

MEMORIAS

IX Encuentro Nacional de semilleros de investigación en enfermería

**IX ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS
DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

IX ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Compiladora

MSc. Andrea Carolina Ortiz Pimienta



Vicerrectoría de
INVESTIGACIONES
UNIPAMPLONA

“Formando nuevas generaciones con
sello de excelencia comprometidos
con la transformación social de las
regiones y un país en paz”

MEMORIAS

IX ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

7 de noviembre de 2025

© **Universidad de Pamplona** © **Sello Editorial Unipamplona**
Sede Principal Pamplona, Km 1 Vía Bucaramanga-
Ciudad Universitaria. Norte de Santander, Colombia.
www.unipamplona.edu.co
Teléfono: 6075685303

Edición mayo de 2026

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PhD. Heriberto Rangel Navia
Decano Facultad de Salud

PhD. Belinda Inés Lee Osorno
Directora- Programa de Enfermería

MSc. Andrea Carolina Ortiz Pimienta
Compiladora

Ivaldo Torres Chávez Ph.D
Rector Universidad de Pamplona

Aldo Pardo García Ph.D
Vicerrector de Investigaciones

Caterine Mojica Acevedo
**Jefe Sello Editorial
Unipamplona**

Laura Angelica Buitrago Quintero
Diseño y diagramación

ISSN: XXXXXXXX

Hecho el depósito que establece la ley. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin permiso del editor.

COMITÉ CIENTÍFICO

(Docentes Programa de Enfermería)

MSc. Johana Alexandra Gallardo Castro
MSc. Katty Dayana Escobar Velázquez
MSc. Mayra Alejandra Barajas Lizarazo
MSc. Omar Eduardo Vergel Ropero
MSc. Claudia Milena Rodríguez Lizcano
MSc. Andrea Carolina Ortiz Pimienta
Esp. Rosa Miryam Cruz Cruz
Esp. Angélica Uribe Meneses
Esp. Ricardo José Barrera Acevedo
Esp. Ingrid Xiomara Flórez Peñaloza
Psc. Juan Sebastian Contreras
Psc. Yeimy Yadira Jaimes Celis
Enf. Jessica Leal Pidiache

COMPILADORA

MSc. Andrea Carolina Ortiz Pimienta

ÍNDICE

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, REVISIÓN INTEGRATIVA.....8

Christian Alejandro Méndez Quintero

DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN EN CONTEXTOS RURALES EN EL MUNICIPIO DE ARAUQUITA DURANTE EL PERIODO 202522

Ángela Marcela Rincón Baquero
Juan David Palencia González
Jhon Edison Meneses Mantilla
Luis Daniel Pérez Mogollón

VIVENCIAS DE LAS ABUELAS DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE ESCASOS RECURSOS EN LA CIUDAD DE CÚCUTA32

Kelly Lorena Galvis Cacua

VIVENCIAS DURANTE LA PRIMERA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS PROCESOS FORMATIVOS DE ENFERMERÍA44

Carol Tatiana Martínez Carvajal

NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO 202557

Briyith Camila González Calderón

ACCIÓN INVESTIGADORA EN ENFERMERÍA: INTEGRIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL, CONFESIONARIO EN SALUD71

Liceth Paola Gómez Peña

VULNERABILIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA DE UNA IPS DE TERCER NIVEL, CÚCUTA, 202589

Danna Valentina Ortiz Serrano

RIESGO FAMILIAR TOTAL Y GRADO DE SALUD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL GRADO OCTAVO DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN CÚCUTA, 2025100

Carmen Elina Escobar Coneo



MEMORIAS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, REVISIÓN INTEGRATIVA

Christian Alejandro Méndez Quintero

Clínica Shaio

RESUMEN

Este trabajo de grado es una revisión en donde se integran aspectos sobre las intervenciones de enfermería que están orientadas en la prevención de la caída de las instituciones que prestan servicios de salud, con el objetivo de identificar y analizar de forma crítica las estrategias que se han implementado por los profesionales de enfermería con el fin de reducir la incidencia de caídas en hospitalización. Esa revisión se llevó a cabo en bases de datos de PubMed, Redalyc, Scielo, Scopus y Google Scholar entre los años de 2017 y 2024, con la aplicación de criterios de inclusión y exclusión de forma rigurosa, siguiendo los mencionado en la guía PRISMA 2020, con la selección de 10 estudios primarios en los que se abordó factores intrínsecos como estado cognitivo, movilidad y percepción del riesgo y extrínsecos como infraestructura, protocolos y cultura organizacional. Entre los hallazgos se evidenció que de las intervenciones efectivas estaban combinando estrategias educativas con medidas ambientales, que se estructuran por medio de marcos conceptuales sólidos entre las que se tiene la teoría de Dorothea del déficit de autocuidado. Del mismo modo, se identificó limitaciones en la estructura y la formación de personal, lo que dificulta el aplicar las guías de las buenas prácticas. Se llegó a la conclusión que los profesionales de

enfermería tienen un rol fundamental en su cercanía con el paciente, al tiempo de necesitar tener capacidad de liderar acciones de prevención, educación y promoción en los entornos hospitalarios para que sean seguros, éticos y humanizados. Se recomienda aplicar acciones institucionales que fortalezcan la capacitación continúa la optimización de protocolos de seguridad y el fomento de la participación de los familiares en la prevención de caídas como personas corresponsables.

Palabras claves: Prevención de caídas, intervenciones de enfermería, seguridad del paciente, instituciones de salud, revisión integrativa.

