presentar documentos copiados y pegados de Internet (copy –paste) o de la Web, dificulta la edición, y alteran la configuración de otros documentos,
19. Levantar el texto en el programa de Windows XP profesional,
20. Participantes: Todos los Profesores y Estudiantes de la Facultad de Enfermería, del Campus Central y los Centros Regionales u otra institución nacional o internacional, siempre que en el artículo esté una profesional de la Enfermería, por ser una revista especializada.
21. Se establecerá una fecha límite de entrega del artículo por los autores. No hay prórroga en la fecha y hora de entrega.
22. Para la publicación todos los artículos deberán tener registrado la siguiente información:

Fecha de recibido:

Fecha de Arbitraje:

Fecha de aceptación para publicación

Estos datos serán registrados en la última página después de la bibliografía de cada artículo.

Sistema de Arbitraje

Todos los manuscritos presentados a la consideración de esta Revista serán evaluados bajo el sistema de pares ciegos externos a la entidad editora, asignados en base a su línea de especialización, los cuales asesoran al director de la Revista y Comité Editorial, quienes juzgarán su contenido de acuerdo con su excelencia técnica y a las instrucciones editoriales vigentes y cuya identidad será mantenida en estricta reserva. Es importante señalar que la recepción de un artículo no obliga a la revista ni a su Comité Editorial a la publicación de este.

Sin embargo, sus comentarios y recomendaciones serán enviados por el(los) Editor(es) a los autores, para su debida consideración. Una vez revisados por los respectivos pares y por el Comité Editorial, los artículos pueden entrar en las siguientes categorías:

Publicable sin correcciones. Se recomienda cuando el manuscrito está listo para su publicación. El mismo no requiere revisiones adicionales

Publicable con Correcciones Menores. Se recomiendan algunas correcciones. El manuscrito puede ser sometido después de que éstas sean aceptadas y revisadas.

Publicable con Correcciones Importantes. Se recomienda cuando se encuentran problemas importantes, algunos que requieren trabajo adicional y consideraciones por parte del autor o los autores. El manuscrito puede ser sometido después de que las consideraciones se hayan abordado y corregido según sea necesario, además de revisar que el manuscrito siga los estándares de la revista.

Manuscrito No Listo para ser Sometido. Se encuentran serias fallas en el manuscrito. El autor o los autores necesitan atender estas preocupaciones, hacer correcciones y obtener revisiones adicionales antes de ser sometido.

Una vez evaluado el trabajo, les será devuelto a los autores junto con los informes del Editor y los evaluadores, los cuales deben ser devueltos a la revista en un tiempo no menor a 20 días hábiles. De necesitar un plazo mayor, los autores deben notificar a la revista su situación y la misma debe ser aprobada por el Comité Editorial. El (los) Editor(es) se reservan el derecho de introducir modificaciones, cuando lo juzgue conveniente.

Adopción de códigos de ética

La Revista Enfoque promueve la conducta responsable en investigación y rechaza la mala práctica de esta. El uso de ideas, textos, figuras de otros autores sin dar el crédito respectivo se constituye en plagio; así como, la fabricación, la falsificación de datos y las malas conductas son fraudes en la publicación, por lo que la Revista Enfoque no tolera ninguna. Para evitar el fraude en la publicación se establecen los siguientes mecanismos de procedimiento ético:

Cuando un artículo es detectado y confirmado después de la publicación actos de plagio, fabricación, falsificación de datos y la mala conducta, se procederá de acuerdo a los lineamientos y recomendaciones del Committee on Publication Ethics (COPE <http://publicationethics.org/>), que podría causar el retiro.

La revista estará dispuesta a publicar correcciones, aclaraciones, retractaciones y disculpas cuando sea necesario.

Detección de plagio

La Revista Enfoque, se compromete al respeto e integridad de los manuscritos publicados en la revista. Por ende, el plagio está estrictamente prohibido y los textos que se identifiquen como plagio o su contenido sea fraudulento, serán eliminados de la revista incluso, aun siendo previamente publicados. La Revista actuará en estos casos con la mayor celeridad posible. Al aceptar los términos y acuerdos expresados por nuestra revista, los autores han de garantizar que el artículo y los materiales asociados a él son originales y no ha sido propuesto para publicación en ningún otro medio. También los autores tienen que justificar que, en caso de autoría compartida, todos los autores han contribuido directamente al contenido intelectual del trabajo, se hacen responsables del mismo, lo aprueban, están de acuerdo con que su nombre figure como autores de dicho trabajo y aceptan las normas de publicación de la revista. Los manuscritos sometidos a la Revista serán verificados con el programa especializado Ithenticate https://app.ithenticate.com/en_us/login licencia obtenida por la Universidad de Panamá, Vicerrectoría de Investigación y Post Grado, Oficina de Publicaciones Científicas, para el uso exclusivo de las Revistas Científicas de esta casa de Estudios.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
Prologo	
• Dra. Yolanda M. González W.	19
Editorial	
• Dra. Magali M. Díaz Aguirre	21
Artículos de Investigación	
• Comunicación y Competencia Cultural de Profesionales de Enfermería del Servicio de Hemodiálisis con Pacientes Ngäbe Buglé, 2022	23
○ Ariel Aguilar Villagra	
○ Marta E. Pérez O	
• Factores Que Inciden En La Atención En Salud De Las Personas En situación De Discapacidad En La Movilidad, Panamá, Septiembre – Diciembre 2024	44
○ Nicole De León Castillo	
• Impacto Del Síndrome Del Cuidador Cansado En Cuidadores De Personas Con Discapacidad En El Centro Ann Sullivan Panamá, 2022- 2024	62
○ Siria Simpson	
○ Yurina Castro	
• Intervenciones de Enfermería para fortalecer el autocuidado y bienestar profesional	76
○ Arelys del Cisne Vera Montesdeoca	
○ María del Carmen Sánchez Quizphe	
○ Ney David Sánchez Albán	
○ Karla Sara Pacheco Villamar	
○ Taycia Ramírez Pérez	
• El Comportamiento Del Cuidado Y Su Relación Con La Ansiedad Del Paciente De Cirugía Cardiovascular	91
○ Maryleith Ortiz	

PROLOGO

El cuidado es el tema central de esta edición de la Revista Enfoque. El cuidado es universal, pero dependiendo de donde procede la lógica a la que responde puede ser diversa, por esa razón el cuidado que proveen todos no es igual. Desde la perspectiva de enfermería el cuidado puede tomar varios abordajes o direcciones, en esta ocasión solo abordaremos el cuidado profesional. El cuidado es un aspecto o componente de la experiencia vivida de las personas y está presente en todos los contextos cotidianos los cuales están cargados de factores que influyen activamente en la respuesta humana de las personas.

La enfermera/o que práctica el cuidado profesional sustenta el cuidado en el conocimiento científico, juicio clínico, la relación enfermera-paciente con enfoque terapéutico para ayudar al otro y el conocimiento de la respuesta humana ante la experiencia vivida frente a eventos complejos interdependientes como: la salud, la enfermedad, el aislamiento, la dependencia entre otros, todos constituyen una sucesión de episodios interdependientes, durante los cuales la persona no es solo un cuerpo; llega el momento en que la atención clínica operativa no es suficiente, se activa la función de la interpretación de la experiencia significativa que se vive al enfrentar la adversidad, en ese momento la persona se encuentra sola, hay un espacio, un vacío o laguna; ese es el espacio en donde la enfermera/o brinda cuidado profesional, ese cuidado que va más allá de la intervención y que conlleva la toma de decisiones, es cuando se comprende a la persona a través de la construcción de la relación enfermera-paciente, cuyo pilar es la comunicación asertiva; es aquí donde se construye la confianza de la persona, su autonomía, se recupera la seguridad clínica, la adherencia al tratamiento, se le estimula la activación de su capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación; la toma de decisiones, el convivir y se promueve el desarrollo de la capacidad de la resiliencia en las personas.

El cuidado profesional marca la vida de las personas, induciéndolo a la respuesta humana favorable ante los eventos adversos; estos cuidados no aparecen en los registros clínico, solo encontraremos, datos clínicos como el monitoreo de signos vitales y los procedimientos y tratamientos a los cuales se le somete. Este cuidado de calidad se puede medir por la producción de la enfermera (con el expediente clínico), pero como se registra y mide lo que las personas logran posterior y gracias al cuidado profesional recibo (el cuidado profesional trasciende), que puede consistir en: la conservación de la autonomía, las actividades realizadas para lograr disipar

la incertidumbre, adquirir la capacidad para la adherencia a los cuidados y el tratamiento, esto no queda registrado en el expediente clínico.

La relación enfermera paciente es uno de los pilares sobre la cual se construye el cuidado de calidad integrando la satisfacción de las necesidades interferidas de las personas con el humanismo. Las contribuciones de la enfermería basada en la evidencia, ha enriquecido la disciplina al igual que otras corrientes que no son de enfermería con perspectivas y desafíos relacionadas a salud comunitaria y la cultura, equidad, educación para la salud, las determinantes sociales universales y al mismo tiempo las contribuciones específicas han influido en el cuidado como práctica profesional.

Los contenidos de esta edición de la Revista Enfoque responden a las diversas conceptualizaciones de Cuidado según Janice Morse y colaboradores (1990), así como factores que influyen en el cuidado.

- Con enfoque en cuidado como rasgo humano tenemos los siguientes artículos:
 - a. -El comportamiento del cuidado y su relación con la ansiedad del paciente cardiovascular;
 - b. El impacto del síndrome del cuidador cansado en cuidadores de personas con discapacidad en el CENTRO ANN SULLIVAN.
- El cuidado como imperativo moral
 - a. Comunicación y competencias cultural de profesionales de enfermería en el servicio de hemodiálisis con pacientes Ngäbe-Buglé
- El cuidado como intervención terapéutica
 - a. Intervenciones de enfermería para fortalecer el autocuidado y bienestar profesional.

Y el artículo: factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

Esperamos que todos los artículos amplíen sus conocimientos y sirvan de base para la evidencia científica en enfermería.

Dra. Yolanda González W
Decana
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá

EDITORIAL

El Cuidado humanizado, la globalización y la Competencia Cultural.

Son múltiples los retos para brindar un cuidado humanizado en una sociedad globalizada y por consiguiente multicultural. Esto nos lleva a la deducción que el cuidado científico de Enfermería esta directamente afectado por la globalización, y sus repercusiones en la salud global, que afecta los perfiles demográficos y epidemiológicos del mundo, debido a “los procesos migratorios, la propagación de enfermedades transmisibles, la coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles, el envejecimiento poblacional y a la marcada desigualdad existente a nivel mundial”, (Rojas, Escudero y Ureña, 2021).

Este panorama, exige que las y los profesionales de Ciencias de la Enfermería, adquieran competencias que involucren los aspectos culturales, y la operacionalización de teorías de nuestras disciplinas como la de la Dra. Madeline Leigninger (2002), que les den herramientas, para dar un cuidado humanizado, oportuno, empático.

La competencia cultural, para un profesional de la Enfermería es esencial. Es conceptualizada por Pedrero y colaboradore (2020.p.6), como un “proceso dinámico y continuo, que involucra la integración de conocimientos, habilidades y sensibilidad cultural, permitiendo a los profesionales de salud responder de forma adecuada y eficaz a las necesidades de usuarios de diversas raíces culturales”. Es decir, dar un cuidado holístico, culturalmente congruente y humanizado.

Cada día se hace más evidente la necesidad de esta competencia, y en ello radica la pertinencia de los artículos a presentarse en este número; los cuales en su totalidad son resultados de investigaciones que de manera explícita e implícita, demuestran la necesidad de que la profesional de Enfermería que esta en diversos escenarios ponga en práctica las teorías nuestras que enfatizan el cuidado debe considerar los aspectos culturales de la persona, la familia y la comunidad. Se desarrollan temáticas, sobre el conocimiento lingüístico al atender a la población originaria, los cuidados proporcionados por la profesional de Enfermería y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular, los factores que inciden en la atención de salud de Personas con discapacidad en la movilidad, el Cuidado de Enfermería en el fortalecimiento del autocuidado y bienestar y el Impacto del síndrome del Cuidador cansado en tutores de niños y jóvenes con discapacidad intelectual y mental.

Zazueta-Borbón et al. (2021), señalan que para que se dé una educación constante el enfermero debe dominar las habilidades de comunicación intercultural, para que el seguimiento sea sostenido y el autocuidado se desarrolle.

En todos los artículos de esta edición es de primer orden el dominio de la competencia cultural, para la toma de decisiones en el cuidado.

Este número, sin duda, enriquece, la evidencia científica en esta importante temática, que cobra gran vigencia en un mundo globalizado.

Referencias:

Leininger M y MacFarland M (2002). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. Third edition. USA: MacGraw Hill.

Pedrero, V., Bernal, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M., & Fernández, P. (2020). Desarrollo de un instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de salud. *Revista de Saúde Pública*, 54, Artículo 29, 1-12. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001695>

Rojas, G., Escudero, E., & Ureña Molina, M. del P. (2021). COMPETENCIA CULTURAL EN SALUD GLOBAL: DESAFIOS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. *Enfoque*, 28(24), 23–33. <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2161>

Zazueta-Borbón, R. Gallegos-Cabriales, E. C., & Hernández-Delgado, M. A. (2021). El rol de enfermería en la educación para el autocuidado en personas con hemodiálisis: Una perspectiva fenomenológica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 29(3), 185-194. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1183

Dra. Magali M. Díaz Aguirre
Editora

Comunicación y Competencia Cultural de Profesionales de Enfermería del Servicio de Hemodiálisis con Pacientes Ngäbe Buglé, 2022

Communication and cultural competence among nursing professionals in the hemodialysis unit working with Ngäbe Buglé patients, 2022

Comunicação e Competência Cultural de Profissionais de Enfermagem do Serviço de Hemodiálise com Pacientes Ngäbe Buglé, 2022

Ariel Aguilar Villagra

Universidad de Panamá, Centro Regional Universitario de Bocas del Toro
Facultad de Enfermería.
Panamá

ariel.aguilar-v@up.ac.pa
<https://orcid.org/0009-0001-4396-7954>

Marta E. Pérez O

Universidad de Panamá, Centro Regional Universitario de Los Santos
Facultad de Enfermería
Panamá

martha.perez@up.ac.pa
<https://orcid.org/0000-0003-3148-9323>

Recibido: 4 de abril 2026

Aceptado: 28 de mayo 2026

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v39n35.a10843>

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública agravado en poblaciones indígenas por determinantes sociales, diferencias culturales y barreras lingüísticas. La competencia cultural del profesional de Enfermería es indispensable para garantizar cuidados seguros, la adherencia terapéutica y un adecuado acompañamiento educativo en el servicio de hemodiálisis. **Objetivo:** Medir la competencia cultural del profesional de Enfermería en el cuidado de pacientes de la etnia Ngäbe Buglé con enfermedad renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal; realizado en un servicio de hemodiálisis en Bocas del Toro, Panamá. La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población de profesionales de Enfermería, con el perfil elegible del servicio elegido. Se aplicó la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), que evalúa de forma

autoadministrada las dimensiones de conocimiento, habilidad y sensibilidad cultural mediante un formato Likert. **Resultados:** El 57.1% del personal de Enfermería mostró un nivel medio de competencia cultural. La subdimensión de conocimiento cultural fue la más sólida (71.4% nivel alto), seguida de la sensibilidad cultural. la habilidad cultural resultó ser la dimensión más crítica y débil, un 85.7% de los profesionales resultó en un nivel medio. Se identificó una brecha comunicativa severa: el 69% de los pacientes Ngäbe Buglé posee un dominio escaso o nulo del idioma español. **Conclusiones:** Existe una clara contradicción entre la alta sensibilidad/conocimiento del personal y su limitada capacidad para ofrecer cuidados culturalmente congruentes. Marcadas barreras lingüísticas dificultan el encuentro cultural y la comunicación efectiva, que compromete directamente la negociación de metas terapéuticas, la educación sobre el autocuidado y la seguridad del paciente. Se concluye que el personal posee una sólida base humanista, pero carece de herramientas lingüísticas y metodológicas interculturales. Es imperativo implementar capacitaciones en comunicación e integrar variables culturales en el Proceso de Atención de Enfermería.

Palabras clave: Relaciones enfermera-paciente, barreras de comunicación; competencia cultural

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease is an issue in public health that is exacerbated among indigenous populations by social determinants, cultural differences, and language barriers. The cultural competence of nursing professionals is crucial to ensure safe care, therapeutic adherence, and adequate educational support in the hemodialysis unit. **Objective:** To assess the cultural competence of nursing professionals in the care of Ngäbe Buglé patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Methodology:** A quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study was conducted in a hemodialysis unit in Bocas del Toro, Panama. The sample consisted of the entire population of nursing professionals who met the eligibility criteria for the selected unit. The Cultural Competence Measurement Scale (EMCC-14) was administered. This self-administered tool assesses the dimensions of cultural knowledge, skill, and sensitivity using a Likert scale. **Results:** 57.1% of the nursing staff demonstrated a moderate level of cultural competence. The cultural knowledge subdimension was the strongest (71.4% of professionals scoring at a high level), followed by cultural sensitivity. Cultural competence proved to be the most critical and weakest dimension, with 85.7% of professionals scoring at an intermediate level. A severe communication gap was identified. 69% of Ngäbe Buglé patients have little or no command of Spanish. **Conclusions:** There is a clear contradiction between the staff's high cultural sensitivity and knowledge, and their limited ability to provide culturally appropriate care. Significant language barriers hinder cultural engagement and effective communication, directly endangering the negotiation of therapeutic goals, self-care education, and patient safety. It is concluded that the staff possesses a strong humanistic foundation but lacks intercultural linguistics and methodological tools. It is imperative to implement communication training and integrate cultural variables into the Nursing Care Process.

Keywords: Nurse-patient relationships, communication barriers, cultural competence

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica é um problema de saúde pública que se agrava em populações indígenas devido a determinantes sociais, diferenças culturais e barreiras linguísticas. A competência cultural do profissional de Enfermagem é indispensável para garantir cuidados seguros, adesão ao tratamento e um acompanhamento educativo adequado no serviço de hemodiálise. **Objetivo:** Medir a competência cultural do profissional de Enfermagem no cuidado de pacientes da etnia Ngäbe Buglé com doença renal crônica, em tratamento de hemodiálise. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, transversal; realizado em un servicio de hemodiálisis en Bocas del Toro, Panamá. La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población de profesionales de Enfermería, con el perfil elegible del servicio elegido. Se aplicó la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), que evalúa de forma autoadministrada las dimensiones de conocimiento, habilidad y sensibilidad cultural mediante un formato Likert. **Resultados:** 57,1% da equipe de enfermagem apresentou um nível médio de competência cultural. A subdimensão de conhecimento cultural foi a mais forte (71,4% em nível alto), seguida pela sensibilidade cultural. A habilidade cultural mostrou-se a dimensão mais crítica e fraca, com 85,7% dos profissionais em nível médio. Foi identificada uma grande lacuna de comunicação: 69% dos pacientes Ngäbe Buglé têm pouco ou nenhum domínio do idioma espanhol. **Conclusões:** Existe uma clara contradição entre a alta sensibilidade/conhecimento do pessoal e sua capacidade limitada de oferecer cuidados culturalmente compatíveis. Barreiras linguísticas marcantes dificultam o encontro cultural e a comunicação efetiva, o que compromete diretamente a negociação de metas terapêuticas, a educação sobre autocuidado e a segurança do paciente. Conclui-se que a equipe possui uma sólida base humanista, mas carece de ferramentas linguísticas e metodológicas interculturais. É imperativo implementar treinamentos em comunicação e integrar variáveis culturais no Processo de Assistência de Enfermagem.

Palavras-chave: Relações enfermeiro-paciente, barreiras de comunicação; competência cultural

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema prioritario de salud pública por su curso progresivo, su asociación con multimorbilidad y su impacto en mortalidad y discapacidad, todo lo cual está en constante crecimiento. A nivel mundial, la ERC afecta a cientos de millones de personas y genera una carga creciente de muertes y años de vida ajustados por discapacidad (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration 2020), lo que refuerza la necesidad de intervenciones clínicas y organizacionales centradas en la continuidad del cuidado (Bello et al., 2017) y la adherencia terapéutica para frenar su progresión (Kashihara et al., 2021).

Además del exigente y necesario abordaje del problema de salud descrito, otros factores lo promueven; por ejemplo, en América Latina y el Caribe, la ERC ocurre en un escenario de alta desigualdad social y heterogeneidad caracterizado por la poca capacidad de respuesta de los sistemas de salud, con brechas en detección temprana, referencia oportuna y continuidad del tratamiento. En particular, la región enfrenta retos persistentes para garantizar trayectorias de cuidado integrales y sostenidas, lo que incrementa el riesgo de progresión a falla renal y demanda de terapia de reemplazo renal (Cusumano y Rosa, 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

De este escenario destacan la disponibilidad y el acceso efectivo a diálisis, que siguen siendo inequitativos en la región, especialmente en contextos de ruralidad, pobreza y barreras geográficas, donde la capacidad instalada y los recursos humanos especializados no siempre son suficientes para cubrir la necesidad real. Esta limitación estructural afecta la oportunidad del tratamiento y condiciona desenlaces clínicos, haciendo visible la importancia de fortalecer componentes no técnicos del cuidado que influyen en comprensión, decisiones y adherencia (Liyanage et al., 2015; OPS, 2021). Dentro del espectro de vulnerabilidad global, los pueblos indígenas presentan desafíos acentuados por determinantes sociales y barreras lingüísticas sumado a las diferencias en la interpretación cultural del proceso salud enfermedad; lo que puede traducirse en menor acceso oportuno, discontinuidad terapéutica y experiencias asistenciales de menor calidad, abandono del tratamiento y aceleración de las complicaciones. (Peláez-Ballestas et al. 2018; CEPAL. 2020)

En la misma línea de pensamiento, Crews et al. (2019) afirmaron que:

Los pueblos indígenas experimentan una carga significativamente mayor de insuficiencia renal en comparación con la población general. Esta disparidad surge de una combinación

de factores biológicos, conductuales y ambientales, así como de dificultades para acceder a la atención adecuada cuando es necesario (p.243).