INTRODUCCIÓN

Las caídas intrahospitalarias constituyen uno de los eventos adversos más comunes y preocupantes en el entorno clínico, no solo por las consecuencias físicas que implican para los pacientes, sino por el impacto emocional, económico y organizacional que generan dentro de las instituciones de salud. Aunque se puede prevenir este problema, se siguen presentando cifras a nivel global que son alarmantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se registran millones de caídas a nivel hospitalario por año, entre las consecuencias están lesiones graves y en algunos casos la muerte, con casos en adultos mayores o con condiciones vulnerables clínicas mayoritariamente (OMS, 2021).

En Colombia, se han reportado que por cada mil días en cama hay entre tres y cinco caídas, lo que se traduce como un evento adverso, considerado como frecuente dentro de las instituciones que prestan servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). En este sentido, este problema pone en riesgo tanto a los pacientes que tienen daños físicos como las fracturas, hematomas o traumáticos, así como un

aumento del tiempo de estancia dentro de los hospitales, se incrementan los costos para atención médica y se compromete la calidad del servicio. Dentro de las implicaciones en términos psicoemocionales se tienen que tanto los pacientes como los cuidadores, empiezan a tener temor, ansiedad o aislamiento social por la generación de nuevas caídas (Rodríguez Ibagué, Ramírez Castañeda & Orjuela Ríos, 2021).

La historia de este fenómeno se entrelaza con la evolución misma del cuidado hospitalario. Desde los primeros registros sobre eventos adversos, se ha evidenciado la necesidad de establecer protocolos y estrategias orientadas a garantizar la seguridad del paciente. Sin embargo, es en las últimas décadas cuando se ha intensificado la investigación en torno a las prácticas preventivas, dando lugar a marcos normativos, guías clínicas y modelos teóricos que reconocen al profesional de enfermería como actor clave en la prevención de caídas (RNAO, 2021).

El presente estudio surge entonces de una preocupación genuina por comprender, visibilizar y fortalecer el papel de la enfermería en este ámbito crítico del cuidado hospitalario. Su propósito es identificar, a través de una revisión integrativa de literatura, cuáles son las principales intervenciones que se implementan desde la práctica de enfermería para prevenir caídas en instituciones de salud. Esta indagación cobra relevancia al reconocer que la mayoría de los pacientes hospitalizados atraviesan situaciones de fragilidad física, limitaciones de movilidad o alteraciones cognitivas que los hacen especialmente susceptibles a este tipo de eventos.

El reconocimiento de la problemática en cuanto a las dimensiones clínica, ética y social, ayuda en la justificación de este trabajo, esto se debe a que las caídas no son simples accidentes, es un

indicador sobre la calidad presente en el cuidado, la indolencia y del grado de preparación que se tiene dentro de los entornos hospitalarios por parte del personal de salud. De modo que el prevenir la ocurrencia de caídas, requiere de múltiples acciones que no deben estar aisladas, sino que deben darse de manera integral, multidimensional y deben ser humanizadas, donde se involucre tanto a los pacientes como a la familia, a los equipos de salud y fundamentalmente a las instituciones. Tal como lo plantea Orem (2001), desde la teoría del déficit de autocuidado, cuando las personas no pueden cuidar de sí mismas por condiciones transitorias o permanentes, el profesional de enfermería debe actuar como agente compensador, diseñando y ejecutando intervenciones que protejan la vida, la dignidad y el bienestar del paciente.

Desde el punto de vista metodológico, este trabajo se fundamenta en una revisión integrativa de literatura, una estrategia que permite analizar de manera amplia y profunda estudios con diferentes enfoques —cuantitativos, cualitativos y mixtos— publicados entre los años 2017 y 2024. La búsqueda de información se llevó a cabo en bases de datos científicas como los son PubMed, Scielo, Scopus, Redalyc y Google Scholar, aplicando la guía PRISMA 2020, con el fin de garantizar transparencia y rigurosidad en la selección de los trabajos, con el uso de criterios explícitos en la inclusión o exclusión, con priorización de artículos originales con texto completo en contextos hospitalarios donde se abordan intervenciones por enfermeros, en idiomas de español, inglés o portugués.

Aplicando la metodología mencionada se identificaron varios trabajos significativos en los cuales se aplicaban prácticas eficaces para la prevención de caídas, entre las que se tienen el uso sistemático de escalas de riesgo, protocolos de seguridad, formación continua de personal de enfermería y educación

para cuidadores y pacientes, encontrándose una necesidad clara de intervenciones que sean multifactoriales en las que se combinen medidas tanto individuales como estructurales, y que estén adaptadas a los niveles de autovía que tiene cada paciente. De modo que dentro de este análisis se tuvo una mirada crítica en cuanto a las barreras que se mantienen ante la implementación de estas estrategias, encontrándose escasez de recursos, una baja adherencia a los protocolos e incluso la poca sensibilización por parte de las instituciones.

Finalmente, los resultados en las investigaciones ratifican que la prevención de caídas ayuda a disminuir los eventos de seguridad y a reducir posibles complicaciones. Asimismo, se evidencia que la experiencia y el tiempo fortalece que los trabajadores de las instituciones mantengan la seguridad dentro de las instituciones, con la dignificación del cuidado por parte de los enfermeros. Tal como lo expresa Fernández-Lasquetty (2022), “la prevención de caídas no es un acto técnico aislado, sino una expresión del compromiso ético y profesional de quienes cuidan”.

OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar las intervenciones de enfermería en la prevención de caídas de pacientes dentro de las instituciones que prestan los servicios de salud.

Objetivos específicos: 1) Reconocer las intervenciones por parte del personal profesional de enfermería en cuanto a prevención de caídas en las instituciones que prestan servicios de salud. 2) Realizar una valoración crítica de la literatura sobre la prevención de caídas de pacientes en instituciones prestadoras de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las caídas se definen como acontecimientos que son involuntarios los cuales generan la pérdida del equilibrio y producen el choque del cuerpo contra el suelo o cualquier superficie sólida que detenga el impacto de dicha caída (2021).

Los profesionales que trabajan en las instituciones prestadoras de salud y que se encuentran en contacto directo y permanente con los pacientes son responsables de la seguridad del paciente que se debe ver reflejada en la disminución de los eventos adversos. Los profesionales de enfermería son quienes están presentes durante todo el periodo intrahospitalario del paciente y por ende muchas de las acciones que se tomen para reducir los riesgos de que se presenten estos eventos adversos son responsabilidad de estos profesionales (Pauletto et al., 2021).

Los profesionales que manejan las intervenciones de enfermería, las cuales constan de actividades y procedimientos que realiza de manera directa el profesional a cargo del cuidado del paciente, tienen objetivos clave como lo son el generar bienestar, seguridad y una recuperación propicia para el paciente por medio de medidas protectoras para su seguridad. De acuerdo con Rodas M. A. (2019), dentro de las capacidades que deben tener estos profesionales está el poder dar una respuesta que sea oportuna y que esta sea constante y eficiente que permitan salvaguardar y garantizar la calidad del proceso de atención con el fin de tener una mejora continua y la prevención constante.

Existen diferentes escalas que se pueden implementar para medir el riesgo de caídas y minimizar la magnitud de estos eventos adversos, pero entre las más utilizadas la que más

destaca es la escala Downton (Sanitas, 2024), la cual evalúa el riesgo que una persona puede tener de sufrir una caída y así poder implementar medidas de seguridad y prevención frente a este riesgo. Esta escala nos permite evaluar si el paciente ha sufrido caídas previas, si usa medicamentos que puedan significar un riesgo para sufrir una caída (sedantes, diuréticos, antiparkinsonianos, antidepresivos etc.), si el paciente tiene o no déficits sensoriales, su estado mental (confuso u orientado), y el estado de la marcha/deambulación (si requiere asistencia, si es dificultosa o insegura o si es imposible de realizar).

Una vez realizada la valoración por medio de la escala se inician protocolos preventivos de acuerdo a los resultados obtenidos y las necesidades de seguridad protección que requiera el paciente de acuerdo a sus necesidades, entre ellos la más comúnmente implementados son la identificación del riesgo en la manilla y tablero de identificación del paciente, el mantener siempre las barandas de la camilla arriba, asistir el baño y deambulación del paciente si requiere ayuda o presenta dificultad, limitar la deambulación del paciente si se encuentra bajo tratamiento con medicamentos que puedan comprometer su estabilidad al movilizarse, procurar que el paciente tenga el calzado adecuado para poder deambular y que no represente un riesgo para sufrir una caída, que el piso no se encuentre resbaloso y se cuente con una buena iluminación etc.

Según el Institute for Healthcare Improvement, las consecuencias más comunes por caídas durante el periodo intrahospitalario son hematomas, sangrado excesivo, fracturas e incluso en algunos casos la muerte (Boushon B, et al., 2012). Muchas de estas consecuencias prolongan la estancia hospitalaria y generan un tratamiento adicional para las lesiones que se deriven de las caídas y a su vez generando un aumento de los gastos de la asistencia médica.

Por lo anterior la pregunta de investigación para el presente trabajo de investigación es: ¿Cuáles son las intervenciones que ha realizado el personal de enfermería en la prevención de caídas en las instituciones prestadoras de salud?

METODOLOGÍA

La revisión integrativa es un tipo de revisión literaria que busca analizar, sintetizar y comprender de manera amplia los distintos estudios existentes sobre un tema o área de investigación específica. A diferencia de otras revisiones, como la sistemática o la narrativa, esta metodología permite incluir una gran variedad de enfoques metodológicos —cuantitativos, cualitativos, experimentales y no experimentales— lo que le otorga una perspectiva más completa y flexible. Según Guirao Goris y Silamani J. Adolf (2015), su propósito es ofrecer una visión holística del problema, identificando patrones, diferencias e inconsistencias en el conocimiento existente.

Entre sus principales características se destacan la amplitud de los estudios incluidos, ya que abarca diferentes tipos de investigaciones y metodologías; y la síntesis del objetivo, que busca integrar los hallazgos de los estudios seleccionados para lograr una comprensión coherente del tema analizado. De esta forma, la revisión integrativa permite un análisis profundo y riguroso que facilita la comprensión global del fenómeno investigado.

En el proceso de recolección y organización de información se emplea la ficha RAE, herramienta que facilita la clasificación, síntesis y análisis de los datos relevantes obtenidos de las fuentes consultadas. Esta ficha permite estructurar la información de manera ordenada y contribuye a identificar los elementos más significativos para el estudio.

El diseño de investigación para la revisión integrativa sigue cinco fases principales, según Da Graça Oliveira Crossetti (2012):

- I. Formulación del problema.
- II. Recolección de datos y definición de la búsqueda bibliográfica.
- III. Evaluación de los datos.
- IV. Análisis de los resultados.
- V. Presentación e interpretación de los hallazgos.