En este contexto, autores como Blanco-Reina et al. (2019) y Zazueta-Borbón et al. (2021), coinciden en afirmar que el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental, dado que la hemodiálisis como terapia sustitutiva renal requiere ser acompañada de procesos continuos de educación terapéutica, comunicación efectiva, establecimiento de relaciones de confianza y seguimiento sostenido, que favorezca el autocuidado del paciente. Este proceso debe desarrollarse de manera progresiva, transitando de niveles básicos a avanzados, en paralelo con la efectividad del tratamiento, lo que implica la modificación de hábitos y prácticas socioculturales, tales como la adherencia a la dieta, el control de la ingesta hídrica y el cumplimiento de la farmacoterapia.

Ante estas expectativas del cuidado, se hace imprescindible que el profesional de enfermería domine la competencia cultural, la cual debe manifestarse en prácticas observables tales como la exploración de expectativas del paciente, la negociación de metas terapéuticas y la adaptación de los procesos educativos al contexto sociocultural. Autores como Leininger (1999), Campinha-Bacote (2002) y Albougami et al. (2016) coinciden en advertir, que aplicar la competencia cultural, permite que el cuidado trascienda de la mera adopción de actitudes favorables, orientándose hacia la provisión de un cuidado culturalmente congruente, seguro, de calidad y proveyendo al paciente un encuentro cultural donde se adaptan las metas terapéuticas a las necesidades específicas y a sus propios recursos.

Todo lo anterior pone en primer plano del ámbito educativo, la necesidad de fomentar en el profesional de enfermería la competencia cultural, la cual es concebida como un “proceso dinámico y continuo, que involucra la integración de conocimientos, habilidades y sensibilidad

cultural, permitiendo a los profesionales de salud responder de forma adecuada y eficaz a las necesidades de usuarios de diversas raíces culturales”. (Pedrero et al., 2020. p. 6).

Al mismo tiempo Campinha-Bacote (2018) señala que:

La competencia cultural en enfermería se describe como un proceso dinámico, continuo y multidimensional que integra la conciencia, el conocimiento, la sensibilidad y las habilidades de comunicación esenciales para reconocer las diferencias étnicas y responder con intervenciones seguras y adaptadas a las necesidades del paciente (p.21)

Este artículo resulta pertinente, ya que aporta evidencia del dominio de la competencia cultural de los profesionales de enfermería que laboran en un servicio que atiende a población indígena con lengua materna distinta al español, cuya evolución clínica depende en gran medida de una comunicación efectiva, eficiente y asertiva entre el profesional de enfermería y el paciente.

Adicional al reto que tiene el profesional de enfermería de atender a su paciente-cliente con enfoque cultural, se suma el significado que para ellos tiene la enfermedad renal. Esta cosmovisión vincula responsable solidario de esta enfermedad a cualquiera que no pertenezca a la comunidad indígena de su procedencia, tal como lo explica Lopera-Medina (2022), cuando expresa que en las comunidades indígenas la enfermedad renal es interpretada como:

Una consecuencia directa de la pérdida de sus estilos de vida tradicionales. La introducción de hábitos alimenticios urbanos y las dificultades socioeconómicas para acceder a la prevención médica que configuran un escenario donde el daño renal se significa como un padecimiento ajeno que agrede la integridad comunitaria." (p.25)

Los hallazgos pueden orientar el diseño de estrategias institucionales (académicas y de servicio) dirigidas a la identificación de grupos con diversidad lingüística y cultural, y, en consecuencia, promover acciones de capacitación del personal de enfermería, el desarrollo de recursos comunicacionales culturalmente pertinentes y la incorporación sistemática de variables culturales en el Proceso de Atención de Enfermería. Todo ello contribuirá a fortalecer un cuidado más humanizado, integral y contextualizado para la población Ngäbe Buglé.

METODOLOGÍA

El contexto institucional es el servicio de hemodiálisis de un hospital regional de la provincia de Bocas del Toro con alto porcentaje de población objetivo y demandante perteneciente a la etnia indígena. Se empleó un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, exploratorio y de diseño transversal. Población: conformada por el total de profesionales de enfermería adscritos al servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena que suman 7. Muestra: Todos los profesionales de enfermería con al menos cinco años de experiencia profesional y un mínimo de seis meses de contacto asistencial directo con pacientes pertenecientes a la etnia del grupo de estudio; en total 7, es decir la totalidad de la población fueron incluidos en el estudio.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a la totalidad de sujetos de la población que cumplieron con el perfil de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó la escala de medición de competencia cultural para trabajadores de salud (EMCC-14), desarrollada por Pedrero et al. (2020) instrumento autoaplicado bajo supervisión, compuesto por 14 ítems redactados en positivo con respecto a las prácticas de cuidado cultural, estos 14 reactivos están agrupados en los tres subdimensiones de la competencia cultural: conocimiento, habilidad y sensibilidad cultural. La escala de respuesta del instrumento se estructuró en formato tipo Likert de cinco puntos, donde: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de

acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Los puntajes obtenidos en cada ítem se suman para generar una puntuación total, así como puntuaciones específicas para cada una de las tres subdimensiones: sensibilidad cultural, conocimiento cultural y habilidades interculturales. De la escala lickert se desprenden los siguientes niveles de competencia cultural: sin competencia 1 a 1.9, bajo nivel 2 a 2.9; medio 3 a 3.9; alto de 4 a 4.9 y 5 muy alto.

El instrumento presenta adecuada validez de contenido y consistencia interna, reportada mediante un coeficiente de alfa de Cronbach ≥ 0.70 , lo que respalda su confiabilidad para estudios en el ámbito sanitario. (Pedrero et al., 2020. p.6)

El estudio cumplió con todos los requisitos que bioética exige y por lo cual certificó su aval, se cuenta con los archivos del consentimiento informado de todos los encuestados, en el caso de los pacientes con lengua materna distinta al español se incluyó un intermediario traductor (familiar y/o profesional de salud que domina la lengua). Se guardó la confidencialidad exigida.

RESULTADOS

I Parte: sobre los pacientes atendidos por los profesionales de enfermería encuestados

Tabla 1

Pacientes del servicio objeto del estudio, según la edad y el tiempo de recibir el tratamiento de hemodiálisis

Tiempo en años en hemodiálisis		Edad en años de los pacientes de hemodiálisis					Total
		20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	
4 a 8	#	3	2	2	4	4	15
	%	100.0	100.0	100.0	80.0	100.0	93.8
14 a 18	#	0	0	0	1	0	1
	%	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	6.3
Totales	#	3	2	2	5	4	16
	%	18.8	12.5	12.5	31.3	25.0	100.0

Nota la tabla contiene el resultado de cruzar dos variables: el tiempo en año que tienen de recibir atención el servicio objeto del estudio con la edad en años que tenían al momento de encuestarlos

Distribución etaria y tiempo de tratamiento: El servicio atiende a una población diversa que abarca todas las etapas de la adultez. Resalta que el 93.8% de los pacientes tiene entre 4 y 8 años recibiendo tratamiento de hemodiálisis. Solo un pequeño porcentaje (6.3%) supera los 14 años en terapia y precisamente concentra al grupo de más edad.

Tabla 2

Pacientes del servicio objeto del estudio, según el sexo, dominio del idioma español, etnia y tiempo de recibir el tratamiento de diálisis

Tiempo en años en hemodiálisis		Sexo		Dominio del idioma español			Etnia
		Hombre	Mujer	Mucho	Poco	Nada	Nagbe Bugle
4 a 8	#	7	8	5	7	3	15
	%	100.0	88.9	100.0	100.0	75.0	93.8
14 a 18	#	0	1	0	0	1	1
	%	0.0	11.1	0.0	0.0	25.0	6.3
Totales	#	7	9	5	7	4	16
	%	44.00	56.00	31.00	44.00	25.00	100.0

Barreras lingüísticas y etnia: El 100% de los pacientes pertenecen a la etnia Ngäbe Buglé. Sin embargo, existe una brecha comunicativa crítica: el 69% de los pacientes tiene un dominio del español calificado como "Poco" (44%) o "Nada" (25%). Esto implica que la mayoría de los usuarios requiere un abordaje intercultural específico para comprender su tratamiento.

Tabla 3

Respuesta del personal encuestado acerca de cómo cuidan, se sienten y se comunican con sus pacientes que no comprenden el idioma español: dimensión sensibilidad cultural

Estrategia de comunicación aplicada	%
Le explico pausado	57
Busco traductor	43
Nivel de diferencia en la efectividad del cuidado cuando el paciente no comprende español	%
Mucha	57
Poca	29
Ninguna	14
Dimensión del cuidado más afectada	%
La calidad de la atención	57
La adherencia al tratamiento	43
Necesidades educativas acentuadas	%
Control de líquidos	29
Alimentación	14
Medicamentos	29
Cuidados del catéter	14
Cumplimiento de citas médicas	14

Todas las emociones, sentimientos y estrategias aplicadas por los profesionales de enfermería encuestados tabuladas en la Tabla 3, evidencian que hay conocimiento y sobre todo sensibilidad cultural del cuidado. Estos hallazgos hacen relevante la necesidad imperativa de intervenciones institucionales y académicas orientadas a fortalecer la comunicación terapéutica en todos los encuentros culturales de este grupo de profesionales de enfermería.

III Parte Sobre la competencia cultural de los profesionales de enfermería estudiados

Tabla 4

Profesionales de enfermería encuestados según nivel de dominio de la competencia cultural y la edad en años.

Nivel de dominio de la competencia cultural		edad en años			Total
		35 a 37	38 a 40	41 a 43	
ALTO	#	1	1	1	3
	%	33.3	50.0	50.0	42.9
MEDIO	#	2	1	1	4
	%	66.7	50.0	50.0	57.1
SUB TOTALES	#	3	2	2	7
	%	100	100	100	100
PARTICIPACIÓN DEL TOTAL	%	42.9	28.5	28.5	100

La edad y el nivel de competencia cultural: El 57.1% de los enfermeros posee un nivel Medio de dominio de la competencia cultural, resaltando con mayor porcentaje en este nivel el grupo etario más joven; en tanto que, el 42.9% alcanza un nivel Alto que concentra a los dos grupos etarios de mayor edad. Se deduce que a mayor edad mayor experiencia profesional o exposición a encuentros culturales que obligan a las enfermeras a buscar estrategias de atención culturalmente congruentes.

Tabla 5

Profesionales de enfermería encuestados según nivel de dominio de la competencia cultural y años de experiencia profesional

Nivel de dominio de la competencia cultural		Años de experiencia profesional			Total
		10 a 12	13 a 15	19 a 21	
ALTO	#	0	2	1	3
	%	0.0	50.0	100.0	42.9
MEDIO	#	2	2	0	4
	%	100.0	50.0	0.0	57.1
TOTALES	#	2	4	1	7
	%	28.5	57.1	14.0	100.0

Influencia de la experiencia: Se observa que, a mayor experiencia profesional, aumenta el nivel de dominio de la competencia cultural. El 100% de los enfermeros con 19 a 21 años de experiencia mostró un nivel Alto, a diferencia de quienes tienen entre 10 y 12 años, donde el 100% se ubicó en nivel Medio.

Tabla 6

Profesionales de enfermería encuestados según nivel de dominio de la competencia cultural y el nivel de competencia en el subdimensión sensibilidad cultural

Nivel de dominio de la competencia cultural		Nivel de la sensibilidad cultural		Total
		ALTO	MEDIO	
ALTO	#	2	1	3
	%	66.7	25.0	42.9
MEDIO	#	1	3	4
	%	33.3	75.0	57.1
TOTALES	#	3	4	7
	%	42.9	57.1	100.0

Sensibilidad Cultural: El 57.1% se encuentra en nivel medio y esta dimensión se relaciona en forma lineal con el nivel de dominio de la competencia cultural, entre más sensibilidad mayor dominio.

Tabla 7

Profesionales de enfermería encuestados según nivel de dominio de la competencia cultural y el nivel de competencia en el subdimensión conocimiento cultural

Nivel de dominio de la competencia cultural		Nivel de conocimiento cultural		Total
		ALTO	MEDIO	
ALTO	#	3	0	3
	%	60.0	0.0	42.9
MEDIO	#	2	2	4
	%	40.0	100.0	57.1
TOTALES	#	5	2	7
	%	71.4	28.5	100.0

Conocimiento Cultural: Es la dimensión más fuerte, con un 71.4% en nivel Alto y también muestra una relación lineal con la competencia cultural; entre más conocimientos mayor dominio de la competencia cultural

Tabla 8

Profesionales de enfermería encuestados según nivel de dominio de la competencia cultural y el nivel de competencia en el subdimensión habilidad cultural

Nivel de dominio de la competencia cultural		Nivel de habilidad cultural		Total
		ALTO	MEDIO	
ALTO	#	1	2	3
	%	100.0	33.3	42.9
MEDIO	#	0	4	4
	%	0.0	66.7	57.1
TOTALES	#	1	6	7
	%	14.3	85.7	100.0

Habilidad Cultural: Es la dimensión más débil y crítica, donde el 85.7% de los profesionales estudiados se ubica en un nivel Medio. Esto indica que, aunque conocen la cultura, tienen dificultades para aplicar intervenciones prácticas culturalmente congruentes y para adaptar la comunicación. Aún esta dimensión muestra relación lineal con el dominio de la competencia cultural, es decir que el nivel alto de habilidad concentra mayor porcentaje en el nivel alto del dominio.

DISCUSIÓN

En general, los resultados revelan una contradicción importante: los profesionales de enfermería poseen el conocimiento técnico y la sensibilidad hacia la población Ngäbe Buglé, pero carecen de las habilidades prácticas para ofrecer cuidados culturalmente congruentes. Estos hallazgos se oponen a los referidos por Pedreros et al. (2020) quienes en su medición de la competencia en más de cuatrocientos profesionales de enfermería chilenos obtuvieron “más alto fue conocimiento ($M = 85,6$, $de = 12,6$), seguido de habilidades ($M = 77,7$, $de = 12,7$) y sensibilidad a los propios prejuicios ($M = 58$, $de = 22,3$)” (p.7).

El análisis de la Tabla 2 confirma lo que Campinha-Bacote (2018) define como la "esencia del cuidado cultural" la comunicación y la ética. Aunque el personal tiene una actitud favorable (sensibilidad), la gráfica evidencia que el encuentro cultural (propuesto por Campinha-Bacote) se ve obstaculizado por la barrera idiomática.

La Tabla 3 revela que la desconexión entre "sentirse cómodo" (actitud) y "comunicarse efectivamente" (habilidad) es crítica en hemodiálisis. Como señalan Crew et al. (2019), las disparidades en los resultados de salud de los pueblos indígenas surgen de dificultades para acceder a una atención adecuada, lo cual incluye la comprensión total de las instrucciones médicas. Si el

enfermero se siente satisfecho, pero no logra una "negociación de metas terapéuticas" clara debido al idioma, el riesgo de discontinuidad terapéutica permanece latente.

En la Tabla 8, resalta la brecha en habilidades interculturales. Este nivel predominantemente medio en la dimensión de habilidades (85.7%) coincide con lo planteado por Albougami et al. (2016), quienes sostienen que la competencia cultural no es solo una actitud, sino la capacidad de adaptar procesos educativos al contexto sociocultural. En este estudio, la limitación para establecer metas terapéuticas congruentes y registrar creencias en el expediente refleja una falla en la aplicación del modelo de Campinha-Bacote (2002), que exige un encuentro cultural activo para negociar el cuidado.

Los hallazgos desvelan las barreras lingüísticas y riesgo en la seguridad del paciente: dado que el 69% de los pacientes tiene un dominio limitado del español, la comunicación se convierte en el principal riesgo para la adherencia terapéutica. Como señalan Blanco-Reina et al. (2019) y Zazueta-Borbón et al. (2021), la hemodiálisis requiere una educación constante sobre dieta y fármacos; sin embargo, si el enfermero no domina habilidades de comunicación intercultural, el seguimiento sostenido y el autocuidado se ven comprometidos.

En cuanto al factor de la experiencia profesional, la correlación positiva entre años de servicio y nivel de dominio de la competencia cultural refuerza la idea de Campinha-Bacote (2018), de que este es un proceso continuo y no lineal, además de multidimensional que se desarrolla a través de encuentros culturales repetidos. No obstante, no se puede depender únicamente de la experiencia empírica; se requiere una formación estructurada que integre los pilares de sensibilidad, conocimiento y habilidades propuestos por Pedrero et al., 2020.

CONCLUSIONES

Los datos de la Tablas 3 demuestran que el desafío en este hospital de Bocas del Toro no es la falta de empatía o voluntad del personal, sino la carencia de herramientas lingüísticas y metodológicas para transformar esa buena intención en un cuidado culturalmente seguro. La comunicación se mantiene en un nivel funcional básico, pero requiere elevarse a un "diálogo intercultural" profundo para impactar realmente en la adherencia a la dieta y el control hídrico del paciente Ngäbe Buglé.

El resultado relevante del conocimiento y la sensibilidad cultural alto de los encuestados, seguramente se vincula a la formación humanista que recibe el profesional de enfermería, pero adecuando esta formación al contexto local enfatizando en la lengua o idioma que en su mayoría usa la población de la región, podría facilitar el dominio de la habilidad cultural en la práctica del cuidado.

La relación lineal de los tres subdimensiones con el dominio de la competencia (a mayor conocimiento, sensibilidad y práctica de cuidado cultural hay mayor dominio de la competencia cultural), es indicativo de que, toda estrategia que se aplique con el objetivo de fomentarla, se debe considerar integralmente todos los subdimensiones y así lograr el dominio de la competencia.

El predominio de Competencia Intermedia: El personal de enfermería en el servicio de hemodiálisis posee una base sólida de conocimientos y sensibilidad cultural, pero su dominio de la competencia cultural se ve limitada por un desarrollo insuficiente de habilidades prácticas interculturales.

Vulnerabilidad Comunicativa: Existe una brecha crítica de comunicación debido a que la mayoría de los pacientes Ngäbe Buglé que se atienden el servicio objeto de este estudio, tienen un dominio

escaso o nulo del español, lo cual, sumado a las debilidades en habilidades del personal, pone en riesgo la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Necesidad de Sistematización: Se identifica una carencia en el registro de variables culturales en el expediente clínico, lo que impide que la atención sea verdaderamente congruente con la cosmovisión del paciente y dificulta la negociación de metas terapéuticas.

RECOMENDACIONES

Capacitación en Comunicación Intercultural: Implementar programas de formación continua que incluyan el aprendizaje de términos clave en lengua materna (Ngäbere) y técnicas de mediación cultural para el personal de enfermería.

Protocolizar el Cuidado Culturalmente Congruente: diseñar e integrar herramientas dentro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que permitan registrar sistemáticamente las creencias, valores y prácticas de salud de los pacientes indígenas.

Fomentar la Negociación Terapéutica: desarrollar talleres de simulación clínica donde el personal practique la exploración de expectativas y la negociación de metas de autocuidado (dieta e ingesta hídrica) bajo el modelo de enfermería transcultural de Leininger. Como herramientas útiles a este propósito están las Guías de Entrevista Adaptadas o visuales: ejemplo es la guía RALPH de Vervloet, et al. (2018) para evaluar la alfabetización en salud relacionada con los medicamentos y el tratamiento renal en pacientes con barreras lingüísticas.

Hacer alianzas con Facilitadores Culturales: Considerar la figura de mediadores o intérpretes culturales (líderes comunitarios) que reciban una capacitación previa acerca del tema y el rol a ejecutar; que permanezcan dentro de la unidad de hemodiálisis para asegurar que la educación terapéutica ofrecida por el personal de enfermería sea comprendida y aceptada por el paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albougami, A. S., Pounds, K. G., & Cayambas, M. Q. (2016). Comparison of four cultural competence models in nursing and healthcare: A descriptive review. *Global Journal of Health Science*, 8(7), 153-162. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p153>
- Bello, A. K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I. G., Feehally, J., Harris, D., Jha, V., & Johnson, D. W. (2017). Assessment of global kidney health care status. *JAMA*, 317(18), 1864-1881. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.4046>
- Blanco-Reina, E., Martínez-Felipe, G., & García-Llana, H. (2019). Intervenciones de enfermería para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes en hemodiálisis: Una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 22(1), 12-24. <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000100003>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2018). Cultural competemility: A paradigm shift in the cultural competence movement. *Trends in Nursing & Health Care*, 1(1), 20–28. DOI : <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Los pueblos indígenas en América Latina (Abya Yala): Desafíos para la igualdad en la diversidad. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45664-pueblos-indigenas-america-latina-abya-yala-desafios-la-igualdad-la-diversidad>
- Crews, D. C., Bello, A. K., & Saadi, G. (2019). Burden, access, and disparities in kidney disease. *Kidney International*, 95(2), 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.11.007>
- Cusumano, A. M., & Rosa-Díez, G. (2018). Chronic kidney disease in Latin America: Time to improve screening and detection. *Clinical Nephrology*, 89(3), 13–17. <https://doi.org/10.5414/CNP89S103>
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395(10225), 709-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Jager, K. J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V., & Zoccali, C. (2019). A single number for advocacy and communication—worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Kidney International*, 96(5), 1048–1050. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.07.012>
- Kashihara, N., Isaka, Y., Kanda, E., Okada, H., & Nangaku, M. (2021). Chronic kidney disease (CKD) as a global public health problem and the importance of continuity of care. *Hypertension Research*, 44(11), 1433-1445. <https://doi.org/10.1038/s41440-021-00721-z>
- Leininger, M. (1999). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). McGraw-Hill. : https://www.google.com/books/edition/_/zStpAAAAMAAJ

- Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H., Okpechi, I., Zhao, M. H., Lv, J., Garg, A. X., Knight, J., Rodgers, A., Gallagher, M., Kotwal, S., Cass, A., & Perkovic, V. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975–1982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61601-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61601-9)
- Lopera-Medina, M. (2022). Enfermedad renal crónica en comunidades vulnerables: necesidades de salud y respuesta de los sistemas sanitarios desde un enfoque intercultural. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21(42), 18-33. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ercv>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Enfermedad renal crónica en las Américas: Situación y desafíos*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54823>
- Peláez-Ballestas, I., Granados, Y., Quintana, R., Álvarez-Hernández, E., Pacheco-Tena, C., & Loyo, E. (2018). Burden of rheumatic diseases in Indigenous populations: Cultural and social determinants. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 32(2), 215–231. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.08.010>
- Pedrero, V., Bernales, M., Chepo, M., Manzi, J., Pérez, M., & Fernández, P. (2020). Desarrollo de un instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de salud. *Revista de Saúde Pública*, 54, Artículo 29, 1-12. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001695>
- Vervloet, M., Van Dijk, L., Rademakers, J., & Koster, E. (2018). Recognizing and Addressing Limited Pharmaceutical literacy: Development of the RALPH interview guide. *Research*

in Social and Administrative Pharmacy, 14(11), 1061–1068.

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.04.031>

Zazueta-Borbón, R. Gallegos-Cabriaes, E. C., & Hernández-Delgado, M. A. (2021). El rol de enfermería en la educación para el autocuidado en personas con hemodiálisis: Una perspectiva fenomenológica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 29(3), 185-194.

[http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1183)

[1183](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1183)

Factores que inciden en la atención en salud de las Personas en Situación de Discapacidad en la movilidad, Panamá, septiembre – diciembre 2024

Factors affecting health care for People with mobility Disabilities in Panamá, september–december 2024

Fatores que incidem na atenção à saúde de Pessoas com Deficiência de mobilidade, Panamá, setembro – dezembro 2024

Nicole De León Castillo

Investigadora Independiente

Panamá

nicolenicole2317@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-5763-2452>

Fecha de Recepción: 22 de marzo 2025

Fecha de Aceptación: 22 de mayo 2026

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v39n35.a10846>

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la discapacidad es un fenómeno que va en aumento y, aún con los avances y modernizaciones, las personas en situación de discapacidad en la movilidad enfrentan desafíos significativos para acceder a servicios de salud adecuados y oportunos. Estos desafíos son consecuencia de la innumerable cantidad de barreras que no solo limitan su bienestar físico y mental, sino que, aunado a esto, pueden exacerbar las desigualdades sociales. **Objetivo:** Conocer las principales barreras a las que se enfrentan las personas en situación de discapacidad en la movilidad para recibir atención de salud en Panamá. **Metodología:** se utilizó una metodología de tipo descriptivo de corte transversal, con un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se empleó la encuesta como técnica, utilizando como instrumento una adaptación de la Encuesta Modelo de Discapacidad. **Resultados:** Las principales barreras que inciden en la atención en salud de las personas con discapacidad son el transporte, el factor monetario y el diseño de las infraestructuras, carreteras y comunidades, siendo el transporte por el cual se ven mayormente afectados. **Conclusión:** La mayor parte de los encuestados tiene una dificultad significativa para cuidar de su salud y recibir las atenciones que necesita. Hay inaccesibilidad a servicios, a información, a recursos y por ende a una buena calidad de vida. Siendo así, este estudio una base que demuestra la necesidad crítica de analizar las políticas existentes, de trabajar en la sensibilización y abordar con un

enfoque integral todas aquellas barreras que interfieren en la independencia de este grupo de población, creando la discapacidad y afectando su bienestar.

Palabras Claves: Discapacidad, Atención en Salud, Barreras de Accesibilidad.

ABSTRACT

Introduction: Today, disability is a growing phenomenon. Despite advances and modernization, people with mobility disabilities face significant challenges in accessing adequate and timely health care services. These challenges result from the countless barriers that not only limit their physical and mental well-being but also exacerbate social inequalities. **Objective:** To identify the main barriers faced by people with mobility disabilities in accessing healthcare in Panama. **Methodology:** A descriptive cross-sectional methodology was used, with non-probabilistic convenience sampling. A survey was employed as the research technique, using an adapted version of the Model Disability Survey as the instrument. **Results:** The main barriers affecting healthcare for people with disabilities are transportation, financial constraints, and the design of infrastructure, roads, and communities, where transportation is the factor that most significantly impacts them. **Conclusion:** Most respondents face significant difficulties managing their health and receiving needed health care. There is a lack of access to services, information, and resources, thus hindering a good quality of life. This study provides a foundation demonstrating the pressing need to analyze existing policies, raise awareness, and adopt a comprehensive approach to address all barriers that interfere with this group's independence, causing disability and affecting their well-being.

Keywords: Disability, Health Care, Accessibility Barriers.

RESUMO

Introdução: Atualmente, a deficiência é um fenômeno que está aumentando e, mesmo com os avanços e modernizações, as pessoas com deficiência na mobilidade enfrentam desafios significativos para acessar serviços de saúde adequados e oportunos. Esses desafios são consequência da enorme quantidade de barreiras que não apenas limitam seu bem-estar físico e mental, mas, além disso, podem agravar as desigualdades sociais. **Objetivo:** Conhecer as principais barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam na mobilidade para receber atendimento de saúde no Panamá. **Metodologia:** foi utilizada uma metodologia do tipo descritiva transversal, com amostragem não probabilística, por conveniência. A pesquisa foi empregada como técnica, usando como instrumento uma adaptação da Pesquisa Modelo de Deficiência. **Resultados:** As principais barreiras que afetam o atendimento de saúde das pessoas com deficiência são o transporte, o fator econômico e o design das infraestruturas, estradas e comunidades, sendo o transporte o que mais as afeta. **Conclusão:** A maior parte dos entrevistados tem uma dificuldade significativa para cuidar da sua saúde e receber os

atendimentos de que precisa. Há inacessibilidade a serviços, informações, recursos e, portanto, a uma boa qualidade de vida. Sendo assim, este estudo serve como base para demonstrar a necessidade crítica de analisar as políticas existentes, trabalhar na conscientização e abordar com uma abordagem integral todas aquelas barreiras que interferem na independência deste grupo da população, criando deficiência e afetando seu bem-estar.

Palavras-chave: Deficiência, Atenção à Saúde, Barreiras de Acessibilidade.

INTRODUCCIÓN

La accesibilidad a la atención en salud es un derecho de todos los seres humanos. El garantizar que se cumpla con este derecho, es un eje fundamental para la inclusión y el bienestar general de la población, independientemente de sus condiciones físicas.

La World Health Organization (2023), explica que 1 de cada 6 personas en el mundo tiene una discapacidad importante, la mayoría de ellas en países en vías de desarrollo. De estos, aproximadamente el 12% (66 millones de personas) forman parte de la población de América Latina y el Caribe.

Generalmente, este grupo de población enfrenta inequidades y falta de oportunidades que se traducen en una ruta a condiciones de vida desfavorables que maximizan el riesgo para la salud, lo que hace relevante el estudio de temas en materia de discapacidad que permiten identificar la desigualdad que enfrentan en temas de salud y calidad de vida.

Según Santos, et al. (2019), “No existe calidad asistencial para la discapacidad en América Latina debido a la dificultad de acceso a servicios de salud por factores demográficos y sociodemográficos”; esta afirmación refleja una legítima preocupación, ya que factores sociodemográficos como la distribución de la población en áreas urbanas y rurales, la distancia geográfica de los centros de atención y la escasez de infraestructura de salud adaptada a la población con discapacidad en la movilidad, incluyendo otros aspectos como el ingreso económico y el nivel educativo; influyen directamente en la atención en salud que reciben. Estos desafíos a los que se enfrentan día a día en América Latina las personas en situación de discapacidad indudablemente representan barreras para el acceso.

Consecuentemente, las personas con discapacidad física tienen cada vez una percepción más disminuida sobre su posibilidad de tener una calidad de vida, y esto es en consecuencia a las

múltiples barreras que enfrentan para obtener los recursos necesarios para subsistir y mantenerse saludables, estando entre los principales una atención en salud oportuna.

Por lo tanto, los factores que inciden en la atención de salud que recibe una persona se deben a las condiciones que enfrenta desde que nace, crece, vive, trabaja y envejece. Estas situaciones de vida a las que se enfrentan las personas con discapacidad se conocen como determinantes de la salud (Lema & Rodríguez, 2020).

Analizando esto, los datos demuestran que la situación de la atención en salud en América Latina es compleja. Pues, la atención de salud es una necesidad que por un marco social sin políticas estrictas para la atención de personas con discapacidad tiene muchas falencias, lo que desencadena una alta expectativa en la promoción de la accesibilidad a la atención en salud.

En Panamá, las personas en situación de discapacidad en la movilidad enfrentan grandes limitaciones para acceder a los servicios de salud, por las múltiples barreras que les impiden utilizarlos libremente y perpetúan las desigualdades afectando su bienestar físico, mental y social; por la persistencia de deficiencias informativas, estructurales, económicas y sociales.

De esta manera, para el personal de salud, dentro del cual se incluye Enfermería, constituye un reto cada vez más grande el garantizar la accesibilidad a la atención holística a toda la población.

El estudio, centra su enfoque en aquellos factores que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad, explorando mediante un análisis exhaustivo las barreras informativas, arquitectónicas, económicas, físicas y sociales, así como las características sociales, económicas y demográficas que pueden afectar significativamente su acceso a la salud y su calidad de vida.

Teniendo en cuenta esto, el potencial del estudio radica en la posibilidad que tiene para informar y guiar a la formulación de nuevas políticas en beneficio de este grupo de población; así como también para la ejecución de prácticas clínicas más inclusivas.

DESARROLLO

Desde la perspectiva de la Atención en Salud, cabe resaltar que, por sí solo el sistema de salud se considera un determinante social; capaz de tener un impacto significativo en cómo las personas acceden a la atención sanitaria y hacen verídico su derecho a la salud.

Para las personas con discapacidad en la movilidad este enfoque de Atención en Salud desempeña un papel crucial. Pues, se explica en el informe de discapacidad de la OMS (2011) que, “dependiendo de las circunstancias, las personas con discapacidad pueden experimentar una mayor morbilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, y enfermedades relacionadas con la edad”.

Consecuentemente, las instalaciones de salud deben estar adaptadas a las necesidades de las personas con discapacidad en la movilidad, el personal debe estar capacitado para recurrir a otras medidas que permitan ofrecer una atención digna, y la atención debe incluir programas asistenciales frente a dificultades mayores en el acceso a la atención que puedan suponer complicaciones y una disminución de su calidad de vida (OMS, 2011).

Al hacer énfasis en la atención en salud para las personas con discapacidad en la movilidad, un modelo cuya adaptabilidad permite un mayor entendimiento, es el modelo de sistemas de Betty Neuman.

Modelo de Sistemas de Betty Neuman

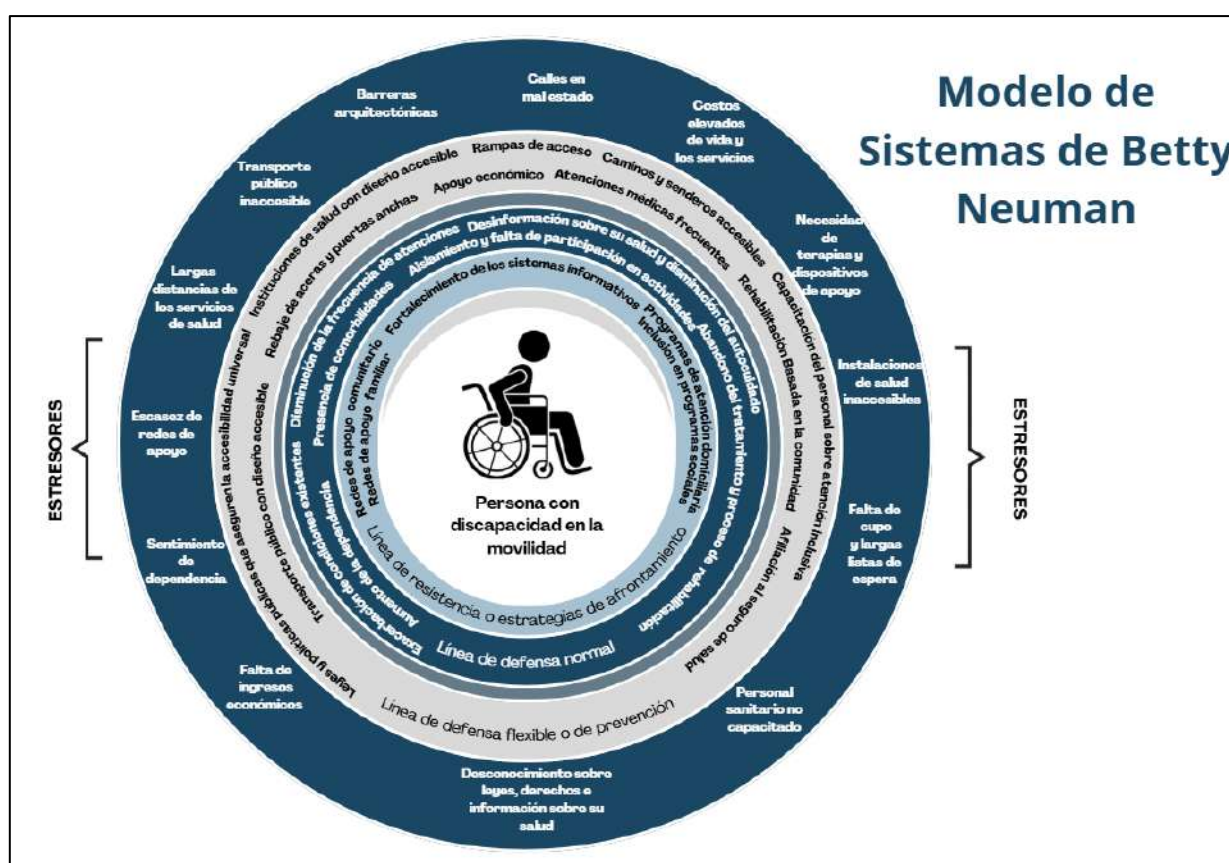
El Modelo de Sistemas de Betty Neuman puede ser ampliamente desarrollado en el tema discapacidad, ya que abarca los 4 metaparadigmas de Enfermería (persona, entorno, enfermería y salud).

Betty Neuman señala que con este modelo es posible visualizar a la persona o paciente como un sistema abierto que está constantemente en interacción con el entorno. Este cliente o paciente, está formado por características internas y externas que componen su estructura de vida, pues la persona se forma de un conjunto de variables y desarrolla líneas de defensa o resiliencia para afrontar los estresores que ponen en riesgo su sistema (Hannooddee & Dhamoon, 2023).

De acuerdo con el diagrama Adaptado del modelo de Betty Neuman, con sustento en los datos obtenidos, se puede observar en el núcleo a la persona, las tres líneas de defensa que lo rodean (línea de resistencia, línea de defensa normal, línea de defensa flexible) y los factores estresores. Esto, basado en como los distintos factores estresores y las líneas de defensa débiles que tiene la población con discapacidad en la movilidad, afectan la estabilidad de su sistema y sus mecanismos de afrontamiento para mantener un estado completo de bienestar.

Figura 1.

Adaptación del Modelo de Sistemas de Betty Neuman.



Nota: Adaptación del Modelo de B. Neuman. Elaboración propia

Primeramente, se encuentran los factores estresores, estos pueden ser intrínsecos o extrínsecos, en el caso de las personas con discapacidad en la movilidad encuestadas, incluyen las largas distancias, falta de transporte accesible, instituciones con infraestructura no adaptada, entre otros. Por consiguiente, se observa la primera línea de defensa flexible, en esta se encuentran los factores preventivos para que no se afecte su estado de bienestar.

En la segunda línea, se presenta el caso de la mayor parte de los encuestados, considerando que la primera línea de defensa ha fallado. En esta segunda línea se ha visto afectado el estado de salud de la persona, ha aumentado su dependencia, se presentan mayormente comorbilidades y su condición de salud se ve exacerbada, así como también están desinformados y ha disminuido su autocuidado.

De esta manera, se llega a la tercera línea de defensa, en esta se resaltan las estrategias de afrontamiento necesarias, resistir o enfrentar los factores estresantes, esto incluye el apoyo económico, familiar y comunitario, así como el desarrollo de nuevas políticas y leyes de accesibilidad universal.

METODOLOGÍA

En la investigación desarrollada se utilizó una metodología de tipo descriptivo de corte transversal, lo que permitió describir los factores o barreras que inciden en la atención en salud de las personas en situación de discapacidad en la movilidad en Panamá.

La población estuvo constituida por personas con discapacidad en la movilidad que se encontraban debidamente registradas en la Secretaría Nacional de Discapacidad y agrupadas en diversas asociaciones afines. Entre las asociaciones integradas se encuentra la Asociación de Personas con Movilidad Reducida en Colón, y programas del SENADIS en Coclé, Colón, Herrera, Panamá y Veraguas.

Por su parte, el tamaño de la muestra fue de 112 personas en situación de discapacidad en la movilidad. En este caso, para el proceso de selección de la muestra no fue necesario el cálculo de esta, ya que el método de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia y que los individuos fueron seleccionados por características específicas (Mayores de 18 años con discapacidad en la movilidad física) y su disposición a formar parte del estudio.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta con el cuestionario como instrumento. El cuestionario utilizado contaba con 14 preguntas cerradas, 1 pregunta abierta, 6 preguntas de selección múltiple y 1 pregunta tipo escala Likert. En este caso, el cuestionario fue elaborado a partir de una adaptación del instrumento utilizado en la Segunda Encuesta

Nacional de Discapacidad (Encuesta Modelo de Discapacidad), seleccionando las preguntas de relevancia para lograr los objetivos del estudio (World Health Organization, 2017).

Es de resaltar que, este instrumento cumple con los criterios de validez y confiabilidad previamente verificados en la realización del instrumento original por la OMS. La confiabilidad de la encuesta completa fue ampliamente evaluada, a lo que demostró resultados sólidos; y los estudios realizados a nivel de América Latina, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, demostraron un valor superior a 0.9. Por lo cual, se determina que tiene una alta confiabilidad.

De este modo, las adaptaciones realizadas al cuestionario se llevaron a cabo procurando que se efectuaran modificaciones mínimas, y se mantuviera la integridad y los criterios de confiabilidad de la encuesta original. Para esto, se realizaron evaluaciones repetitivas, y se contó con la revisión y aprobación de la encuesta por parte de expertos pertenecientes a la Secretaría Nacional de Discapacidad.

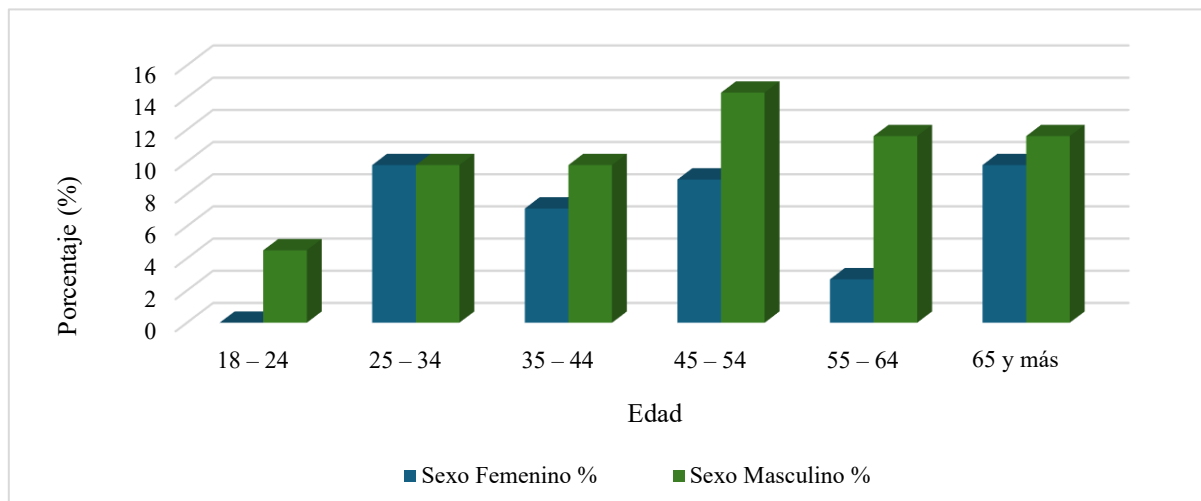
Una vez obtenidos los datos, se agruparon en tablas de frecuencia según las variables y se realizó un análisis porcentual de estos, con medidas de tendencia central (moda, mediana y media) y de dispersión (rango, varianza y desviación estándar).

RESULTADOS

Los datos obtenidos evidencian una variación significativa en la prevalencia por sexo de personas en situación de discapacidad en la movilidad, demostrando que pertenecen principalmente al género masculino. Esta prevalencia resultó ser del 61.6% (69) en el género masculino, a diferencia del femenino que tuvo un total 38.4% (43).

Figura 2.

Personas en situación de discapacidad en la movilidad por sexo según edad. Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota: n 112

Esta proporción, se mantiene en todos los rangos de edad, lo que podría estar significativamente relacionado con aspectos como el estilo de vida y ocupación que los expone a riesgos físicos en sus edades productivas, acompañado de su poca o nula asistencia a los servicios de salud.