La población del estudio está conformada por artículos originales que cumplan con criterios específicos: deben estar escritos en español, inglés o portugués; ser de libre acceso; haber sido publicados entre 2017 y 2024; y centrarse en la participación del personal de enfermería en la prevención de caídas en instituciones prestadoras de salud. Se excluyen revisiones sistemáticas, tesis, artículos con acceso restringido, publicados fuera del rango temporal o en otros idiomas, y aquellos que no aborden directamente el tema.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos siguen las etapas descritas por Manterola et al. (2023): definición de la pregunta de investigación, búsqueda de literatura relevante según criterios establecidos, evaluación de la calidad de los estudios, síntesis de la evidencia (usando herramientas como la ficha RAE) e interpretación de los resultados para generar conclusiones y recomendaciones futuras.

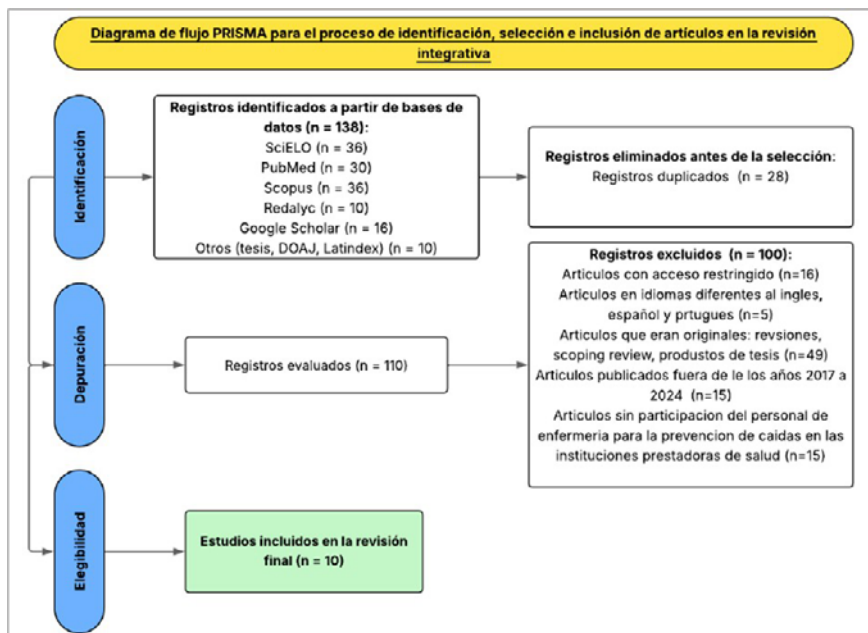
La estrategia de búsqueda y selección de estudios se basó en las directrices PRISMA 2020, garantizando transparencia y rigor en la identificación, selección y síntesis de los artículos. La búsqueda se realizó en bases de datos científicas como PubMed, SciELO, Scopus, Redalyc y Google Scholar, además de repositorios institucionales y referencias cruzadas.

Inicialmente se identificaron 138 registros, de los cuales se eliminaron 40 duplicados y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión mediante la lectura de títulos, resúmenes y textos completos.

Finalmente, esta estrategia permitió asegurar la validez, coherencia y calidad de los estudios incluidos, reduciendo el sesgo en la selección y garantizando que los artículos analizados aportaran evidencia significativa para comprender el papel del personal de enfermería en la prevención de caídas dentro de las instituciones de salud.

RESULTADOS

Matriz PRISMA.



Fuente: Elaboración propia.

Base de datos

Base de Datos	Cantidad de Artículos Identificados
SciELO	36 artículos
PubMed	30 artículos
Scopus	36 artículos
Redalyc	10 artículos
Google Scholar	16 artículos
Otros (DOAJ, Latindex)	10 artículos
Total	138 artículos

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión integrativa integran estrategias que permiten el fortalecimiento para la práctica de enfermería en el ámbito hospitalario enfocado en la prevención de caídas de pacientes. En primer lugar, el reconocimiento de la educación como una estrategia transversal y de gran importancia para la prevención de caídas, subraya la capacidad del personal de enfermería para liderar intervenciones que estén orientadas a mejorar la seguridad del paciente, como lo es la implementación de programas educativos que permitan brindar conocimientos a los usuarios orientado a la identificación de factores de riesgo, con el fin de conllevar a la reducción de la posibilidad de que ocurran eventos adversos (Ximenes et al., 2023).

Dentro de este contexto, el fortalecimiento de las competencias de los enfermeros para la prevención de las caídas se traduce e ir más allá de solo la transmisión de conocimientos informativos, esto requiere de la integración de habilidades como la comunicación efectiva, la evaluación crítica del entorno y la aplicación de sistemas de protocolos que se basen en evidencia, de modo que los estudios de Montejano-Lozoya et al. (2020), ayudan a evidenciar que las intervenciones educativas que están dirigidas a el personal de enfermería, permiten la reducción significativa de la incidencia de las caídas en los hospitales, por

lo que la capacitación continua es una herramienta valiosa e imprescindible en la mejora de la calidad asistencial.

Por otro lado, la optimización de los protocolos de atención de las instituciones que prestan el servicio de salud (IPS), implica una revisión periódica y crítica de las prácticas actuales existentes. La estandarización de procedimientos, el fortalecimiento de la cultura de seguridad y la implementación de guías basadas en evidencia, como las de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), se perfilan como estrategias esenciales para garantizar entornos hospitalarios seguros (Esparza-Bohórquez et al., 2017).

La relación de estos hallazgos con la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem es clara y profunda. Según Orem (2001), el rol de la enfermería es asistir a las personas cuando sus capacidades de autocuidado se ven limitadas. El lograr prevenir las caídas de los pacientes en los hospitales se enmarca en esta premisa, ya que se requiere del reconocimiento de las vulnerabilidades y del actuar de forma anticipada, con el fin de proteger la integridad física y poder promover el empoderamiento de los usuarios sobre su proceso de cuidado.