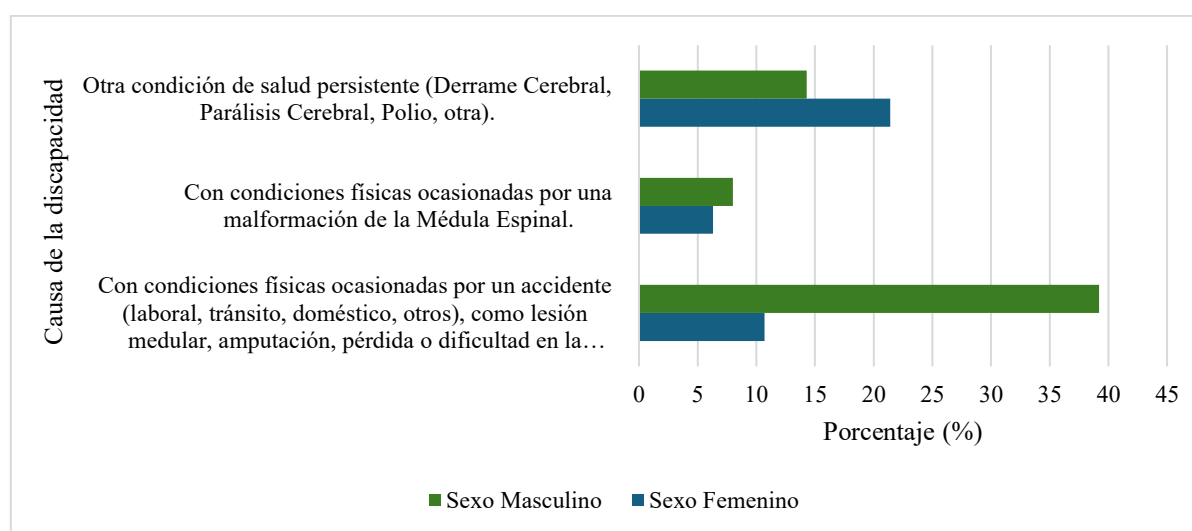
En cuanto a los grupos de edades, cabe resaltar que la minoría de los encuestados están entre los 18 y 24 años (4.5%), mientras que la mayoría se ubica entre los 45 a 54 años (23.2%), seguida del grupo de 65 años y más con un 21.4%.

Por lo tanto, en una visión general puede detectarse que el promedio de edad es de 48 años y la mediana de edad se encuentra entre los 45 a 54 años con una mediana exacta de 49.5 años, y que más de la mitad de las respuestas obtenidas (58.9%) son de personas de 45 años en adelante, es decir de mayor edad. Esto relacionado a que posterior a los 40 años de manera natural el cuerpo humano empieza a denotar un desgaste significativo. Es en la mediana edad que surgen enfermedades como la hipertensión, diabetes y demás problemas cardiovasculares, así como otro tipo de trastornos neurológicos que a largo plazo pueden tener un impacto significativo en la movilidad (Ahmad et al., 2017).

Otro de los hallazgos relevantes es la causa de la discapacidad. Los datos revelaron que el 50% de los encuestados presentan condiciones físicas ocasionadas por accidentes, 14.3% por una malformación de la médula espinal y el 21.4% por otras condiciones de salud que incluye la parálisis cerebral, enfermedades cerebrales, poliomielitis, entre otras.

Figura 3.

Personas en situación de discapacidad en la movilidad por sexo según causa de la discapacidad. Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



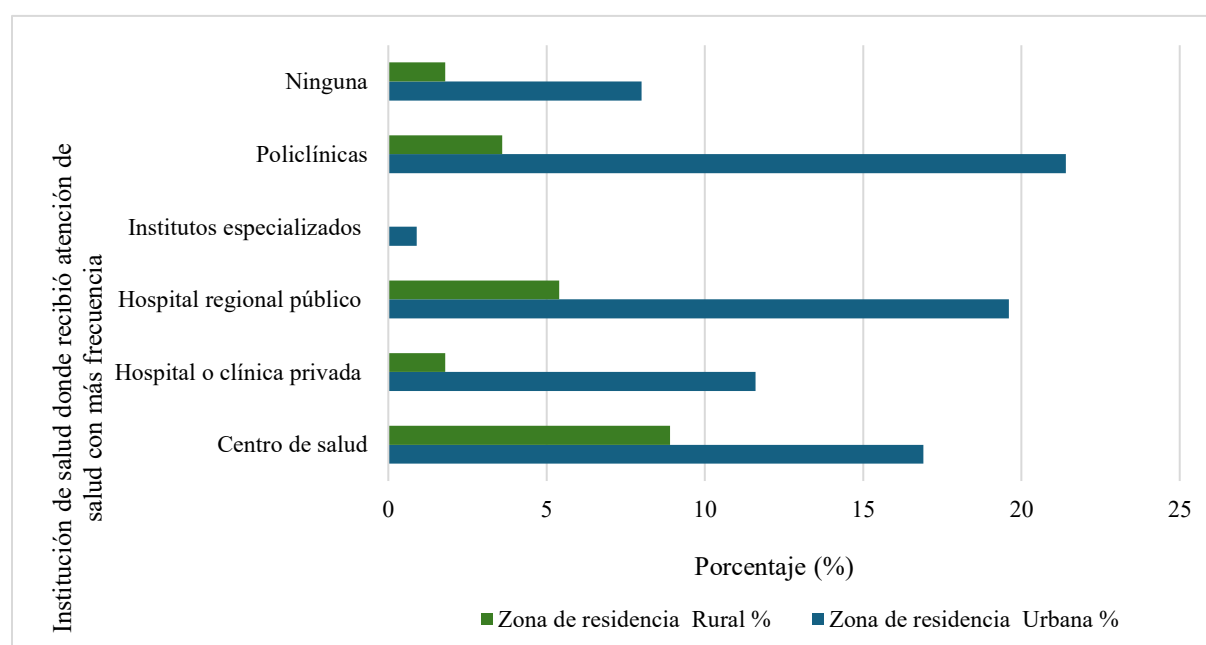
Nota: n 112

En efecto, este análisis demuestra que la discapacidad física está asociada principalmente a causas exógenas, es decir que la persona no nace con ella, sino que, por diversos factores biológicos o ambientales, la adquiere durante su vida. Por lo cual, lo que mayormente predomina son los accidentes de tránsito, laborales y domésticos como desencadenantes de lesiones graves que conllevan a amputaciones, lesiones medulares y pérdida de la funcionalidad de las extremidades, así como los accidentes cerebrovasculares, parálisis cerebral, poliomielitis, entre otras.

Por otro lado, en cuanto a la dificultad para acceder a los servicios de salud, esta es particularmente mayor en las áreas rurales por las condiciones de sus residencias y las largas distancias para acceder a una institución de salud.

Figura 4

Personas en situación de discapacidad en la movilidad por zona de residencia según institución donde recibió atención de salud con más frecuencia. Panamá. Septiembre - diciembre, 2024



Nota: n 112

Siguiendo al grupo perteneciente al área rural, solo un 5.4% (6) recibieron atención en un hospital regional público, 3.6% (4) en policlinicas, 1.8% (2) en clínicas y hospitales privados, y el otro 1.8% perteneciente a aquellos que no recibieron ninguna atención. Además, ninguno de los encuestados en esta área recibió atenciones en un instituto especializado.

En términos de salud, estos datos sugieren una realidad preocupante, por la accesibilidad limitada con la que cuenta este grupo de población sobre todo en áreas rurales. En el medio rural la disponibilidad y organización de los servicios de salud se basa en asistencia pública

por redes integradas de primer nivel (centros de salud o clínicas pequeñas), que están limitadas a la atención primaria y sin especialistas en rehabilitación. Por lo tanto, aunque existen redes de servicios estas son de baja complejidad y no pueden cubrir todas las necesidades de la población con discapacidad en la movilidad (Cordero, 2021).

Además, en comunidades rurales los saberes locales tienen una fuerte influencia y consideran que las enfermedades tienen más causas y curas naturales, por lo cual, para ellos no es necesario o una prioridad recibir atención ante una dolencia o enfermedad, o realizarse controles de salud.

En cuanto a la baja asistencia en institutos especializados, esta sugiere que inclusive en áreas urbanas donde se cuenta con una mayor red de servicios, las barreras de acceso permanecen, y son la falta de transporte, falta de información sobre programas y servicios, y los altos costos de la vida sumado a la pobreza, que pueden ser limitantes para que las personas con discapacidad en la movilidad adquieran la atención que necesitan.

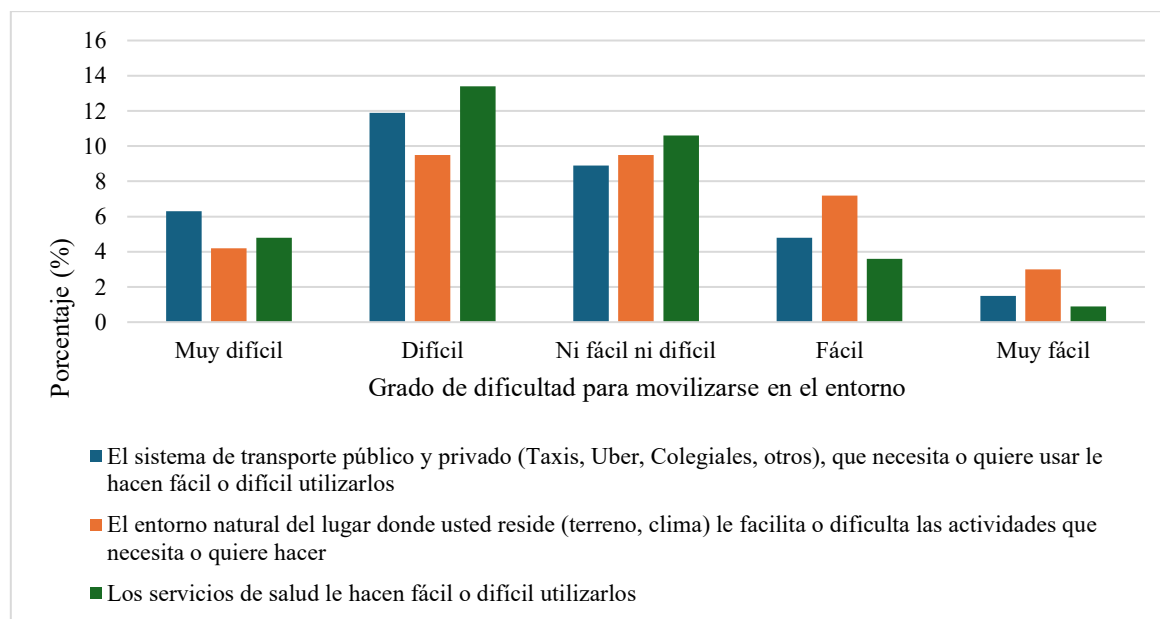
Frente a esta problemática, se puede señalar la tendencia de la OMS “Rehabilitación basada en la comunidad” (RBC). Por medio de la RBC es posible empoderar a la comunidad mediante programas de capacitación en terapias de rehabilitación física, fabricación de sillas de rueda y dispositivos de apoyo, entre otros. De manera que la comunidad no dependa únicamente de una institución especializada, sino que tengan las herramientas para realizar una parte importante por ellos mismos (OMS, 2012).

Finalmente, en el área urbana, es importante fortalecer los programas de apoyo, la telemedicina y ferias de atención, así como garantizar la accesibilidad a transporte adaptado para la población. Por lo tanto, es necesario minimizar las dificultades de acceso en comunidades alejadas y en la población urbana, priorizando estrategias inclusivas basadas en la comunidad.

En cuanto a la percepción del grado de dificultad para movilizarse en el entorno. De acuerdo con el total de respuestas, se pudo detectar que el 50% de los encuestados enfrentan dificultades y barreras importantes para movilizarse en su entorno y acceder a los servicios de salud. En el punto medio, el 29.1% no considera ni fácil ni difícil desplazarse en su entorno y solo un 20.9% correspondiente, tener facilidad para movilizarse.

Figura 5.

Personas en situación de discapacidad en la movilidad por grado de dificultad para movilizarse en el entorno según las características del entorno. Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota: n 112

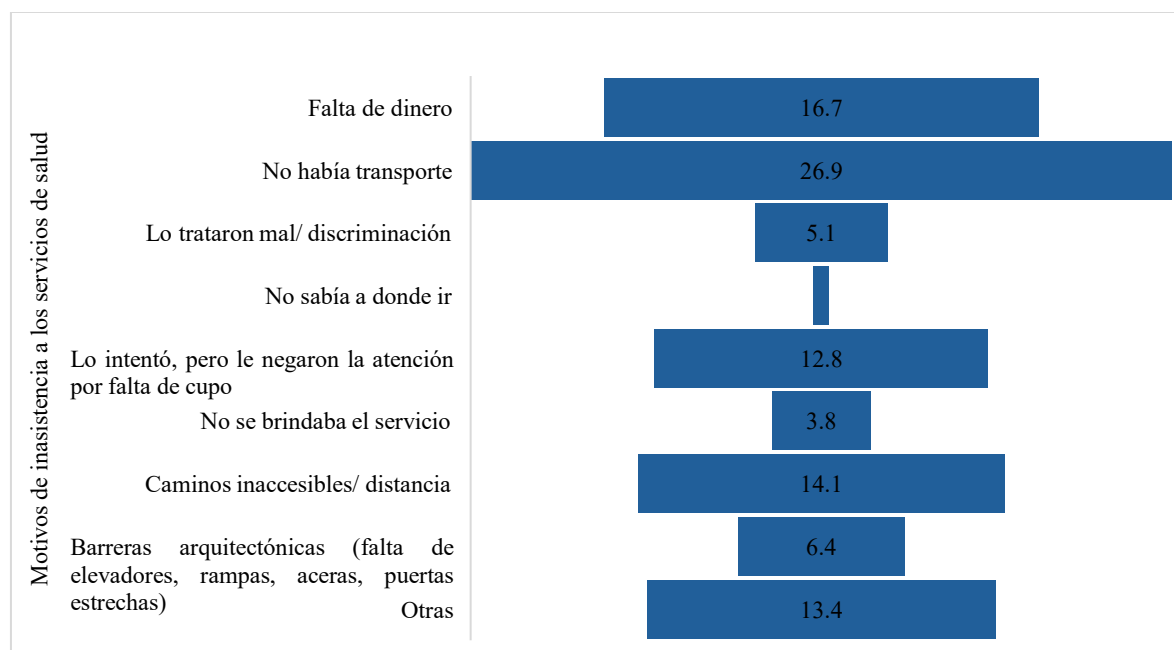
En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, es innegable que existe una problemática, pues solo el 4.5% (15) tiene facilidad para acceder a estos, mientras que el 18.2% (61) de los encuestados presenta dificultades. Esto sugiere que, las barreras en general están afectando la manera en que las personas con discapacidad pueden utilizar los servicios de salud.

Las personas con discapacidad en la movilidad tienen necesidades de salud más variadas y complejas, así como su estado de salud suele ser más desfavorable que el de la población general. Por lo tanto, el conjunto de servicios disponibles, deben ser también accesibles. Desde una perspectiva de derechos humanos, utilizando de referencia el Modelo Social de discapacidad, la discapacidad es algo creado por las barreras y actitudes de la sociedad, no un rasgo o característica que posee la persona. Por lo tanto, es la sociedad quien crea muchas de las barreras incapacitantes que deben eliminarse, en lugar de intentar “curar” la discapacidad (UNICEF, 2021).

Finalmente, en lo que se refiere a las barreras de accesibilidad, la falta de transporte accesible, la falta de dinero y los caminos inaccesibles, son las tres principales causas por las que las personas con discapacidad en la movilidad no asisten a los servicios de salud.

Figura 6.

Personas en situación de discapacidad en la movilidad según motivos de inasistencia a los servicios de salud. Panamá. Septiembre - diciembre, 2024.



Nota: n 112

El transporte público como una barrera, representa la principal razón por la cual los encuestados no asisten a las instituciones de salud, siendo un 26.9% (46) quienes señalan la falta de un transporte público accesible.

Al contrastar estos resultados con la literatura existente, se sustenta el hecho de que en la actualidad el transporte es una de las principales limitaciones para que las personas con discapacidad puedan vivir dignamente y acceder a servicios como la salud, el empleo y la educación, restringiendo su libre desplazamiento y afectando su calidad de vida.

Un sistema de transporte público accesible debe considerar todos los posibles problemas a los que pueden verse enfrentados los usuarios no solo físicamente, sino garantizando que

pueden utilizarlos cómo y cuándo lo necesiten, estando informados sobre los servicios que brindan, sobre cómo utilizarlos y tener los medios para pagarlos (Restrepo, 2019).

En cuanto a la falta de dinero, como expone Ríos (2013), “existe un vínculo directo entre la pobreza y la discapacidad”. Los resultados obtenidos reflejan que un 16.7% (26) de los encuestados refieren que la falta de dinero es otra de las barreras significativas para poder recibir la atención que necesitan.

Según el Banco Mundial (2022), en 1 de cada 5 hogares en situación de pobreza extrema vive una persona con discapacidad. De acuerdo con esto, adquiere sentido el término “La discapacidad empobrece”, pues con frecuencia las personas en situación de discapacidad se ven atrapadas en la inequidad y la pobreza como consecuencia de la discriminación social y física que viven día a día. Además, se ven enfrentados a un mayor costo de vida por su necesidad de tratamientos continuos, compra de medicamentos, y el acceso limitado a empleo por la falta de oportunidades.

En tercer lugar, se presentan los caminos inaccesibles y distancias de las instituciones de salud, con 14.1% de respuestas obtenidas por parte de los encuestados. Estos datos reflejan que ciertamente la falta de veredas, calles pavimentadas y la desigualdad geográfica en áreas rurales y urbanas, representan un problema crítico para las personas con discapacidad en la movilidad.

Todos estos datos reflejan la necesidad de priorizar en la implementación de políticas públicas que les permitan a las personas en situación de discapacidad en la movilidad ejercer sus derechos sin barreras, y poder acceder a un sistema de salud de calidad.

CONCLUSIONES

Respondiendo a los objetivos de la investigación, se pudo determinar que las principales barreras que inciden en la atención en salud de las personas con discapacidad son el transporte, el factor monetario y el diseño de las infraestructuras, carreteras y comunidades, siendo el transporte por el cual se ven mayormente afectados. La exclusión y afectación de los derechos se ha vuelto una normalidad para las personas en situación de discapacidad en

la movilidad, pudiendo estar relacionado a que es su diario vivir enfrentarse a situaciones difíciles y un limitado acceso a los servicios que necesitan.

Por otro lado, pudo comprobarse que, en el caso de las personas con discapacidad, el uso que dan a las instalaciones de salud es generalmente en aquellas de primer nivel, es decir que mayormente obtienen atenciones de baja complejidad, estando esto relacionado a la falta de instituciones con especialistas en las áreas rurales, la dificultad para movilizarse largas distancias, la dificultad de transporte y la falta de recursos para costearlos.

En cuanto a la aplicación de la Teoría de Enfermería, el Modelo de Sistemas de Betty Neuman proporciona una perspectiva funcional de las barreras como estresores que pueden afectar la estabilidad de la persona si no se tienen fuertes líneas de defensa. Por lo tanto, esta teoría, proporciona un marco de referencia para el estudio de las personas en situación de discapacidad desde la perspectiva del cuidado holístico en Enfermería, que permita trabajar en la minimización de barreras y una atención inclusiva.

Finalmente, los hallazgos de la investigación representan una base de datos concretos que, una vez entregados a los tomadores de decisiones, serán de utilidad para el diseño de políticas, estrategias y programas sociales que mejoren la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios con una muestra más amplia, que puedan fortalecer la investigación existente, abarcar otras zonas del país y proporcionar información más profunda sobre las barreras que afectan a este grupo de población.

Además, estudiar a mayor profundidad las diferencias que existen entre las áreas urbanas y rurales del país para determinar los desafíos específicos que enfrentan en cada una y comprender sus experiencias mediante datos cualitativos.

Por otro lado, debido a que la mayor parte de las barreras detectadas en este estudio son estructurales, a futuro sería necesario estudiar a mayor profundidad las barreras sociales y actitudinales que en la actualidad representan una importante limitante y afectación a la dignidad de las personas en situación de discapacidad en la movilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, N. A., Kasim, N. M., Mahmud, N. A., Yusof, Y. M., Othman, S., Chan, Y. Y., Razak, M. A. A., Yusof, M., Omar, M., Aziz, F. A. A., Jamaluddin, R., Wong, N. I., & Aris, T. (2017). Prevalence and determinants of disability among adults in Malaysia: results from the National Health and Morbidity Survey. *BMC Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4793-7>
- Banco Mundial. (2022). Rompiendo barreras - Inclusión de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. En *World Bank*.
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. *Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero I*. <https://www.redalyc.org/journal/3873/387368391031/html/>
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Current Reviews In Musculoskeletal Medicine*, 8(2), 134-138. <https://doi.org/10.1007/s12178-015-9273-z>
- Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2023, 17 julio). *Nursing Neuman Systems Model*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>
- Lema, C. P. H., & Rodríguez, A. V. A. (2020). Discapacidad y determinantes sociales de la salud en personas con enfermedad cerebrovascular, San Juan de Pasto (Colombia). *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública*, 38(1), 1-15. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e336697>
- OMS. (2012). Guía para la rehabilitación basada en la comunidad. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Introducci%F3n_spa.pdf;jsessionid=D03F3B4DA973D724D8854BF4FD937A37?sequence=42
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. *Ginebra: Banco Mundial*, 27. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-33154>

- Restrepo, J. (2019). Análisis de la accesibilidad en el transporte público para personas con discapacidad en la ciudad de Medellín. <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/handle/20.500.12746/3518>
- Ríos, B. M. (2013). Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 9-32. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.01.01.01>
- Santos, D. B. C. D., Vázquez-Ramos, V., Da Costa Cunha Oliveira, C., & Arellano, O. L. (2019). Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 1-20. <https://doi.org/10.11600/1692715x.17206>
- UNICEF. (2021). *Modelo Social y Políticas de la discapacidad*. [https://www.unicef.org/nicaragua/media/8476/file/Dosier%20Curso%20I%201%20\(1\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/nicaragua/media/8476/file/Dosier%20Curso%20I%201%20(1).pdf.pdf)
- World Health Organization. (2017). Model Disability Survey (MDS) Survey Manual.

**Impacto del síndrome del cuidador cansado en cuidadores de personas con discapacidad
en el centro Ann Sullivan Panamá, 2022-2024**

**The impact of burnout syndrome on caregivers of people with disabilities at the Ann
Sullivan center in Panamá, 2022-2024**

**Impacto da síndrome do cuidador cansado em cuidadores de pessoas com deficiência no
centro Ann Sullivan Panamá, 2022-2024**

Siria Simpson

Universidad de Panamá

Facultad de Enfermería

Panamá

siria.simpson@up.ac.pa

<https://orcid.org/0009-0008-7498-7211>

Yurina Castro

Universidad de Panamá

Facultad de Enfermería

Panamá

yurina.castro@up.ac.pa

<https://orcid.org/0000-0001-5597-3617>

Recibido: 12 de mayo 2026

Aceptado: 1 de junio 2026

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v39n35.a10848>

RESUMEN

El síndrome del cuidador cansado es un estado de agotamiento físico, emocional y mental que experimenta una persona que cuida a otra dependiente a largo plazo, probablemente en algún momento de nuestras vidas lo hemos experimentado con algún familiar enfermo. Este artículo busca comparar el impacto del síndrome del cuidador cansado en acudientes de personas con discapacidad del Centro Ann Sullivan durante el periodo 2022-2024, para validar la efectividad de las intervenciones de Enfermería realizadas. **Métodos:** Estudio de tipo mixto, comparativo y de corte transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia. Se alcanzó una

población de 156 cuidadores en 2024, utilizando como instrumento la Escala de Sobrecarga de Zarit y una ficha sociodemográfica. Se implementó el plan de intervención denominado "*Para cuidar de ti, primero debo cuidar de mí*". **Resultados:** Se evidenció una feminización del cuidado con un 92.3% de participación femenina. En 2024, el 32.7% presentó sobrecarga intensa y el 24.3% sobrecarga leve. Comparativamente, hubo una disminución de la sobrecarga intensa respecto al 2022 donde se registró un 38% y al 2023 con un 39%. Los factores asociados incluyen insuficiencia económica y falta de tiempo para el autocuidado en un 81% de la muestra.

Palabras claves: Síndrome del cuidador, discapacidad, sobrecarga.

ABSTRACT

Caregiver burnout syndrome is a state of physical, emotional, and mental exhaustion experienced by someone who provides long-term care for a dependent person. At some point in our lives, we have likely experienced it while caring for a sick family member. This article aims to compare the impact of caregiver burnout syndrome on caregivers of people with disabilities at the Ann Sullivan Center during the 2022–2024 period to validate the effectiveness of the nursing interventions implemented. **Methods:** It is a mixed-methods, comparative, cross-sectional study with a non-probabilistic sample, based on convenience sampling. A population of 156 caregivers was reached in 2024. The Zarit Caregiver Burden Scale and a sociodemographic questionnaire were used as instruments. The intervention plan titled “To take care of you, I must first take care of myself” was implemented. **Results:** A feminization of caregiving was evident, with 92.3% of female participation. In 2024, 32.7% of female participants reported severe burden, whereas 24.3% reported mild burden. Comparatively, the prevalence of severe burden decreased relative to 2022 (38%) and 2023 (39%). In 81% of the participants, factors associated with severe burden include financial hardship and lack of time for self-care.

Keywords: Caregiver syndrome, disability, burnout.

RESUMO

A síndrome do cuidador cansado é um estado de esgotamento físico, emocional e mental que uma pessoa que cuida de outra dependente a longo prazo experimenta; provavelmente em algum momento da nossa vida já passamos por isso com algum familiar doente. Este artigo busca comparar o impacto da síndrome do cuidador cansado em acompanhantes de pessoas com deficiência do Centro Ann Sullivan durante o período de 2022-2024, para validar a eficácia das intervenções de Enfermagem realizadas. **Métodos:** Estudo de tipo misto, comparativo e transversal. A amostra foi não probabilística por conveniência. Alcançou-se uma população de 156 cuidadores em 2024, utilizando como instrumento a Escala de Sobrecarga de Zarit e uma ficha sociodemográfica. Foi implementado o plano de intervenção chamado '*Para cuidar de você, primeiro devo cuidar de mim*'. **Resultados:** Evidenciou-se uma feminização do cuidado, com 92,3% de participação feminina. Em 2024, 32,7% apresentaram sobrecarga intensa e 24,3% sobrecarga leve. Comparativamente, houve uma diminuição da sobrecarga intensa em

relação a 2022, quando foi registrada em 38%, e a 2023, com 39%. Os fatores associados incluem insuficiência econômica e falta de tempo para o autocuidado em 81% da amostra.

Palavras-chave: Síndrome do cuidador, deficiência, sobrecarga.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de una persona en situación de discapacidad constituye una responsabilidad integral que, si bien se fundamenta en el compromiso afectivo, conlleva una demanda física y psicológica significativa. En el ámbito de la salud pública, el Síndrome del cuidador cansado emerge como una problemática de interés creciente debido al aumento de la población con discapacidad y la dependencia de cuidadores informales, roles que tradicionalmente recaen en el núcleo familiar sin la formación o el apoyo institucional adecuado.

De manera que, los cuidadores de personas con discapacidad enfrentan desafíos significativos en su vida diaria. Experimentan situaciones de deterioro a nivel emocional, social, familiar, económico y de salud, que conllevan al síndrome del cuidador o también conocido como sobrecarga, caracterizado por el cansancio físico y psíquico, en donde el cuidador/a afronta inesperadamente una nueva etapa de su vida para la cual no estaba preparado. (Rodríguez et al, 2021)

En consecuencia, se hace necesario que la familia y sobre todo el cuidador, cuenten con apoyo profesional y comunitario para garantizar su adaptación y bienestar emocional.

Definitivamente que la aceptación del diagnóstico de una discapacidad en un hijo o familiar es un proceso crucial, que puede ser doloroso para la familia. Una realidad que transforma la dinámica familiar, generando una carga emocional significativa que involucra miedo, ansiedad, estrés y sentimientos de aislamiento.

Esta problemática lleva a los cuidadores o familiares a descuidar su propia salud física y emocional, lo que puede generar problemas graves como depresión o ansiedad, producto de que con frecuencia se sienten culpables por necesitar tiempo para ellos mismos, lo que les impide buscar el apoyo que necesitan (Maset, 2023).

La sobrecarga que también los atrapa, se define como el agotamiento resultante de la acumulación de demandas que superan la capacidad del cuidador para afrontarlas, afectando su calidad de vida, salud física y estabilidad emocional (Martínez Pizarro, 2020). En Panamá, según los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS-2), 781 mil 478 personas viven con algún tipo de discapacidad en Panamá, lo que representa el 18% de la población; es decir, una de cada seis personas.

El Centro Ann Sullivan atiende a esta población capacitando a los profesionales, a las familias y a la comunidad en el Curriculum Funcional-Natural (Centro Ann Sullivan, s.f). No obstante, los cuidadores enfrentan desafíos invisibilizados como el aislamiento social, problemas económicos y deterioro de la salud propia. Investigaciones previas en 2022 y 2023 detectaron altos niveles de sobrecarga intensa en esta población.

Este Centro, es una referencia nacional en cuanto a la atención de personas con autismo y otras discapacidades cognitivas, que proporciona no solo cuidados, sino experiencias y enseñanzas para que las personas con discapacidad puedan funcionar de manera independiente e inclusiva en la sociedad. Sin embargo, a pesar del enfoque integral con que se maneja el centro, es necesario realizar un análisis profundo de la situación actual de los cuidadores, que generalmente se olvidan de sí mismos para sostener el cuidado de otros, y la sobrecarga que esta conlleva.

Aún hay mucho camino por recorrer, y existen grandes limitaciones para los cuidadores de personas con discapacidad. Las múltiples barreras que enfrenta esta comunidad en materia informativa, la falta de redes de apoyo y estrategias para manejar la sobrecarga, impiden a los cuidadores afrontar saludablemente las demandas del cuidado. Siendo así, que las condiciones de salud, sociales y económicas se ven afectadas por la falta de interés en este tema.

La importancia de escoger a esta población vulnerable para realizar un diagnóstico radica en reconocer los signos del síndrome del cuidador cansado y fomentar la búsqueda de apoyo, lo que puede marcar una diferencia significativa en la calidad de vida de estos individuos y, por ende, en la dinámica familiar en su conjunto.

Para ello se formuló la siguiente interrogante de estudio: ¿Cuál ha sido el impacto del síndrome del cuidador cansado en padres, madres y acudientes de personas en situación de discapacidad que acuden al Centro Ann Sullivan de Panamá en comparación a los años 2022-2024?

El objetivo planteado desde un inicio fue evaluar el impacto del síndrome del cuidador cansado y comparar los hallazgos durante los años 2022-2024.

El primer acercamiento al Centro Ann Sullivan se dio en el año 2022 por estudiantes de IV año de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, los cuales plantearon la propuesta de intervención “*Si me cuido, puedo cuidarte mejor*”. Esta intervención se realizó fundamentada en una base estadística y científica que detectó la prevalencia de sobrecarga intensa en los cuidadores mediante la utilización de la reconocida escala de Zarit. Diversos estudios demuestran una alta consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach entre 0.84 y 0.93, lo que representa una excelente fiabilidad de este instrumento multidimensional, respaldando así su utilidad para medir la sobrecarga en cuidadores. (Albarracín, 2016).

De acuerdo con los resultados obtenidos por medio de este instrumento, vemos que, el 96% eran mujeres con una media entre 30-49 años, y un 4% masculino entre 40-59 años. La intervención fue llevada a cabo en el Centro Ann Sullivan sede de Panamá y Herrera, por medio de un circuito de actividades educativas con el fin de que los cuidadores de personas con discapacidad logaran obtener los conocimientos para aminorar los niveles de sobrecarga. En el año 2023, como una continuidad de este programa, se elaboró el proyecto de intervención *“Por mí, por ellos, es tiempo de cuidarme”*, también por estudiantes de Enfermería de la Universidad de Panamá. En esta ocasión se identificó un 54% de sobrecarga intensa, siendo el 90% de los cuidadores de sexo femenino. La intervención se desarrolló igualmente por medio de un circuito de actividades educativas donde se orientaba sobre diversos temas enfocados en brindar herramientas o estrategias de afrontamiento efectivas.

Para el año 2024, se colocó nuevamente el instrumento Escala de Zarit donde los resultados muestran del total de respuestas, (156), el 92% de los encuestados/as fue del sexo femenino. El 81% de los encuestados/as indicó no tener tiempo para su autocuidado. Un 59.6% de los cuidadores experimentan sobrecarga de leve a intensa. Un 37% siente culpa de no poder hacer más por su familiar. Un 38% siente que el cuidado del familiar afecta su salud. El 30% siente que tiene su vida social afectada por el cuidado a la persona con discapacidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo mixto, con carácter comparativo y enfoque deductivo de corte transversal. El diseño permitió integrar datos cuantitativos derivados de escalas estandarizadas con el análisis cualitativo de las necesidades expresadas por los cuidadores. La

población objetivo estuvo conformada por cuidadores de personas con discapacidad del centro (sedes Panamá y Santiago). Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra progresiva fue de 117 cuidadores en 2022, 87 cuidadores en 2023 y 156 cuidadores en 2024.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron los siguientes:

- Cuidadores con acudidos matriculados en el Centro Ann Sullivan de Panamá, en el año 2022-2024.
- Cuidadores del Centro Ann Sullivan que participen activamente y mantengan a sus acudidos matriculados en el centro.
- Cuidadores mayores de edad (18 años) del sexo masculino o femenino que tengan la voluntad o deseo de participar.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó una encuesta digital compuesta por una ficha sociodemográfica que comprende aspectos como: Edad, sexo, estado civil, parentesco, religión, ocupación, escolaridad, ingresos y antecedentes de salud. Igualmente, utilizamos la **Escala de Sobrecarga de Zarit** que es instrumento validado que explora los efectos negativos del cuidado en áreas física, psíquica, social y económica. Consta de 22 ítems tipo Likert con una puntuación que oscila entre 22 y 110 puntos.

El estudio cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Ley 68 de 2003 la cual regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada. En su Artículo 13, se establece que "toda persona tiene derecho a que se respete la 62 confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud, consultas,

reclamos, trámites y expedientes médicos”. Esta ley es fundamental para garantizar que los participantes en la investigación mantengan su autonomía y que su información personal sea tratada con el máximo respeto y seguridad durante la investigación. La investigación también pudo adherirse a los principios éticos básicos que son esenciales para el desarrollo de estudios científicos como Veracidad, Fidelidad e Integridad, Respeto, No maleficencia (Mora, 2018).

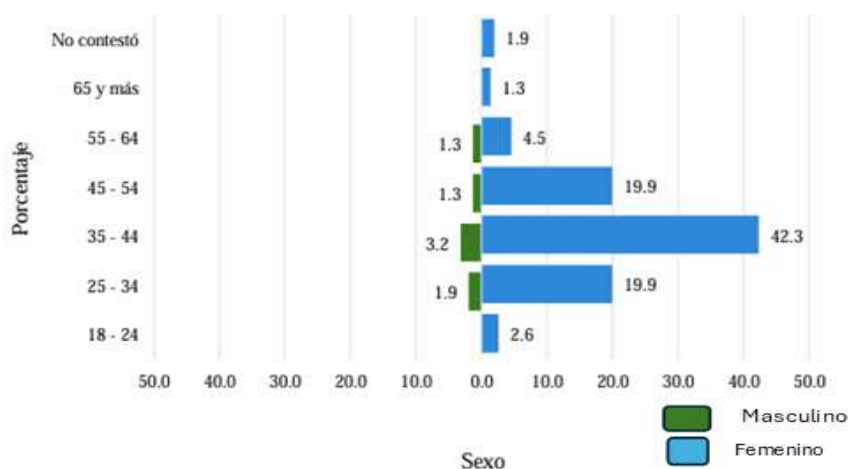
Tras la recolección y análisis de datos, se ejecutó el proyecto de intervención “Para cuidar de ti, primero debo cuidar de mí” en septiembre y octubre de 2024, abarcando talleres de manejo conductual, autocuidado, gestión emocional y controles de salud fundamentados en la Teoría de los Cuidados de Swanson.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características Sociodemográficas

Figura 1.

Cuidadores de personas con discapacidad por año y sexo. Centro Ann Sullivan, 2024



Nota: Elaborado por las investigadoras basados en los reportes de encuestas aplicada por Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Panamá

El análisis de 2024 reveló una marcada feminización del cuidado, donde el 92.3% de la muestra corresponde al sexo femenino, predominantemente madres (90.3%). Este hallazgo ratifica lo expuesto por González y Navarro (2019), quienes señalan que la asignación cultural del rol de

cuidadora a la mujer persiste como una construcción social desigual. El rango de edad predominante fue de 35 a 44 años (42.3%), una etapa productiva donde el conflicto entre responsabilidades laborales y de cuidado se agudiza, incrementando la vulnerabilidad al estrés.

Salud física del cuidador

Figura 2.

Cuidadores de personas con discapacidad por año estado de Salud. Centro Ann Sullivan, 2024

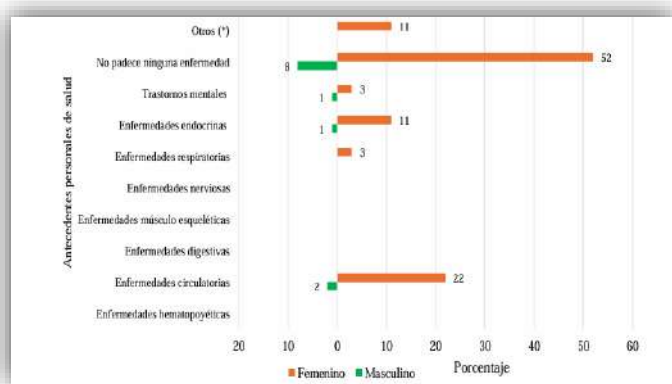
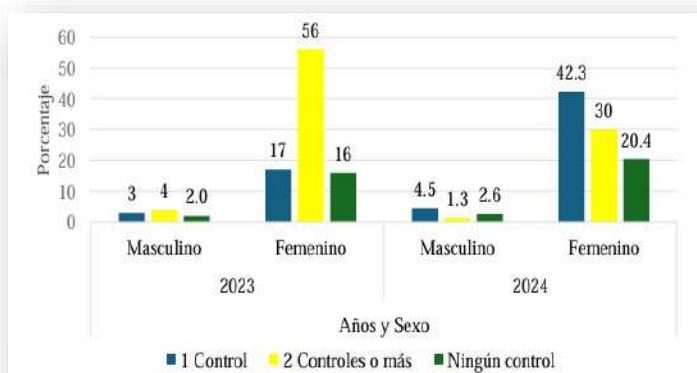


Figura 3.

Cuidadores de personas con discapacidad por año estado de Salud. Centro Ann Sullivan,



Nota: Elaborado por las investigadoras basados en los reportes de encuestas aplicada por Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Panamá

Se observó un incremento en la morbilidad de los cuidadores. En 2024, las enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión) (Ver **Figura 2**), afectaron al 22.1% de la muestra, un aumento respecto al 16% reportado en 2022. Asimismo, el 20.4% de las cuidadoras no asistió a ningún control de salud anual (Ver **Figura 3**) Esto coincide con Gómez-Ramírez et al. (2019), quienes establecen que la sobrecarga del cuidado conlleva a una "morbilidad sentida", donde el cuidador prioriza las necesidades del familiar dependiente sobre su propio autocuidado, convirtiéndose en un "paciente oculto".

Niveles de sobrecarga (Comparativa 2022-2024)

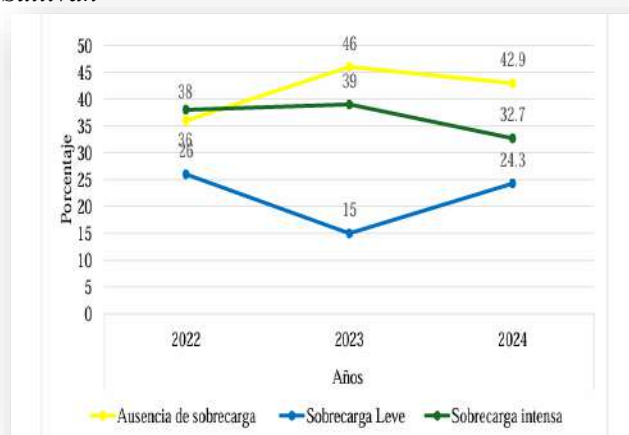
Figura 4

Cuidadores de personas con discapacidad según Niveles de sobrecarga, 2022-2024. Centro Ann Sullivan

Niveles de sobrecarga	Años					
	2022		2023		2024	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	117	100	87	100	156	100
Ausencia de sobrecarga	42	36	40	46	67	42.9
Sobrecarga Leve	30	26	13	15	38	24.3
Sobrecarga intensa	45	38	34	39	51	32.7

Figura 5

Porcentaje de Cuidadores de personas con Niveles de Sobrecarga. 2022-2024. Centro Ann Sullivan



Nota: Elaborado por las investigadoras basados en los reportes de encuestas aplicada por Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Panamá

Al aplicar la Escala de Zarit, se obtuvieron los siguientes resultados comparativos que reflejan la evolución de la sobrecarga percibida.

Adicionalmente, el análisis evolutivo de la sobrecarga intensa durante el trienio 2022-2024 evidencia una tendencia decreciente asociada a la implementación sostenida de las intervenciones educativas (**Ver Figura 4**).

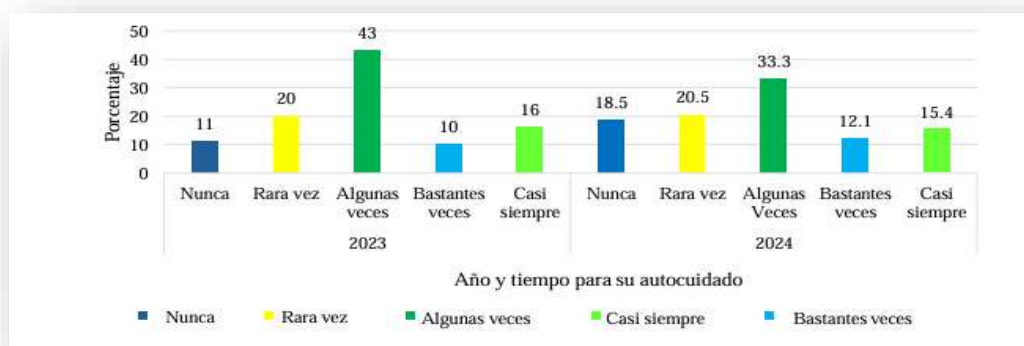
Se observa una disminución positiva en la sobrecarga intensa, descendiendo del 39% en 2023 al 32.7% en 2024. Este cambio sugiere que las intervenciones educativas continuas y los programas institucionales están brindando herramientas de afrontamiento efectivas. Sin embargo, más de la mitad de la población (57%) aún presenta algún grado de sobrecarga. Ríos Martínez et al. (2022) indican que la sobrecarga intensa se relaciona directamente con mayor morbilidad, lo que hace imperativo mantener la vigilancia sobre este 32.7% de la población. (**Ver Figura 5**).

Factores asociados a la sobrecarga

1. **Factor económico:** Existe una correlación directa entre la percepción de ingresos insuficientes y la sobrecarga intensa. El 34% de los cuidadores que reportaron ingresos insuficientes frecuentes presentan niveles de sobrecarga. Esto valida la premisa del García Mora (2021) sobre cómo la discapacidad empobrece a los hogares debido a los costos asociados y la limitación laboral.
2. **Tiempo de autocuidado:** El 81.3% de los encuestados en 2024 percibió falta de tiempo para sí mismos en alguna medida. La intervención basada en la teoría de Swanson (1991), específicamente en el proceso de "hacer por" y "posibilitar", demostró que al brindar espacios de respiro (talleres de belleza y relajación), la percepción de bienestar mejora momentáneamente.
3. **Religión y afrontamiento:** Los cuidadores católicos (mayoría) reportaron mayores niveles de agobio percibido en comparación con otras denominaciones, lo que sugiere la necesidad de adaptar las estrategias de afrontamiento cultural y espiritualmente, alineado con la teoría de Leininger sobre la diversidad de los cuidados.

Figura 6.