Siguiendo este marco, se tiene que el personal de enfermería dentro de sus labores diarias, no solo aplica acciones correctivas, sino que habilita los escenarios para el aprendizaje y la adaptación, lo que permite que los pacientes logren desarrollar habilidades para un autocuidado seguro en el tiempo y luego de que acabe su estancia en el hospital. Por lo que esta visión, que está dentro de la ética y de la perfección humana, configura la manera de observar la prevención de caídas, no como un protocolo técnico que se encuentra aislado, sino de la forma en como se realizan las manifestaciones de forma correcta en cuanto al compromiso del personal de enfermería con la vida, la dignidad y la autonomía de cada una de las personas.

CONCLUSIONES

Las intervenciones de enfermería desempeñan un papel determinante en la reducción de la incidencia de caídas en instituciones prestadoras de salud. La formación continua a través de talleres, simulaciones clínicas y actualización de protocolos y guías clínicas basados en la evidencia, fortalece la capacidad del personal de enfermería para identificar factores de riesgo, aplicar herramientas de valoración estandarizadas y ejecutar estrategias de intervención oportunas y efectivas. Adicionalmente, integrar estos conocimientos en la práctica diaria contribuye a mejorar la seguridad del paciente, optimizar los procesos asistenciales, reducir costos asociados a eventos adversos y fomentar la autonomía y el autocuidado, con el fin de promover un entorno hospitalario más seguro centrado en la calidad de vida y seguridad del paciente dentro de las instituciones prestadoras de salud.

Los resultados evidencian que el rol del personal de enfermería es esencial en la prevención de las caídas, ya que realizan la ejecución las acciones como la valoración integral del riesgo mediante la aplicación de escalas validadas, modificación del entorno teniendo en cuenta planes de cuidado individualizados, intervenciones de movilización y fortalecimiento muscular y el uso de dispositivos de asistencia, enfocándose en la gestión de un entorno seguro, integrando la educación al paciente y a su familia; de este modo promueve una cultura de seguridad institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Caídas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2021). Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. <https://rnao.ca/bpg>
- Ximenes, M. A., de Souza, L. A., & Lima, L. K. (2023). Eficacia de las intervenciones educativas para la prevención de caídas: revisión sistemática. *Revista de Enfermería*, 29(3), 45-52.
- Montejano-Lozoya, R., et al. (2020). Efectividad de una intervención educativa en enfermeras para mejorar la prevención de caídas. *Enfermería Clínica*, 30(6), 372-378.
- Pauletto, M. R., et al. (2021). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre prevención de caídas en enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3471.
- Esparza-Bohórquez, M., Rodríguez-Ortega, L., & Peña-Sierra, M. (2017). Aplicación de la guía de buenas prácticas para la prevención de caídas en un hospital colombiano. *Avances en Enfermería*, 35(2), 112-120.
- Delgado Carreño, D., et al. (2017). Intervenciones de enfermería para prevenir caídas en adultos hospitalizados: revisión sistemática. *Enfermería Global*, 16(46), 294-309.
- Hernández-Herrera, R. J., & González, C. M. (2017). Actividades de la NIC aplicadas por enfermería en la prevención de caídas. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 33, 1-15.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). Guía de buenas prácticas para la atención del paciente en servicios de salud. <https://www.minsalud.gov.co>

DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN EN CONTEXTOS RURALES EN EL MUNICIPIO DE ARAUQUITA DURANTE EL PERIODO 2025

Ángela Marcela Rincón Baquero
Juan David Palencia González
Jhon Edison Meneses Mantilla
Luis Daniel Pérez Mogollón
Universidad Manuela Beltrán

RESUMEN

La desnutrición infantil constituye una de las principales problemáticas de salud pública en Colombia, especialmente en las zonas rurales, donde las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales limitan el acceso a una alimentación adecuada. En el municipio de Arauquita, departamento de Arauca, esta situación se agrava por la pobreza, la dispersión geográfica, la migración y las deficiencias en los servicios de salud, afectando principalmente a los niños menores de cinco años. El presente estudio tiene como objetivo analizar los determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil en contextos rurales de Arauquita, identificando y describiendo los factores que inciden en esta problemática.

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño de etnografía enfocada, fundamentada en la Teoría de la Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger, que permite comprender las prácticas, creencias y valores culturales relacionados con la alimentación y el cuidado infantil. La población estuvo conformada por familias rurales con niños entre 0 y 5 años, seleccionadas mediante muestreo

no probabilístico por conveniencia hasta alcanzar la saturación de la información. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, observación participante, diario de campo y revisión documental. El análisis de los datos se realizó siguiendo la metodología de Graham Gibbs, apoyado en el software Atlas.ti. El estudio busca aportar a la enfermería comunitaria y a la salud colectiva, promoviendo intervenciones culturalmente pertinentes que contribuyan a mejorar la nutrición infantil y reducir las desigualdades sociales en el municipio de Arauquita.

Palabras clave: Determinación Social de la Salud, Trastornos de la Nutrición del Niño, Niño

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es una condición patológica, derivada del poco aprovechamiento de los nutrientes esenciales en el cuerpo, es un problema de salud pública que afecta a millones de niños en todo el mundo, especialmente en áreas rurales y en contextos de pobreza extrema. En Colombia, este fenómeno se agrava en zonas rurales, donde se ve influenciado por una serie de determinantes sociales, la falta de acceso a alimentos nutritivos, la inseguridad alimentaria y las condiciones socioeconómicas, culturales, son factores comunes que contribuyen a su prevalencia. (Vargas & Hernández, 2020)

Nuestro comportamiento alimentario se encuentra condicionado por variados determinantes socioculturales y adquiere muchos significados sociales, en el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el propósito de analizar las condiciones en que las personas nacen y viven, y cómo éstas influyen en su salud; tras décadas después de su constitución se ha promovido un mayor interés

en estudiar y monitorizar las desigualdades para la toma de decisiones en salud pública. La CDSS definió dos grupos de determinantes: los estructurales y los intermediarios; en los estructurales se incluyen los ingresos, la educación, el género, el grupo étnico y la cohesión social, relacionada con el capital social; en los determinantes intermediarios, las condiciones de vida, las condiciones laborales, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos de la población y el sistema sanitario. (Ríos-García et al., 2021)

Especialmente en el municipio de Arauquita. Este fenómeno no solo se debe a la falta de acceso a alimentos nutritivos, sino que también está influenciado por una serie de determinantes sociales que complican su abordaje, además la pobreza, la inseguridad alimentaria, el acceso limitado a servicios de salud, y las condiciones ambientales adversas son algunos de los factores que contribuyen a las altas tasas de desnutrición en estas áreas. En el municipio de Arauquita, Arauca, la desnutrición infantil se presenta como un desafío persistente, con impactos negativos en el desarrollo cognitivo, físico y socioemocional de los niños, igualmente las condiciones sociales influyen en el contexto de la problemática, este estudio se centrará en describir los determinantes sociales, asociados a la desnutrición infantil en la comunidad rural del municipio de Arauquita, identificando los diversos factores, como la disponibilidad de los alimentos, el acceso a los servicios de salud, condiciones de vida y contexto sociocultural, desde un enfoque de etnografía focalizada por medio de entrevista semiestructurada, la cual se centrará en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas culturales.

Como objetivo de este estudio es identificar los determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil en contextos rurales del municipio de Arauquita, considerando el período

2025, recalcando que es la infancia el periodo más importante de crecimiento físico y de desarrollo cognitivo de las personas. Por ello es de vital importancia intervenir en los determinantes sociales y en diferentes patologías que pueden ser causantes de problemas crónicos y de salud pública.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar los determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil en contextos rurales en el municipio de Arauquita.

Objetivos Específicos: (1) Identificar los determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil en contextos rurales en el municipio de Arauquita. 2) Describir los determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil en contextos rurales en el municipio de Arauquita.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los determinantes sociales de la salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, inciden directamente en la nutrición infantil y en la aparición de desigualdades sanitarias. Diversos estudios en América Latina han evidenciado que la desnutrición infantil persiste como un problema estructural, estrechamente relacionado con la pobreza, la inseguridad alimentaria, el bajo nivel educativo y las barreras de acceso a servicios básicos. En Colombia, investigaciones recientes (Vargas & Hernández, 2020; Ríos-García et al., 2021) destacan que las poblaciones rurales e indígenas son las más afectadas por estas condiciones, lo cual refuerza la necesidad de comprender la problemática desde una perspectiva social y cultural.

En el municipio de Arauquita, departamento de Arauca, los indicadores de desnutrición infantil se mantienen elevados, reflejando un contexto caracterizado por la dispersión geográfica, la migración, las secuelas del conflicto armado y las limitaciones en infraestructura sanitaria. Según la Fundación Éxito (2020), Arauquita presenta un nivel bajo en su índice de desempeño nutricional, a pesar de los programas estatales implementados. Estas condiciones revelan la urgencia de analizar los factores sociales que influyen en la alimentación y el bienestar infantil desde un enfoque integral.

La justificación de esta investigación se sustenta en la necesidad de generar conocimiento que oriente políticas y estrategias de intervención culturalmente pertinentes. Desde la enfermería comunitaria y la salud colectiva, el estudio busca fortalecer las capacidades locales en la promoción de la nutrición infantil, reconociendo los contextos rurales y sus dinámicas socioculturales. Comprender los determinantes sociales asociados a la desnutrición infantil en Arauquita permitirá diseñar acciones preventivas y educativas más eficaces, contribuyendo al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a la reducción de las inequidades en salud.

IMPACTO ESPERADO

El desarrollo de esta investigación permitirá generar un impacto significativo tanto en el ámbito académico como en el comunitario y en la gestión en salud pública. En primer lugar, se espera que los resultados contribuyan a profundizar la comprensión de los determinantes sociales que inciden en la desnutrición infantil en contextos rurales, visibilizando cómo las condiciones económicas, culturales y ambientales influyen en las prácticas alimentarias de las familias de Arauquita. Este conocimiento facilitará la formulación de estrategias de intervención basadas en la evidencia y adaptadas

al contexto local, promoviendo una atención más equitativa y culturalmente pertinente desde los servicios de salud.

En el campo de la enfermería, la investigación fortalecerá la práctica del cuidado transcultural, proporcionando herramientas conceptuales y metodológicas para orientar acciones comunitarias de promoción de la salud y prevención de la desnutrición infantil. Asimismo, servirá como insumo para la formulación de programas educativos dirigidos a cuidadores y líderes comunitarios, fomentando hábitos alimentarios saludables y sostenibles.

A nivel institucional, el estudio puede apoyar a las entidades territoriales y a los organismos de cooperación en la toma de decisiones en salud pública, al evidenciar las brechas existentes y los factores que obstaculizan el cumplimiento del derecho a la alimentación adecuada. Finalmente, se espera que el trabajo contribuya al fortalecimiento del enfoque de salud colectiva y equidad social, impulsando transformaciones estructurales que favorezcan el bienestar y desarrollo integral de la primera infancia en el municipio de Arauquita.