Cuidadores de personas en situación de discapacidad por año y tiempo para su autocuidado. Centro Ann Sullivan. 2024



Nota: Elaborado por las investigadoras basados en los reportes de encuestas aplicada por Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Panamá

Por otra parte, la evaluación de la percepción del tiempo para el autocuidado en el último periodo revela que una proporción significativa de cuidadores enfrenta barreras críticas para atender sus propias necesidades personales, constituyéndose este déficit temporal en un factor de riesgo prevalente. **(Ver Figura 6).**

Efectividad de las Intervenciones

El proyecto de intervención logró una participación del 48% de la muestra total encuestada. Las áreas de "Gestión Emocional" y "Control de Salud" obtuvieron tasas de éxito superiores al 93% en asistencia, validando la necesidad sentida de los cuidadores de recibir soporte psicológico y monitoreo físico ante el agotamiento crónico.

CONCLUSIONES

El síndrome del cuidador cansado sigue siendo una problemática prevalente en el Centro Ann Sullivan, con cuidadores presentando algún nivel de sobrecarga en 2024. Sin embargo, la tendencia a la baja en la sobrecarga intensa indica un impacto positivo de las intervenciones realizadas a lo largo de los tres años estudiados.

La feminización del cuidado es absoluta en este contexto, lo que requiere un enfoque de género en las políticas públicas de salud para abordar las inequidades que enfrentan las madres cuidadoras. Los factores socioeconómicos y la falta de autocuidado son determinantes críticos que perpetúan el ciclo de agotamiento.

En el Centro Ann Sullivan de Panamá se implementaron intervenciones específicas para responder a las necesidades identificadas. Estas incluyeron actividades de docencia y sensibilización, programas de autocuidado y grupos de apoyo para cuidadores.

Las intervenciones de enfermería no solo deben ser educativas, sino también facilitar espacios de respiro y conexión social para mitigar el aislamiento. Es necesario institucionalizar programas de apoyo multidisciplinario de manera permanente para sostener la reducción de la sobrecarga y mejorar la calidad de vida del binomio cuidador-paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarracín Rodríguez, Ángela P., Cerquera Córdoba, A. M., & Pabón Poches, D. K. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 8(2), 87–99. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06>
- Centro Ann Sullivan <https://caspan.gob.pa/>
- Encuesta Nacional de Discapacidad. 2025 <https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-12/30122025-ENDIS-2-FINAL.pdf>
- García Mora, M. E., Schwartz Orellana, S., & Freire, G. (2021). *Disability inclusion in Latin America and the Caribbean: A path to sustainable development*. Banco Mundial.
- Gómez-Ramírez, E., Calvo-Soto, A. P., Dosman, B. T., & Ángulo, M. D. L. Á. (2019). Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad. *Duazary*, 16(1), 67. <https://doi.org/10.21676/2389783x.2508>
- González, F., & Navarro, K. (2019). *Feminización del cuidado y personas con discapacidad. Gobierno de Chile, Departamento de Estudios SENADIS*.
- Martínez Pizarro, S. (2020). *Síndrome del cuidador quemado*. 97-100. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6017>

- Maset, J. (2023). Síndrome del cuidador quemado. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/sindrome-del-cuidador-quemado/> CinfaSalud.
- Mora, F. (2018). Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica. <https://www.utic.edu.py/investigacion/index.php/reglamentos/codigo-de-etica-de-investigacion-cientifica-y-tecnologica>.
- Ríos Martínez, L. E. H. G., Votte Hernández, L. E. A., Peña López, M. M., Salazar Mendoza, D. J., Cabrera Martínez, D. M., & Alvarado Escobar, M. L. (2022). Sobrecarga en cuidadores primarios de familiares con transtorno del espectro autista. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 4669-4686. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3773
- Rodríguez Delgado, Y., Calva Cartuche, V. M., Carrión Berrú, C. B., & Reyes Masa, B. del C. (2021). Características sociodemográficas, del cuidado y nivel de carga en los cuidadores de personas con discapacidad severa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(3), 2527-2544. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.472
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>



Intervenciones de Enfermería para fortalecer el autocuidado y bienestar profesional

Nursing Interventions to Promote Self-Care and Professional Well-Being

Intervenções de Enfermagem para Fortalecer o Autocuidado e o Bem-Estar Profissional

Arelys del Cisne Vera Montesdeoca

Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias
Médicas Carrera de Enfermería. Ecuador

arelysdeldcisnevera@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-1608-849X>

María del Carmen Sánchez Quizphe

Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería. Ecuador

maría_sánchez_quizphe@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-9016-4921>

Ney David Sánchez Albán

Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería. Ecuador

sanchezalban22@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-3087-5579>

Karla Sara Pacheco Villamar

Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería. Ecuador

saravillamar52@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-9111-1246>

Taycia Ramírez Pérez

Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería. Ecuador

tayciarp@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2730-0946>

Recibido: 13 de abril 2026

Aceptado: 23 de mayo 2026

RESUMEN

El autocuidado profesional en Enfermería constituye un componente esencial para la sostenibilidad del cuidado y el bienestar integral del personal, especialmente en contextos caracterizados por alta demanda emocional y sobrecarga asistencial. El objetivo del presente artículo fue analizar las intervenciones de Enfermería centradas en el autocuidado profesional, identificando elementos clave reportados por la literatura científica que contribuyen al bienestar físico, mental y emocional. Se desarrolló una revisión bibliográfica sistematizada con enfoque cualitativo, mediante búsqueda en PubMed, ScienceDirect y BMC Nursing, incluyendo estudios publicados entre 2022 y 2025, en español, inglés y portugués. El análisis se realizó mediante análisis de contenido, organizando la información en categorías, subcategorías y códigos. Los hallazgos se estructuraron en cinco categorías: demandas laborales del ejercicio enfermero, autocuidado profesional, intervenciones de Enfermería, resiliencia profesional y bienestar profesional. La evidencia mostró que la sobrecarga laboral, los turnos prolongados y el estrés sostenido limitan la práctica del autocuidado, mientras que intervenciones psicoeducativas, psicológicas y basadas en mindfulness contribuyen a reducir el desgaste emocional, fortalecer la resiliencia y mejorar el bienestar profesional. Se concluye que el autocuidado debe ser abordado como una prioridad institucional y profesional, mediante programas sostenidos y estrategias organizacionales que promuevan entornos laborales saludables.

Palabras clave: autocuidado; Enfermería; intervenciones de Enfermería; resiliencia; bienestar profesional.

ABSTRACT

Professional self-care in nursing is an essential component sustaining the care and the overall well-being of staff, especially in settings characterized by high emotional demands and care overload. The objective of this article was to analyze nursing interventions focused on professional self-care by identifying key elements reported in the scientific literature that contribute to physical, mental, and emotional well-being. A systematic literature review with a qualitative approach was conducted, using searches in PubMed, ScienceDirect, and BMC Nursing, and including studies published between 2022 and 2025 in Spanish, English, and Portuguese. The analysis was performed using content analysis and organizing the information into categories, subcategories, and codes. The findings were structured into five categories: work demands of nursing practice, professional self-care, nursing interventions, professional resilience, and professional well-being. The evidence showed that work overload, long shifts, and sustained stress limit self-care practice, while psychoeducational, psychological, and mindfulness-based interventions help reduce emotional burnout, strengthen resilience, and improve professional well-being. It is concluded that self-care should be addressed as an institutional and professional priority through sustained programs and organizational strategies that promote healthy work environments.

Keywords: self-care; nursing; nursing interventions; resilience; professional well-being.

RESUMO:

O autocuidado profissional em Enfermagem é um elemento essencial para manter o cuidado e o bem-estar geral da equipe, especialmente em situações com muita demanda emocional e excesso de trabalho. O objetivo deste artigo foi analisar as intervenções de Enfermagem focadas no autocuidado profissional, identificando elementos chave relatados pela literatura científica que contribuem para o bem-estar físico, mental e emocional. Foi desenvolvida uma revisão bibliográfica sistematizada com enfoque qualitativo, por meio de busca no PubMed, ScienceDirect e BMC Nursing, incluindo estudos publicados entre 2022 e 2025, em espanhol, inglês e português. A análise foi feita por meio de análise de conteúdo, organizando as informações em categorias, subcategorias e códigos. Os achados foram estruturados em cinco categorias: demandas de trabalho no exercício da enfermagem, autocuidado profissional, intervenções de Enfermagem, resiliência profissional e bem-estar profissional. A evidência mostrou que a sobrecarga de trabalho, os turnos longos e o estresse constante limitam a prática do autocuidado, enquanto intervenções psicoeducativas, psicológicas e baseadas em mindfulness ajudam a reduzir o desgaste emocional, fortalecer a resiliência e melhorar o bem-estar profissional. Conclui-se que o autocuidado deve ser tratado como uma prioridade institucional e profissional, por meio de programas constantes e estratégias organizacionais que promovam ambientes de trabalho saudáveis.

Palavras-chave: autocuidado; Enfermagem; intervenções de Enfermagem; resiliência; bem-estar profissional.

INTRODUCCIÓN

El autocuidado constituye un componente esencial para el bienestar integral de los profesionales de Enfermería, debido a que su labor implica una alta exigencia emocional, física y cognitiva. Sin embargo, en la práctica clínica se observa que, pese a su rol de cuidadores, los profesionales suelen descuidar sus propias necesidades a causa de la sobrecarga asistencial, el estrés crónico y la exposición constante al sufrimiento humano. La evidencia científica reporta niveles significativos de agotamiento, alteraciones del sueño, desgaste emocional y deterioro de la salud mental en este grupo. En un meta-análisis global de 94 estudios se estimó una prevalencia cercana al 30 % del síndrome de burnout en Enfermería, con una tendencia creciente durante la última década (Ge et al., 2023).

Asimismo, una revisión sistemática identificó que aproximadamente el 32,2 % de las enfermeras presenta somnolencia diurna excesiva, afectando su calidad de vida y potencialmente la seguridad del paciente (Gu et al., 2024).

La literatura contemporánea señala que el burnout y el malestar psicológico se han intensificado tras la pandemia de COVID-19, profundizando brechas en salud laboral (Martínez Acosta et al., 2023). A ello se suman condiciones como la saturación de servicios, los turnos prolongados y la presión emocional constante, que dificultan la adopción de hábitos saludables relacionados con descanso, nutrición, actividad física y regulación emocional (Booker et al., 2024). Ante este panorama, se plantea la necesidad de implementar intervenciones de Enfermería orientadas al autocuidado profesional, dirigidas a fortalecer estrategias personales y laborales que sostengan el bienestar físico, mental y emocional. En este sentido, se ha reportado que intervenciones basadas en mindfulness contribuyen a reducir el estrés percibido y el agotamiento emocional en personal de Enfermería (Barnes y Chang, 2023). De forma complementaria, se ha señalado que fortalecer el autocuidado puede contribuir a disminuir la somnolencia diurna excesiva y mejorar el funcionamiento cognitivo en contextos de alta carga laboral (Gu et al., 2024). Además, los meta-análisis recientes confirman que las intervenciones multifacéticas centradas en salud mental y manejo del estrés pueden reducir la prevalencia del burnout, destacando la importancia de considerar barreras culturales y organizacionales antes de diseñar estrategias aplicables al contexto profesional (Ge et al., 2023).

Las instituciones sanitarias cumplen un rol clave en la creación de entornos laborales seguros y emocionalmente sostenibles, promoviendo condiciones que favorezcan el autocuidado del personal. La intervención de Enfermería centrada en autocuidado no solo fortalece la salud

laboral, sino que también contribuye a construir profesionales más resilientes y capaces de brindar cuidados humanizados (Ramluggun y Morning, 2025). Por lo anterior, el objetivo de este artículo es analizar las intervenciones de Enfermería centradas en el autocuidado profesional, identificando los elementos reportados por la literatura científica que contribuyen al bienestar físico, mental y emocional del personal de Enfermería.

METODOLOGÍA

La presente investigación adoptó un enfoque cualitativo, pertinente para comprender los significados, experiencias y perspectivas vinculadas a las intervenciones de Enfermería orientadas al fortalecimiento del autocuidado y el bienestar profesional. Este enfoque permite interpretar de manera contextualizada la información, considerando que el autocuidado se construye desde vivencias individuales, influencias sociales y dinámicas propias del entorno sanitario, integrando dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales.

Para sustentar científicamente los hallazgos, se desarrolló una revisión bibliográfica sistematizada como estrategia rigurosa para recopilar, sintetizar y analizar evidencia reciente sobre el tema. La búsqueda se realizó en el período 2022–2025, con el propósito de incorporar literatura actual y pertinente. Se consultaron bases de datos especializadas y de alto impacto en ciencias de la salud y Enfermería: PubMed, ScienceDirect y BMC Nursing, seleccionadas por su capacidad de ofrecer estudios revisados por pares y metodológicamente sólidos. Se emplearon descriptores en español e inglés como: self-care, nursing interventions, empowerment, self-management, autocuidado, intervenciones de Enfermería y professional well-being, combinados mediante operadores booleanos para optimizar la recuperación de artículos relevantes.

Se establecieron criterios de inclusión orientados a garantizar calidad y pertinencia: artículos científicos de texto completo, publicados dentro del rango temporal definido, escritos en inglés, español o portugués, y relacionados directamente con intervenciones de Enfermería vinculadas al autocuidado en contextos clínicos, comunitarios o profesionales. Se excluyeron libros, capítulos, resúmenes, editoriales, cartas al editor, guías sin respaldo metodológico, duplicados y artículos sin acceso a texto completo, por no aportar evidencia verificable o por carecer de rigor científico. Los documentos seleccionados se organizaron en una matriz de revisión sistemática compuesta por nueve columnas: base de datos, revista, palabras clave, título, autores, año, país, hallazgos principales y observaciones metodológicas. Esta herramienta facilitó la comparación entre estudios, permitiendo identificar patrones temáticos y tendencias sobre las intervenciones de Enfermería basadas en autocuidado.

El análisis cualitativo se desarrolló mediante análisis de contenido, iniciando con la lectura exhaustiva del material, codificación inicial y posterior agrupación en subcategorías y categorías amplias. Este proceso permitió estructurar los hallazgos y construir un tema integrador sobre la influencia de las intervenciones de Enfermería en el fortalecimiento del autocuidado y el bienestar profesional, favoreciendo conexiones interpretativas desde la evidencia disponible. En cuanto al rigor metodológico, se aplicó el criterio de confirmabilidad para asegurar transparencia, trazabilidad y coherencia del proceso analítico, mediante el registro detallado de cada etapa y la derivación de conclusiones basadas en el contenido. Además, se verificó la calidad metodológica de los estudios seleccionados considerando su diseño, coherencia interna, validez y aporte teórico.

Respecto a los aspectos éticos, al tratarse de una revisión bibliográfica sin interacción directa con personas, se mantuvieron principios de integridad académica, respeto y uso responsable

de la información, garantizando citación adecuada y apego a normas internacionales. La revisión se sustentó exclusivamente en literatura verificada y de calidad científica, respetando la propiedad intelectual y asegurando confiabilidad en los resultados.

RESULTADOS

Los resultados de la presente revisión cualitativa se derivan del análisis sistemático de los estudios científicos seleccionados, los cuales permitieron identificar patrones, categorías relacionadas con las intervenciones de Enfermería orientadas al fortalecimiento del autocuidado y el bienestar profesional. A partir del proceso de codificación y categorización, se evidenciaron las principales demandas laborales que afectan al personal de Enfermería, sus repercusiones biopsicosociales, así como las prácticas de autocuidado y las intervenciones implementadas para mitigar el desgaste profesional, las cuales se presentan de manera organizada en tablas y matrices analítica. El proceso de codificación de los estudios analizados permitió identificar códigos recurrentes vinculados a las condiciones laborales del ejercicio enfermero, destacándose la sobrecarga asistencial, los turnos prolongados y la presión constante en el entorno clínico. De manera complementaria, se identificaron repercusiones biopsicosociales asociadas al trabajo, como cansancio emocional, estrés crónico, ansiedad, alteraciones del sueño y desgaste físico. Asimismo, emergieron códigos relacionados con prácticas de autocuidado profesional, evidenciando una aplicación limitada en la rutina laboral, así como intervenciones orientadas al autocuidado, principalmente de tipo psicoeducativo, psicológico y basadas en mindfulness.

La matriz de categorización organiza la información obtenida y facilita la comprensión de las experiencias, necesidades y estrategias relacionadas con el autocuidado y el bienestar

profesional en Enfermería (ver tabla 1). A partir de la estructuración de categorías, subcategorías y códigos, esta matriz sintetiza los hallazgos de manera clara y contribuye a orientar el análisis e interpretación de los resultados.

Tabla 1

Matriz de categorización

Categoría	Subcategoría	Códigos
Demandas laborales del ejercicio enfermero	Sobrecarga y exigencia asistencial	• Alta carga de pacientes • Turnos prolongados • Exceso de responsabilidades • Presión asistencial • Urgencias permanentes.
	Ritmo laboral	• Falta de descansos • Jornadas continuas • Exigencia constante.
	Cultura organizacional	• Prioridad del rendimiento • Cumplimiento de metas • Escaso reconocimiento profesional • Débil apoyo institucional.
Autocuidado profesional	Autocuidado físico	• Fatiga corporal • Dolor musculoesquelético • Alteraciones del descanso • Desgaste físico.
	Autocuidado emocional	• Estrés laboral • Angustia emocional • Fatiga por compasión • Sobrecarga emocional.
	Autocuidado psicológico	• Estrategias de afrontamiento limitadas • Baja autoconciencia emocional • Necesidad de apoyo psicológico.
Intervenciones de Enfermería	Intervenciones individuales	• Mindfulness • Meditación • Ejercicio terapéutico • Autocuidado digital.

	Intervenciones grupales	• Grupos de apoyo • Acompañamiento entre pares • Psicoeducación.
	Intervenciones organizacionales	• Programas institucionales de bienestar • Liderazgo positivo • Políticas de salud laboral.
Resiliencia profesional	Desarrollo de resiliencia	• Afrontamiento positivo • Adaptación al estrés • Fortalecimiento emocional.
	Factores protectores	• Apoyo social • Formación continua • Inteligencia emocional.
Bienestar profesional	Bienestar mental	• Reducción de estrés • Disminución de ansiedad • Prevención del burnout.
	Bienestar laboral	• Satisfacción profesional • Equilibrio vida-trabajo • Retención del personal.
	Bienestar psicoemocional	• Calidad de vida laboral • Vitalidad emocional • Bienestar integral.

DISCUSIÓN

En esta revisión se identificaron cinco categorías analíticas que permiten comprender el autocuidado profesional en Enfermería desde una perspectiva integral: demandas laborales del ejercicio enfermero, autocuidado profesional, intervenciones de Enfermería, resiliencia profesional y bienestar profesional. Los estudios analizados evidencian que el autocuidado no depende únicamente de la voluntad individual, sino que se encuentra condicionado por factores estructurales del entorno laboral, por la cultura organizacional y por el acceso real a recursos de apoyo psicoemocional. En este sentido, la evidencia revisada coincide en que fortalecer el autocuidado representa una estrategia necesaria para reducir el desgaste

profesional, mejorar el bienestar y sostener la calidad del cuidado en los servicios de salud (Ge et al., 2023).

Demandas laborales del ejercicio enfermero

Los resultados muestran que las demandas laborales constituyen una barrera central para la práctica del autocuidado. La sobrecarga asistencial, los turnos extensos y la presión constante limitan el descanso, incrementan la fatiga y favorecen el agotamiento emocional. En unidades con alta carga emocional, como cuidados paliativos, se describe que el personal experimenta fatiga por compasión y desgaste afectivo asociado al contacto continuo con el sufrimiento y la muerte (Barrué et al., 2021). Asimismo, en unidades críticas se reporta que el malestar moral y la tensión emocional sostenida reducen la capacidad de afrontamiento y afectan el equilibrio emocional del personal (Kelly et al., 2025).

Autocuidado profesional

En relación con el autocuidado profesional, los estudios evidencian una brecha entre el conocimiento y la práctica. Aunque las enfermeras reconocen su importancia, existen barreras como falta de tiempo, cansancio acumulado y normalización del sacrificio profesional, lo cual limita su implementación sostenida (Bay et al., 2025). Desde el autocuidado físico, se reporta que el dolor musculoesquelético y el agotamiento corporal son frecuentes, llevando a las enfermeras a desarrollar estrategias individuales para sostener su desempeño, aunque sin suficientes medidas preventivas institucionales (Boyd et al., 2025). Esto confirma que el autocuidado requiere ser incorporado como parte del rol profesional y no como una acción secundaria.

Intervenciones de Enfermería

La literatura revisada señala que las intervenciones orientadas al autocuidado son más efectivas cuando se aplican de forma estructurada. Se reportan resultados positivos en intervenciones psicológicas que disminuyen burnout en personal expuesto a alta carga laboral, evidenciando beneficios en el bienestar mental (Ma, 2025). También se identifican intervenciones grupales como psicoeducación y espacios reflexivos, las cuales fortalecen la conciencia emocional y reducen el desgaste por compasión, especialmente en áreas como oncología (Wentzel et al., 2023). Además, estrategias basadas en mindfulness se describen como útiles para disminuir estrés y ansiedad, favoreciendo el afrontamiento emocional (Aloufi et al., 2021).

Resiliencia profesional

La resiliencia profesional se presenta como un recurso protector relevante frente al desgaste laboral. Se ha evidenciado que la resiliencia se relaciona con menor burnout y mayor capacidad de adaptación en contextos críticos, especialmente cuando existe apoyo organizacional y social (Abdulmohdi, 2024). En unidades de cuidados intensivos, se reporta que la resiliencia se asocia con el autocuidado consciente y con mejor afrontamiento del malestar moral, fortaleciendo la estabilidad emocional del personal (Kelly et al., 2025). Esto indica que promover resiliencia debe considerarse una estrategia preventiva y no únicamente una respuesta ante el agotamiento.

Bienestar profesional

Finalmente, el bienestar profesional aparece como un resultado integral influido por las demandas laborales, el autocuidado, la resiliencia y las intervenciones implementadas. El

bienestar se relaciona con satisfacción laboral, equilibrio vida-trabajo y sostenibilidad del desempeño clínico, especialmente cuando se fortalecen hábitos saludables y redes de apoyo emocional (Williams et al., 2022). Sin embargo, la evidencia global demuestra que el burnout en Enfermería continúa siendo un problema persistente, lo cual exige intervenciones sostenidas y compromiso institucional para proteger la salud del personal y la calidad del cuidado (Ge et al., 2023).