RESULTADOS PRELIMINARES

Los resultados preliminares obtenidos a partir del trabajo de campo realizado en el área rural del municipio de Arauquita se construyeron con base en la información recolectada mediante entrevistas semiestructuradas, observación participante y registros en el diario de campo. En total se entrevistaron nueve familias rurales con niños y niñas entre 0 y 5 años, quienes compartieron sus experiencias cotidianas en torno a la alimentación, el cuidado infantil y las condiciones de vida en sus comunidades. Actualmente se encuentra en desarrollo el proceso de análisis y estructuración de categorías, derivado de la codificación inicial de los datos, con el fin de identificar

de manera más precisa los patrones y significados emergentes. No obstante, los hallazgos preliminares permiten evidenciar la presencia de determinantes sociales que inciden directamente en la desnutrición infantil, mostrando una interacción compleja entre factores estructurales, culturales y ambientales.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde al peso de la cultura y las tradiciones en las prácticas alimentarias. Las familias mantienen costumbres heredadas que privilegian ciertos alimentos locales, como el plátano, el arroz y la yuca, mientras que el consumo de frutas, verduras o proteínas de origen animal es limitado por la escasa disponibilidad o su costo económico. La alimentación se concibe principalmente como un hábito cotidiano y no como un aspecto de salud, lo cual se asocia con la falta de educación dirigida a los padres y cuidadores. A esto se suma un acceso deficiente a servicios públicos básicos como el agua potable, la electricidad y el saneamiento, que repercute en la seguridad alimentaria y las condiciones de higiene del hogar.

En relación con el sistema de salud, las familias manifestaron múltiples barreras de acceso, entre ellas la lejanía de los puestos sanitarios, la falta de transporte. Un hallazgo de especial preocupación es el temor expresado por algunas madres cuando pasa el personal de salud, debido a advertencias de funcionarios sobre la posibilidad de retirarles a sus hijos por desnutrición, este miedo ha generado desconfianza hacia el sistema sanitario, limitando la búsqueda de atención oportuna.

De igual modo, se identificaron factores políticos y contextuales que agravan la situación, como la falta de apoyo institucional sostenido, la inestabilidad de los programas sociales y los efectos del conflicto armado, que han provocado desplazamientos forzados y pérdida de medios de subsistencia.

A ello se suman las inundaciones periódicas, que afectan los cultivos y reducen la disponibilidad de alimentos, generando episodios de inseguridad alimentaria. En conjunto, estos resultados preliminares evidencian que la desnutrición infantil en Arauquita es un fenómeno multidimensional, en el que confluyen desigualdad, pobreza, exclusión institucional y vulnerabilidad ambiental, lo que subraya la necesidad de fortalecer la educación, el acompañamiento comunitario y las políticas públicas desde un enfoque territorial y culturalmente pertinente.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio confirman que la desnutrición infantil en contextos rurales como el municipio de Arauquita debe ser entendida como una problemática social, cultural y estructuralmente determinada, más allá de una mera deficiencia alimentaria. Esta perspectiva se alinea con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la Teoría de la Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger:

- Desde el enfoque de Leininger, comprender las creencias, costumbres y significados asociados a la alimentación y al cuidado de la infancia resulta fundamental para ofrecer cuidados culturalmente congruentes. Las entrevistas realizadas evidenciaron que la alimentación se percibe más como una rutina diaria que como una práctica de salud, lo que demuestra la necesidad de fortalecer los procesos educativos comunitarios desde una mirada sensible a la cultura.

CONCLUSIONES

En primer lugar, se evidenció que las prácticas alimentarias familiares se encuentran profundamente arraigadas en patrones culturales tradicionales que priorizan el consumo de alimentos básicos como el plátano, el arroz y la yuca, dejando de lado fuentes proteicas y micronutrientes esenciales. Esta selección responde tanto a factores económicos como el bajo poder adquisitivo y la escasa oferta local de alimentos nutritivos como a elementos culturales que configuran la percepción de la alimentación como un acto cotidiano, más que como un componente esencial de la salud.

Asimismo, se identificaron barreras de acceso al sistema sanitario, producto de la dispersión geográfica, la falta de transporte y la desconfianza hacia las instituciones de salud. La percepción negativa de algunas familias hacia el personal sanitario, derivada de experiencias previas de estigmatización o temor a sanciones, genera un alejamiento de los servicios y retrasa la atención oportuna de los casos de desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA

Astrid Barrero Pacheco Pontificia Universidad Javeriana Facultad Ciencias Económicas Y Administrativas. Maestría En Administración De Salud Bogotá Dc, V. DE. (2023). Determinación de línea base de indicadores de salud, mediante un índice de desempeño, para medir la desnutrición en niños de 0 a 5 años en el Municipio de Arauquita - Arauca Colombia. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.10554.63936>

Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Retrieved March 15, 2025, from <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

Documentos institucionales - Universidad Manuela Beltrán | UMB Bogotá. (n.d.). Retrieved March 18, 2025, from <https://umb.edu.co/documentos-institucionales/>