CONCLUSIONES

La evidencia analizada confirma que el autocuidado profesional en Enfermería se encuentra fuertemente condicionado por las demandas laborales, especialmente la sobrecarga asistencial, los turnos prolongados y una cultura organizacional que limita el descanso y el bienestar. A pesar de que los profesionales reconocen la importancia del autocuidado, persiste una brecha entre el conocimiento y su aplicación, influida por barreras estructurales como falta de tiempo, cansancio acumulado y escaso apoyo institucional.

Los hallazgos muestran que las intervenciones de Enfermería orientadas al autocuidado, particularmente aquellas basadas en mindfulness, psicoeducación, apoyo psicológico y estrategias grupales contribuyen a disminuir el estrés, el desgaste emocional y el burnout, fortaleciendo la resiliencia y el bienestar profesional. En consecuencia, se concluye que el autocuidado debe abordarse como una prioridad institucional y no únicamente individual, integrando programas sostenidos de salud laboral, liderazgo positivo y políticas de bienestar que favorezcan la sostenibilidad del cuidado y la calidad asistencial.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abdulmohdi, N. (2023). The relationships between nurses' resilience, burnout, perceived organisational support and social support during the second wave of the COVID-19 pandemic: A quantitative cross-sectional survey. *Nursing Open*, 11(1), e2036. <https://doi.org/10.1002/nop2.2036>
- Abdulmohdi, N. (2024). Resiliencia, agotamiento y apoyo organizacional percibido en enfermeras durante la segunda ola de COVID-19. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.2036>
- Aloufi, M., Jarden, R., Kapp, S., & Gerdtz, M. F. (2021). Reducción del estrés, la ansiedad y la depresión en estudiantes de Enfermería de pregrado: Revisión sistemática. *Nurse Education Today*, 102, 104877. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104877>
- Barnes, E. L., & Chang, S. (2023). Shedding New Light on High-Risk Phenotypes for Pouchitis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 29(12), 2003-2005. <https://doi.org/10.1093/ibd/izad027>
- Barrué, P., & Sánchez-Gómez, M. (2021). La experiencia emocional de enfermeras de la unidad de hospitalización a domicilio en cuidados paliativos: Un estudio cualitativo exploratorio. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.006>
- Boyd, S. A., Gantt, L. T., & Vellan, R. T. (2025). Estrategias de autocuidado de las enfermeras para el manejo del dolor: Un estudio descriptivo cualitativo. *Pain Management Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2025.04.006>
- Ge, M., Hu, F., Jia, Y., Tang, W., Zhang, W., & Chen, H. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5836-5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>

- Gu, K., Chen, H., Shi, H., & Hua, C. (2024). Global prevalence of excessive daytime sleepiness among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 72(1), e13087. <https://doi.org/10.1111/inr.13087>
- Ramluggun, P., & Morning, D. (2025). *Integrating Self-Care into Nursing Education and Practice: Strategies for Sustainable Wellbeing*. **Education Sciences**, 15(6), 721. <https://doi.org/10.3390/educsci15060721>
- Kelly, B., Gallegos, C., & Quon, A. C. (2025). Angustia moral, resiliencia ante las dificultades y autocuidado en enfermeras de cuidados intensivos. *American Journal of Critical Care*. <https://doi.org/10.4037/ajcc2025894>
- Kelly, L., Rowe, C., Choudhury, A., Woo-Cater, S., & Greenwood, L. (2024). Intervención mente-cuerpo entre pares para líderes sanitarios. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. <https://doi.org/10.1111/wvn.12750>
- Ma, J., Wang, S., Yang, A., Li, Y., & Chen, Y. (2025). Impacto de las intervenciones psicológicas de Enfermería en el síndrome de burnout del personal de centros de esterilización. *Medicine (Baltimore)*. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000043831>
- Martínez Acosta, C., López Herrera, J., & Rodríguez Jiménez, M. (2023). Autocuidado profesional y cultura del sacrificio en Enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 31, e3987. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3987>
- Wentzel, D. L., Collins, A., & Brysiewicz, P. (2023). Intervención para gestionar el desgaste por compasión en enfermeras oncológicas. *Health SA Gesondheid*, 28, a2376. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2376>
- Williams, S. G., Fruh, S., Barinas, J. L., & Graves, R. J. (2022). Self-care in nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 41(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2021.11.001>
- Ze Bay, B. R., Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2025). Experiencias de las enfermeras en relación con el autocuidado: Metasíntesis cualitativa. *Journal of Nursing and Health Sciences*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39894034>

El comportamiento del cuidador y su relación con la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular

Caring behavior and its relationship to anxiety in cardiovascular surgery patients

O comportamento do cuidador e sua relação com a ansiedade do paciente de cirurgia cardiovascular

Maryleith Ortiz

Universidad de Panamá,

Facultad de Enfermería. Panamá

<https://orcid.org/0009-0009-2293-5695>

maryleithortiz31@gmail.com

Fecha de Recepción: 10 de marzo 2026

Fecha de Aceptación: 6 de junio 2026

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v39n35.a10850>

RESUMEN

Este producto académico focaliza un objetivo central: examinar la relación entre el comportamiento del cuidado brindado por Enfermería y la ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio, fundamentado en la percepción del paciente y en la teoría del Cuidado Humano de Watson. El método de estudio es cuantitativo, correlacional y transversal realizado en el Hospital Ciudad de la Salud, Panamá. Se aplicaron dos instrumentos validados: el Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI de Wolf) y la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) a una muestra de 50 pacientes adultos programados para cirugía cardiovascular. Se realizó análisis estadístico con pruebas de correlación para evaluar la relación entre cuidado y ansiedad. En los resultados el nivel de ansiedad el 56.86% de los pacientes presentó ansiedad moderada, el 33.3% ansiedad alta y el 9.8% ansiedad mínima. Respecto al comportamiento del cuidado, el 100% percibió el cuidado de Enfermería como favorable. No hubo correlación estadísticamente significativa entre variables principales, se observó tendencia a menor ansiedad en quienes percibieron un mayor cuidado humanizado, otros factores influyentes en la ansiedad: el cuidado, la comunicación con mayor impacto individual en su reducción. En la discusión y conclusiones se destaca que estadísticamente no se encontró diferencia significativa entre variables principales de cuidado de Enfermería y ansiedad preoperatoria. Se observó tendencia de correlación, en la comunicación y la empatía en el cuidado, que influyen en la ansiedad y en su reducción. Los hallazgos sugieren que el cuidado transpersonal es beneficioso, pero no es el único determinante en la ansiedad preoperatoria.

Palabras clave: Comportamiento del cuidado, cuidado de enfermería, ansiedad preoperatoria, cirugía cardiovascular.

SUMMARY

This academic study focuses on a main objective: examining the relationship between caring behaviors provided by nurses and the anxiety in cardiovascular surgery patients during the pre-operative period, based on patient perception and Watson's Theory of Human Care. The study design is quantitative, correlational, and cross-sectional, and was conducted at the Hospital Ciudad de la Salud in Panama. Two validated instruments were administered to a sample of 50 adult patients scheduled for cardiovascular surgery: the Caring Behaviors Inventory (Wolf's CBI) and the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). A statistical analysis was performed using correlation tests to evaluate the relationship between care and anxiety. The results showed that 56.86% of patients exhibited moderate anxiety, 33.3% high anxiety, and 9.8% minimal anxiety. Regarding caring behavior, 100% of patients perceived nursing care as favorable. There was no statistically significant correlation between the main variables. A tendency towards lower anxiety was observed among patients who perceived more humanized care. Other factors influencing anxiety included care and communication, which had the single most significant impact on reducing anxiety. The discussion and conclusions highlight that no statistically significant difference was found between the main variables of nursing care and pre-operative anxiety. It was noted that the correlation between communication and empathy in caregiving influences anxiety and its reduction. The findings suggest that transpersonal care is beneficial, but it is not the only determinant of pre-operative anxiety.

Keywords: Caregiving behavior, nursing care, pre-operative anxiety, cardiovascular surgery.

RESUMO

Este produto acadêmico foca em um objetivo central: examinar a relação entre o comportamento do cuidador fornecido pela Enfermagem e a ansiedade do paciente de cirurgia cardiovascular durante o pré-operatório, baseado na percepção do paciente e na teoria do Cuidado Humano de Watson. O método de estudo é quantitativo, correlacional e transversal, realizado no Hospital Cidade da Saúde, Panamá. Foram aplicados dois instrumentos validados: o Inventário de Comportamentos de Cuidado (CBI de Wolf) e a Escala de Ansiedade e Informação Pré-operatória de Amsterdã (APAIS) a uma amostra de 50 pacientes adultos programados para cirurgia cardiovascular. Foi realizada análise estatística com testes de correlação para avaliar a relação entre cuidado e ansiedade. Nos resultados, o nível de ansiedade mostrou que 56,86% dos pacientes apresentaram ansiedade moderada, 33,3% ansiedade alta e 9,8% ansiedade mínima. Respecto al comportamiento del cuidador, el 100% percibió el cuidado de Enfermería como favorable. No hubo correlación estadísticamente significativa entre variables principales, se observó tendencia a menor

ansiedad en quienes percibieron un mayor cuidado humanizado, otros factores influyentes en la ansiedad: el cuidado, la comunicación con mayor impacto individual en su reducción. En la discusión y conclusiones se destaca que estadísticamente no se encontró diferencia significativa entre variables principales de cuidado de Enfermería y ansiedad preoperatoria. Se observó tendencia de correlación, en la comunicación y la empatía en el cuidado, que influyen en la ansiedad y en su reducción. Los hallazgos sugieren que el cuidado transpersonal es beneficioso, pero no es el único determinante en la ansiedad preoperatoria.

Palabras clave: Comportamiento del cuidado, cuidado de enfermería, ansiedad preoperatoria, cirugía cardiovascular.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad preoperatoria es una respuesta emocional común en los pacientes que se enfrentan a una intervención quirúrgica. Se define como un estado transitorio de tensión, nerviosismo o miedo, originado por la anticipación del acto quirúrgico y de sus posibles consecuencias (Caumo et al., 2001). Esta ansiedad puede manifestarse tanto a nivel psicológico como fisiológico, y tiene un impacto directo en la experiencia perioperatoria, pudiendo influir negativamente en los resultados clínicos.

Entre las causas más frecuentes de la ansiedad preoperatoria se encuentran: el miedo al dolor postoperatorio, la preocupación por complicaciones quirúrgicas o anestésicas, el temor a la muerte o a no despertar tras la anestesia, la incertidumbre sobre el diagnóstico o pronóstico, y la separación de los seres queridos (Mitchell, 2010). Además, el desconocimiento del procedimiento quirúrgico y la falta de información contribuyen significativamente al aumento del estrés preoperatorio.

Diversas investigaciones recientes han identificado múltiples factores asociados con niveles elevados de ansiedad preoperatoria, entre ellos el sexo femenino, la edad, antecedentes de trastornos de ansiedad o depresión, experiencias quirúrgicas previas negativas, la falta de apoyo social y familiar, la insuficiente información proporcionada por el equipo de salud y

la complejidad o riesgo del procedimiento quirúrgico. Estos factores pueden influir significativamente en la respuesta emocional del paciente antes de la cirugía, afectando su bienestar y recuperación posterior (Jlala et al., 2020; Xu et al., 2021).

Frente a esta realidad, la teoría del cuidado humano de Jean Watson continúa siendo un referente vigente para la práctica de Enfermería. Su enfoque transpersonal promueve la protección de la dignidad humana y el establecimiento de una relación de cuidado auténtica, orientada a ayudar a la persona a encontrar significado en su experiencia de salud, fortalecer su autoconocimiento, favorecer el afrontamiento del sufrimiento y alcanzar un mayor bienestar y armonía integral (Watson & Woodward, 2020).

El cuidado de Enfermería en el preoperatorio es un componente esencial en la preparación del paciente que va a ser quirúrgicamente intervenido. El cuidado de Enfermería debe estar enfocado en disipar o disminuir este sentimiento de ansiedad, haciendo que el paciente aumente su confianza en el proceso quirúrgico al cual se va a someter, para favorecer un proceso de recuperación eficaz. Al respecto, Watson (2008) señala que el cuidado de la enfermera durante el preoperatorio debe estar direccionado, entre otras cosas, a la generación de un entorno de confianza y seguridad.

Los pacientes con enfermedades cardiovasculares perciben la cirugía como una amenaza directa a su vida, lo cual incrementa sus niveles de ansiedad. Teker (2019) confirma que este tipo de intervenciones genera importantes alteraciones psicológicas, siendo la ansiedad una de las más frecuentes. La ansiedad surge como una respuesta común, que puede afectar tanto el curso de la cirugía como la recuperación posterior. Según Mauricio 2019, el porcentaje de pacientes que experimentan ansiedad en el periodo preoperatorio no está claramente definido; sin embargo, señala que la incidencia fluctúa entre el 60 % y el 80 % de los casos.

Una estrategia eficaz para mitigar esta ansiedad es la provisión de información clara y personalizada. Patiño- Masó et al. (2022) destacan el papel de la información preoperatoria como un recurso clave para disminuir el miedo. Sin embargo, proporcionar información no basta; esta debe ir acompañada de un abordaje empático, adaptado a las necesidades del paciente.

La magnitud del problema es evidente en las estadísticas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), las enfermedades cardiovasculares causan más de 7 millones de muertes anuales, muchas de ellas requiriendo intervenciones quirúrgicas. Esta realidad implica que un gran número de pacientes enfrentan ansiedad preoperatoria, lo que debe ser abordado desde la perspectiva del cuidado.

En Panamá, la situación es similar. Entre 2015 y 2021, el CHDRAAM reportó más de 900 cirugías cardíacas con circulación extracorpórea (Caja de Seguro Social, 2015-2021). Desde su apertura el 11 de julio de 2022, la Ciudad de la Salud ha visto un aumento constante en este tipo de procedimientos, realizándose un total de 110 cirugías cardiovasculares, lo que hace aún más urgente fortalecer la atención emocional en el entorno quirúrgico (Caja de Seguro Social, 2015-2021).

Un estudio en Perú realizado por Choque (2019) encontró que el 94 % de los pacientes programados para cirugía cardiovascular presentaban ansiedad, y que esta se correlacionaba altamente con la necesidad de conocimiento. Esto reafirma la importancia de brindar información como parte del cuidado emocional y no como un acto aislado.

A pesar de esta evidencia, se observa que muchas intervenciones de Enfermería no responden a un enfoque integral. La sobrecarga laboral, la insuficiente formación en salud mental, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento terapéutico, así como la falta de protocolos centrados en el paciente, limitan la efectividad del cuidado. Como advierten

Fernández-Castillo et al. (2019), estos factores pueden incrementar los niveles de ansiedad en los pacientes y afectar negativamente los resultados clínicos.

Autores como Florence Nightingale (1859) posicionaron al cuidado como un medio para favorecer los procesos naturales de curación. Jean Watson (2008, 2012), con su Teoría del Cuidado Humano, propone que el cuidado debe ser transpersonal, involucrando una conexión profunda entre enfermero y paciente, mediada por el amor, la empatía, el respeto y la compasión.

Fawcett (1996) dejó claro la importancia de la práctica de Enfermería en sus diversos ambientes y enfocada en el cuidado de los seres humanos y sus experiencias de salud. También Meleis (2010) reconoce que, en la gestión del cuidado, la enfermera debe asumir el rol de apoyar a la persona que otorga estos cuidados y que su gestión va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de la disciplina, recurriendo a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico.

El comportamiento de cuidado en Enfermería se refiere a las acciones intencionadas, basadas en conocimientos y valores humanísticos, que buscan satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de los pacientes. Según Watson (2008) y Larson (1984), estas conductas son fundamentales para establecer una relación terapéutica efectiva y se manifiestan a través de la empatía, la comunicación efectiva, el respeto, y la atención personalizada.

La perspectiva del cuidado transpersonal, por la teoría de Jean Watson, se sustenta en sus creencias y valores acerca de la vida humana, de la salud y de la cura, fruto de sus experiencias y observaciones (Watson, 2008). Watson privilegia el enfoque humanístico, atendiendo al individuo biopsicosocial, espiritual y sociocultural, y plantea que el objetivo

de la Enfermería es ayudar a las personas a alcanzar el más alto grado de armonía entre mente, cuerpo y alma (Watson, 2012).

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación desde el paradigma cuantitativo, de diseño correlacional transversal, prospectivo. Es correlacional, ya que se estudia la relación entre variables, sin precisar sentido de causalidad; viendo la correlación entre las variables del comportamiento de cuidado y la ansiedad preoperatoria.

El universo del estudio lo conforman todos los pacientes adultos programados para cirugía cardiovascular en el Instituto Cardiorráquico de la Ciudad de la Salud. Para los efectos de la presente investigación se considera la población de pacientes hospitalizados programados para cirugía cardiovascular que cursen el preoperatorio en las tres Salas de Cardiología, durante el período comprendido entre junio y agosto del año 2024. Es no probabilística ya que la muestra fue controlada según características específicas previamente establecidas en la investigación o por los propósitos del investigador; y no se dejan al azar, ya que no todos los individuos de la población tienen iguales oportunidades de ser seleccionados para el estudio (Sampieri, 2014). Se tomó el número y proporción de pacientes que fueron programados para cirugía cardíaca durante los meses de Enero/Marzo del año 2024 (tiempo de referencia para la captación de la información del estudio) los cuales fueron 66 (esta información se obtuvo de los informes institucionales).

Se realiza el cálculo utilizando la fórmula de una población infinita propuesta por Canto (2009), actualizada en el año 2010. (Canto Raboline, 2009; Fernández Pita, 1996).

El nivel de confianza será de 95%.

Donde $N = 66$ pacientes que fueron hospitalizados para cirugía cardíaca en los primeros 3 meses del año 2024 según el censo de las Salas de Cardiología en el Instituto

Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud.

$Z_a^2 = 1.96$ (Si la seguridad en este caso 95%).

p = porción esperada 0.5 (lo que hace que $q = 1 - p = 0.5$).

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.5 = 0.95$).

$d = 0,05$ precisión (en este caso es de 5%).

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$
$$n = \frac{(66) * (1.96)^2 * (0.5) * (0.95)}{(0.05)^2 (66 - 1) + (1.96)^2 (0.5) * (0.95)}$$

$$n = 39$$

$n = 39$ pacientes + 2 por atrición = 41 pacientes.

$N = 41$ pacientes.

Los criterios de inclusión para el presente estudio son:

1. Paciente hospitalizado para cirugía cardiovascular programada en la Ciudad de la Salud.
2. Pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos.
3. Paciente que no presenten diagnóstico médico actual ni previo de alteraciones psicológicas o demencia.

Los criterios de exclusión para el presente estudio son:

1. Menores de edad.
2. Pacientes con algún impedimento mental o diagnosticado.
3. Pacientes en ventilación Mecánica no invasiva e invasiva.
4. Pacientes con Cirugías Cardiovasculares previas.

La recolección de los datos se llevará a cabo mediante la aplicación de una Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (APAIS) y un Instrumento Inventario

de Comportamiento de los Cuidados del Profesional de Enfermería, ambas autoadministrables y en forma de Escala de Likert.

Para conocer la ansiedad preoperatoria de los pacientes, desde su perspectiva se aplicará un instrumento que denominamos “Escala de Ansiedad e Información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). Para medir la percepción del Comportamiento del Cuidado del profesional de Enfermería desde la perspectiva del paciente, se empleará un instrumento “Inventario del Comportamiento de Cuidado del Profesional de Enfermería, y un instrumento de recolección de datos demográfica. Estos son:

- a. Instrumento de Recolección de Datos Demográficos del paciente compuestas por cuatro referentes determinantes.
- b. La Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (APAIS), conformado por enunciados y análisis de referentes evalúan la demanda de información. (Moerman, 1996). Las posibles respuestas del paciente están dadas por los criterios de una escala Likert.
- c. El instrumento de Inventario de Comportamientos de Cuidado (CBI) sigla en inglés, el cual se basa en la teoría de Watson sobre el cuidado, marco en el cual el cuidado se vuelve el principio ético o el parámetro por el cual se miden los tratamientos e intervenciones. Wolf, (1998), elaboró el instrumento con base en esta teoría, dado que el cuidado transpersonal desde la perspectiva de Watson invita a una autenticidad del ser y el crecer, una habilidad para estar presente con el yo y el otro, en una mutualidad reflexiva del ser, que lleva a que el profesional de Enfermería desarrolle su habilidad para centrar la conciencia y la intencionalidad en el cuidado, más que en la enfermedad y sus complicaciones (Watson J., 2004). Para la elaboración del instrumento (CBI), Wolf

realizó estudios con el objetivo de precisar las palabras y las frases representativas conformaban el discurso de las enfermeras durante los procesos de cuidado.

El instrumento tiene un total de 4 ítems, que incluye un listado de comportamientos de cuidado de Enfermería. Cada ítem es medido por una escala tipo liker de 5 puntos que se acompaña de una escala de apreciación puntuada de la siguiente manera:

Comportamientos desfavorables: 42-98.

Comportamientos medianamente favorables:99-155.

Comportamientos favorables: 156 - 210.

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo cumpliendo con los criterios de inclusión previamente establecidos. Este se realizó en las Salas de Cardiología del Instituto Cardiovascular y Torácico de la Ciudad de la Salud, en pacientes programados para cirugía cardiovascular, durante la fase preoperatoria, que no fuera el día de su cirugía. La información fue obtenida a través de la consulta de expedientes clínicos y la aplicación del Instrumento de Inventario del Comportamiento de Wolf (CBI), los lunes y miércoles en un horario comprendido entre las 7:00 a.m. y las 6:00 p.m., durante los meses de junio a agosto de 2024.

La aplicación del instrumento se efectuó previa orientación al paciente, firma del consentimiento informado e identificación personal en coordinación con la enfermera encargada de la sala. Posteriormente, se realizó la presentación individual a cada paciente. Todo el proceso fue programado fuera de los horarios de alimentación y del horario nocturno, con el fin de garantizar la confiabilidad de la información y evitar interferencias con los tratamientos médicos o con el proceso de recuperación de procedimientos que pudieran generar malestar o dolor.

Para el proceso de análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2020. En la realización de análisis de frecuencias simples, porcentajes, o cruces de variables se utilizó el programa IBM Statistical package of the social science (SPSS) en su versión 17. Se empleo estadística descriptiva para realizar las caracterizaciones de la población estudiada, la verificación de hipótesis se aplicará la estadística inferencial, aplicando pruebas de correlación de Pearson para determinar la relación.

En cuanto a la estimación de los cálculos se utilizó intervalos de confianza del 95%. El nivel de significancia estadística aceptado será de $p < 0.05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.

Nivel de Ansiedad de pacientes de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio en la Ciudad de la Salud. 2024.

Niveles de Ansiedad		
Nivel	Numero	Porcentaje
Moderada (7 a 18)	29	56,86
Alta (19 a 30)	17	33,33
Mínima (0 a6)	5	9,8

Nota: N= 51. Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

El nivel de ansiedad de pacientes durante el preoperatorio de cirugía cardíaca, representada en la tabla 1, según días de estancia hospitalaria, en la ciudad de la Salud. 2024, muestra la ansiedad de los pacientes clasificados en tres categorías: mínima, moderada y alta.

La mayoría de los pacientes presenta un nivel de ansiedad moderada (7-18 puntos), representando el 29 (56.86%) de los casos. Este grupo refleja una proporción importante de pacientes que experimentan un nivel intermedio de ansiedad.

El 33.33 % (17 pacientes) presenta una ansiedad alta (19-30 puntos), lo que indica que una tercera parte de los pacientes está bajo un alto nivel de estrés o preocupación, lo cual podría requerir intervenciones adicionales por parte del equipo de salud para mitigar la ansiedad.

De modo que, un 9.80% (5) de los pacientes tiene una ansiedad mínima (0-6 puntos). Este grupo representa una minoría de pacientes que no experimentan niveles significativos de ansiedad.

Este perfil sugiere que más del 90% de los pacientes experimenta algún nivel de ansiedad, con un mayor número de ellos en las categorías de ansiedad moderada y alta, lo que resalta la importancia de implementar estrategias para reducir la ansiedad en esta población. Partiendo de la data tabulada a partir de la aplicación del instrumento, se comprende que los pacientes pueden experimentar ansiedad. Esta premisa pragmática concuerda con lo expuesto por Álvarez & Yaniet, (2022), quien afirma que, en el contexto preoperatorio de una cirugía cardiovascular, el paciente puede experimentar una combinación de miedo, incertidumbre y ansiedad.

Ello permite, confirmar la vigencia de la postulación teórica, al tener en cuenta que los pacientes en el proceso preoperatorio de cirugía cardíaca pueden presentar síntomas flagrantes de niveles de ansiedad, es decir una acumulación de miedo por stress ante la eventualidad de la intervención quirúrgica, en este escenario se confirma lo afirmado por la literatura revisada, siendo conveniente comprender que los niveles de esta sintomatología van a implicar de manera congruente la aplicación de cuidados humanizados, que puedan servir para establecer una mejor preparación al proceso de intervención quirúrgica. (Álvarez & Yaniet, 2022).

Los resultados del trabajo en cuanto a la percepción del comportamiento de cuidado del profesional de Enfermería en pacientes de cirugía cardiovascular durante el período

preoperatorio evidenciaron que la totalidad de los participantes (n = 51; 100 %) percibió el cuidado recibido como favorable. No se registraron respuestas en las categorías medianamente favorable ni desfavorable. Estos hallazgos indican una valoración altamente positiva de los comportamientos de cuidado brindados por el personal de Enfermería.

La percepción que tiene un paciente con respecto al cuidado que recibe del profesional, corresponde a lo que el enfermero proporciona durante su contacto con quien cuida, que no es más que la suma de lo que Swanson describe como los atributos de las dimensiones de cuidado.

La percepción positiva del cuidado podría reflejar una estandarización en la calidad asistencial, donde todos los pacientes reciben un nivel alto de atención, independientemente de su estado emocional.

A través de este instrumento se ha podido relacionar el cuidado de Enfermería con la satisfacción del paciente y proponer la estructuración de hipótesis de cuidado para medir el grado de satisfacción del paciente en relación con el cuidado recibido

Cabe destacar que el 100% de los pacientes que van a ser sometidos a cirugías cardiovasculares de este estudio perciben el cuidado del profesional de Enfermería como excelente.

Diferencia respetuosa con el otro: En esta dimensión, la mayoría de los participantes respondieron en la categoría de “Siempre” 48 personas, (94%). Esto sugiere que la deferencia y el respeto hacia el otro son considerados valores esenciales en el cuidado de los pacientes.

Asegura la presencia humana: En esta dimensión, al igual que la anterior, la mayoría de los participantes respondieron “Siempre” 50 personas, (98%). Este alto porcentaje resalta la importancia de la presencia física y emocional de la enfermera como una necesidad básica para los pacientes.

Conectarse positivamente: Los resultados muestran que 49 personas (96%) eligieron “Siempre”, mientras que una minoría 2 personas (4%) seleccionó “Casi siempre”. Esto indica que los pacientes sienten que la enfermera debe conectarse de manera positiva y optimista con ellos, manteniendo una actitud de apoyo constante.

Conocimiento y destreza profesional: Aquí, la categoría “Siempre” fue elegida por 43 personas (84%), con un pequeño grupo seleccionando “Casi siempre” 8 personas (16%). Estos resultados subrayan que esta categoría de conocimientos es la que los pacientes encontraron el comportamiento del cuidado más bajo.

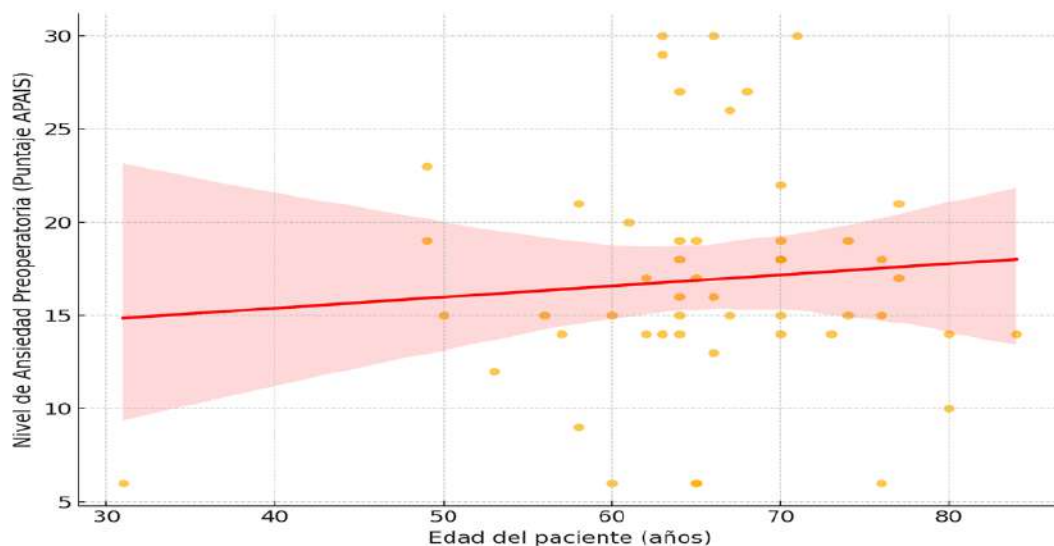
Prestar atención a las experiencias de otros: En esta dimensión, todas las respuestas se concentraron en la categoría “Siempre” (100%). Esto demuestra que los pacientes consideran que las enfermeras brindan un cuidado personalizado y efectivo.

Al destacar la data tabulada por la fuente, se evidencia congruencia con lo expuesto por Watson (2012), quien enfatiza que el cuidado transpersonal es posible solo cuando se construye una relación de confianza, en la que el paciente percibe a la enfermera no solo como un proveedor de atención, sino también como un aliado en su proceso de sanación.

Se evidencia que existe correspondencia onto epistémica entre la realidad y la epistemología revisada, teniéndose en consideración el cumplimiento efectivo de la teoría al darse un cuidado favorable que es percibido por el paciente, lo cual demuestra la construcción de niveles de empatía y colaboración del asistente de salud profesional que presta apoyo en esta área en particular.

Figura 1:

Relación entre Edad y Ansiedad Preoperatoria



Nota: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Relación entre Edad y Ansiedad Preoperatoria

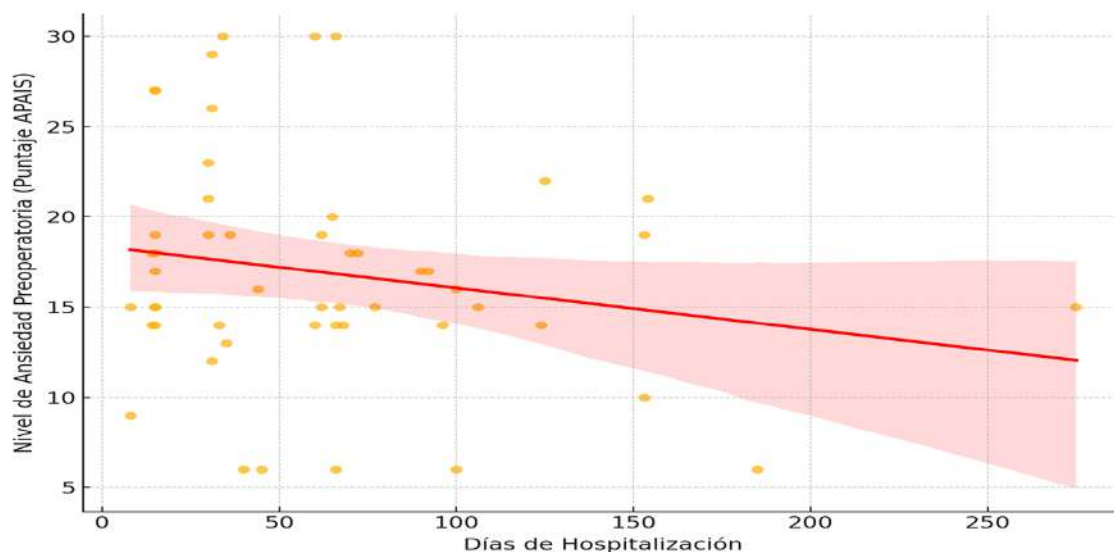
El gráfico de dispersión entre la edad y el nivel de ansiedad preoperatoria (medido con la escala APAIS) mostró una relación positiva muy débil ($r = 0.089$) sin significancia estadística ($p = 0.536$). Esto indica que, en la muestra analizada, la edad no se relaciona significativamente con la ansiedad reportada por los pacientes antes de una cirugía cardiovascular.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Caumo et al. (2001), quienes en su estudio sobre factores de riesgo para ansiedad preoperatoria no encontraron que la edad fuera un predictor significativo. Del mismo modo, Gómez-Urquiza et al. (2017), en un estudio realizado en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, concluyeron que la edad no fue una variable asociada con niveles elevados de ansiedad preoperatoria.

Otros estudios como los de Millar et al. (1995) y Maranets y Kain (1999) han sugerido que, si bien pueden observarse tendencias, como una leve disminución de la ansiedad con el aumento de la edad, estas no son generalmente estadísticamente significativas. Esto respalda la idea de que la ansiedad preoperatoria se ve más influida por factores como el sexo, la falta de información, el tipo de cirugía, o la experiencia previa en contextos hospitalarios, más que por la edad cronológica del paciente, igualmente así lo reporta Macías et al., (2021) quien reconoce que los pacientes que enfrentan una intervención de alto riesgo suelen experimentar ansiedad debido a la falta de información o a la incertidumbre sobre el procedimiento y la recuperación.

Figura 2

Relación entre Días de Hospitalización y Ansiedad Preoperatoria



Nota: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Relación entre Días de Hospitalización y Ansiedad

El gráfico de dispersión entre los días de hospitalización y los niveles de ansiedad preoperatoria (medidos con la escala APAIS) reveló una correlación muy débil y estadísticamente no significativa ($r = -0.195$, $p = 0.169$). Esto indica que, en esta muestra, el

número de días que los pacientes permanecen hospitalizados antes de la cirugía cardiovascular no guarda una relación concluyente con su nivel de ansiedad.

Estudios previos han mostrado resultados similares. Por ejemplo, el trabajo de González-et al. (2021) indica que, si bien la estancia hospitalaria puede ser un factor estresante, no necesariamente predice la intensidad de la ansiedad preoperatoria. De igual forma, investigaciones como la de Patiño-Masó et al. (2022) sugieren que el nivel de ansiedad puede estar más influenciado por factores personales como el acceso a la información, el apoyo emocional, y la calidad de la comunicación con el equipo de salud, más que por la duración de la hospitalización en sí. En este estudio, la ausencia de una relación significativa podría deberse a que los pacientes experimentan un umbral de adaptación emocional en el entorno hospitalario.

Es decir, más allá de cierto número de días, la ansiedad podría estabilizarse o verse modulada por otros factores como la atención recibida o los mecanismos individuales de afrontamiento. Estos hallazgos corroboran la teoría de Watson, que enfatiza que el cuidado transpersonal va más allá de lo técnico y se centra en la relación emocional, el respeto y la compasión. La implementación de programas de formación que fortalezcan las habilidades emocionales y humanas del personal de Enfermería puede potenciar la capacidad de responder a las necesidades emocionales de los pacientes, contribuyendo a mejorar su experiencia y reducir la ansiedad preoperatoria.

La comprobación de la Hipótesis

Para el análisis de la relación entre el comportamiento del cuidado y la ansiedad preoperatoria desde la perspectiva del paciente de cirugía cardiovascular, se tiene:

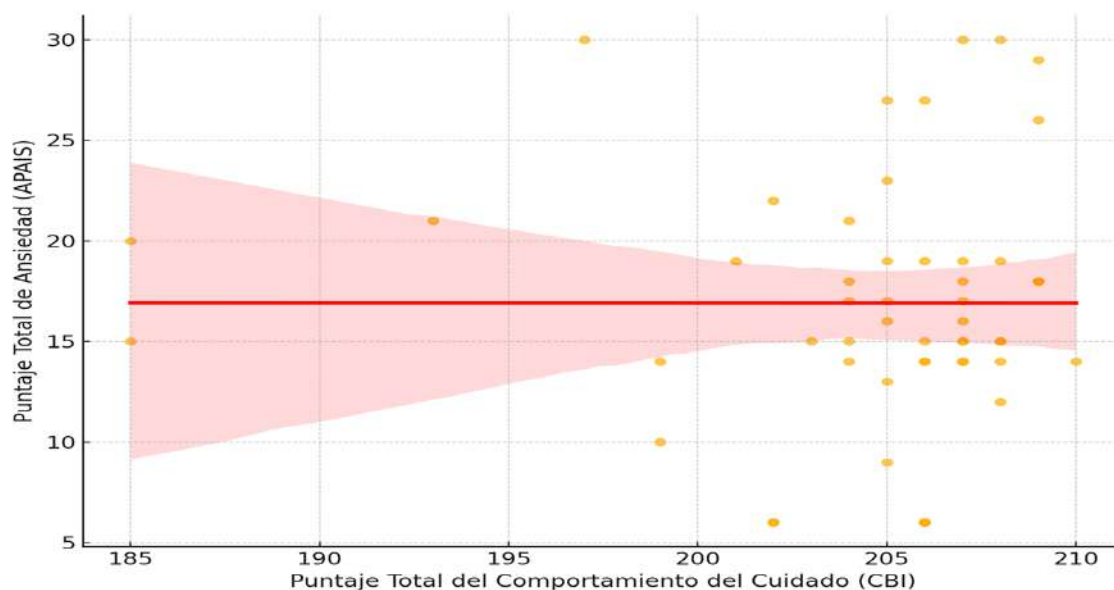
H₀: La ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante preoperatorio no se relaciona

con el comportamiento del cuidado.

H₁: La ansiedad del paciente de cirugía cardiovascular durante el preoperatorio se relaciona con el comportamiento del cuidado.

Figura 3:

Relación entre Comportamiento del Cuidado y Ansiedad preoperatoria.



Nota: Datos obtenidos mediante la aplicación del Instrumento de Escala e información preoperatoria de Ámsterdam (APAIS) (2024).

Relación entre Comportamiento del Cuidado y Ansiedad Preoperatoria Total.

El análisis de la relación entre el puntaje total del comportamiento del cuidado de enfermería (CBI) y el puntaje total de ansiedad preoperatoria (APAIS) no mostró evidencia de correlación estadísticamente significativa ($r = -0.000$, $p = 0.998$).

Este resultado sugiere que, en esta muestra de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular, la percepción del cuidado de Enfermería recibido no se relacionó directamente con el nivel

de ansiedad preoperatoria reportado. A pesar de que diversos estudios destacan la importancia del cuidado empático como modulador emocional, los hallazgos actuales no apoyan una relación lineal o inmediata entre ambas variables. Autores como Watson (2008) y Fernández-García et al. (2020) han señalado que el impacto del cuidado puede expresarse en dimensiones más cualitativas o a largo plazo, y que la ansiedad preoperatoria podría estar más condicionada por factores personales, médicos o contextuales, como el tipo de cirugía, experiencias previas o nivel de información, más que por el cuidado percibido en sí mismo. También es posible que, en pacientes de alta complejidad, como los cardiovasculares, la ansiedad esté más vinculada a la percepción del riesgo vital o a elementos estructurales del entorno hospitalario, lo que podría enmascarar los efectos positivos del cuidado de Enfermería. Se sugiere ampliar el análisis con métodos cualitativos o segmentar por subgrupos para entender mejor esta interacción.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en cada dimensión del cuidado evidencian una percepción altamente favorable por parte de los pacientes, especialmente en aspectos relacionados con la atención constante, la contención emocional y la sensación de seguridad. Estos hallazgos sugieren que la práctica de Enfermería no solo responde a estándares técnicos, sino que incorpora elementos fundamentales del cuidado humanizado, lo cual refuerza la calidad de la experiencia hospitalaria.

La implementación de un enfoque centrado en el paciente, que reconozca sus emociones, temores y expectativas, se perfila como una estrategia eficaz para mitigar la ansiedad preoperatoria. En este sentido, la ligera variación observada en la percepción sobre el conocimiento y la destreza profesional del personal de Enfermería representa una

oportunidad para fortalecer los programas de formación continua, con miras a consolidar la confianza del paciente y optimizar la calidad del cuidado.

El análisis estadístico confirma que no existe una relación significativa entre los niveles de ansiedad y la percepción del cuidado recibido, lo que indica una atención equitativa y consistente por parte del equipo de salud. Si bien este hallazgo es alentador, también plantea la necesidad de explorar si una adaptación más explícita del cuidado a las particularidades emocionales de cada paciente podría potenciar aún más su bienestar.

En conjunto, estos resultados reafirman la importancia de concebir al paciente como un ser integral, cuyas necesidades físicas, emocionales y simbólicas deben ser abordadas de manera articulada. La teoría del cuidado transpersonal de Watson y la evidencia empírica contemporánea respaldan esta perspectiva, destacando que un cuidado relacional, empático y centrado en la persona constituye un componente esencial para mejorar la experiencia hospitalaria y promover el bienestar emocional en contextos preoperatorios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Álvarez, L., & Yaniet, P. (2022). Ansiedad preoperatoria en pacientes cardiovasculares: aproximaciones desde la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1), 45–52.
- Caja de Seguro Social. (2021). Reporte de cirugías cardíacas 2015–2021. Ciudad de Panamá, Panamá.
- Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(3), 298-307.
- Choque, Y. (2019). Ansiedad preoperatoria en pacientes programados para cirugía cardiovascular. *Revista de Investigación Médica del Sur*, 11(2), 55-62.
- Fawcett, J. (1996). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. F.A. Davis Company.

- Fernández-Castillo, R. J., et al. (2019). Carga emocional y ansiedad preoperatoria. *Enfermería Global*, 18(1), 210-220.
- Fernández Pita, M. (1996). *Métodos cuantitativos para la toma de decisiones*. Ediciones Pirámide.
- Gómez-Urquiza, J. L., et al. (2017). Preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1167.
- González-María, E., López-Rodríguez, M. M., & Pérez-Fuentes, M. C. (2021). Ansiedad preoperatoria y factores asociados en pacientes hospitalizados. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(2), 119–132.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedfordth, N. M. (2020). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 124(3), 369–376.
- Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46–50.
- Macías, R., López, J., & Morales, H. (2021). Factores asociados a la ansiedad preoperatoria en cirugía cardiovascular. *Revista Médica de Chile*, 149(4), 540–549.
- Maranets, I., & Kain, Z. N. (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia & Analgesia*, 89(6), 1346–1351.
- Mauricio, R. (2019). Ansiedad preoperatoria en cirugía cardiovascular. *Revista de Psicología en Salud*, 5(2), 70-78.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Millar, K., Jelacic, M., & Bonke, B. (1995). Assessment of preoperative anxiety: Comparison of measures in patients awaiting elective surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 74(2), 180–183.
- Mitchell, M. (2010). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery*, 16(3), 86-91.

- Moerman, N., van Dam, F. S. A. M., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82(3), 445-451.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Enfermedades cardiovasculares. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- Patiño-Masó, J., González, M., & Lázaro, J. (2022). Información preoperatoria como estrategia de afrontamiento en pacientes quirúrgicos. *Enfermería Clínica*, 32(3), 123-129.
- Salud, M. D. (1996). Reforma de los servicios de salud en América Latina: Problemas y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(1), 1–15.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Teker, A. G. (2019). Impacto psicológico de las intervenciones cardiovasculares. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 27(3), 112-120.
- Watson, J. (1998). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 11(1), 49–52.
- Watson, J. (2004). Teoría del cuidado humano. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 13–19.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Wolf, Z. R. (1998). The caring behaviors inventory: A validation study. *Journal of Nursing Measurement*, 6(1), 43-55.