- Fundación Éxito, A. (2020). Índice de Desnutrición Crónica Para ver el Reporte Anual completo ingresar aquí.
- Graham Gibbs, El Análisis De Datos Cualitativos En Investigación Cualitativa : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive. (2007). Retrieved March 16, 2025, from <https://archive.org/details/el-analisis-de-datos-cualitativos-en-investigacion-cualitativa/page/n21/mode/2up>
- INS Colombia. (2024). Retrieved March 15, 2025, from <https://www.ins.gov.co/Paginas/inicio.aspx>
- Jociles Rubio, M. I., & Jociles Rubio, M. I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*, 54(1), 121-150. <https://doi.org/10.22380/2539472X.386>
- Koinonia, F., Susana, M., Gabriela, L.-I. ;, Berrezueta-Malla, E., Rosa, ;, Delvalle-Lino, E., Chong-Zavala, N. A., Lino-Indio, M. S., Berrezueta-Malla, G. E., & Delvalle-Lino, R. E. (2023). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 7(14), 69-79. <https://doi.org/10.35381/S.VV7I14.2563>
- Pérez Gómez, Á. V. (2012). La etnografía como método integrativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 421-428. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional | Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. (2020). Retrieved March 16, 2025, from <https://www.icbf.gov.co/plan-nacional-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional>
- Primera Conferencia Ministerial Mundial para poner fin a la violencia contra la niñez: Llamamiento a la Acción de Bogotá. (2024).

VIVENCIAS DE LAS ABUELAS DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE ESCASOS RECURSOS EN LA CIUDAD DE CÚCUTA

Kelly Lorena Galvis Cacua

Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

El embarazo adolescente, definido por la Organización Mundial de la Salud como la gestación ocurrida entre los 10 y 19 años, constituye un problema de salud pública con repercusiones biológicas, emocionales, económicas y socioculturales que impactan a la madre joven, al hijo y al entorno familiar. En este contexto, las abuelas adquieren un papel fundamental al convertirse en cuidadoras y soporte principal de sus hijas adolescentes. Objetivo: Analizar las vivencias de abuelas de hijos de madres adolescentes de escasos recursos en la ciudad de Cúcuta. Metodología: Se desarrolló un estudio cualitativo con diseño fenomenológico en donde la población estuvo conformada por ocho mujeres que asumieron el rol de abuelas debido al embarazo adolescente de sus hijas, realizándose dos entrevistas a profundidad a cada una de ellas. Resultados: Las categorías que emergieron del estudio, describe cambios significativos en la vida de estas mujeres, quienes debieron ajustar sus proyectos personales, aplazar metas y priorizar el cuidado de sus nietos y el acompañamiento de sus hijas. En el aspecto económico, enfrentaron mayores gastos en el hogar, debiendo en algunos casos asumir dobles jornadas laborales o buscar empleos adicionales para cubrir necesidades básicas. Las dinámicas familiares también se vieron afectadas por tensiones relacionadas con la crianza, pérdida de autoridad de las madres adolescentes y diferencias en los estilos educativos.

Emocionalmente, las abuelas experimentaron sentimientos ambivalentes, desde tristeza, frustración y culpa, hasta alegría, orgullo y satisfacción al establecer vínculos significativos con los nietos, quienes se convirtieron en fuente de motivación. Además, algunas enfrentaron estigmas sociales por la percepción de permisividad o por asumir un rol tradicionalmente asociado a etapas vitales posteriores. Conclusiones: la abuelidad temprana representa un proceso complejo y transformador que afecta proyectos personales, economía, relaciones familiares y bienestar emocional, pero también ofrece oportunidades de resignificación, fortalecimiento familiar y transmisión de valores intergeneracionales.

Palabras claves: Seguimiento telefónico; cuidados paliativos; calidad de vida; Efectividad.

INTRODUCCIÓN

La maternidad adolescente es un fenómeno complejo que afecta no solo a las jóvenes madres, sino también a sus familias extendidas, especialmente a las abuelas. En muchos casos, cuando una hija adolescente se convierte en madre, las abuelas se encuentran asumiendo un rol crucial en la crianza y el cuidado de sus nietos. Esta dinámica familiar alterada no solo implica ajustes prácticos y emocionales significativos, sino que también pone de relieve el papel crucial que desempeñan las abuelas como pilares de apoyo y estabilidad en la vida de sus nietos.

Este estudio se centra en las vivencias de las abuelas que se encuentran en la situación de criar a los hijos de sus hijas adolescentes. Explora cómo estas mujeres enfrentan y negocian los desafíos emocionales, sociales y económicos que surgen de esta responsabilidad inesperada. Las abuelas, en su mayoría

en una etapa de la vida donde podrían esperar disfrutar de la jubilación, se ven repentinamente inmersas en la tarea de criar a una nueva generación, equilibrando sus propias necesidades y aspiraciones con las demandas del cuidado infantil.

El impacto de la maternidad adolescente en las abuelas se manifiesta en múltiples dimensiones: desde cambios en la dinámica familiar y en las relaciones intergeneracionales hasta reflexiones sobre identidad y roles de género. Estas mujeres no solo proporcionan cuidado físico y emocional a sus nietos, sino que también actúan como modelos de resiliencia y adaptabilidad en circunstancias que pueden ser culturalmente estigmatizadas o socialmente desafiantes.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar las vivencias de abuelas de hijos de madres adolescentes de escasos recursos en la ciudad de Cúcuta.

Objetivos específicos: 1) Caracterizar socio demográficamente a las abuelas de hijos de madres adolescentes de escasos recursos en la ciudad de Cúcuta. 2) Describir las consecuencias percibidas por las abuelas de hijos de madres adolescentes de escasos recursos en la ciudad de Cúcuta. 3) Conocer las reacciones ante el embarazo adolescente de las abuelas de hijos de madres adolescentes de escasos recursos en la ciudad de Cúcuta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El embarazo adolescente, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la gestación entre los 10 y 19 años, continúa siendo un problema de salud pública debido a sus repercusiones biológicas, psicológicas, sociales y económicas.

Esta etapa de la vida se caracteriza por múltiples cambios físicos y emocionales, por lo que asumir la maternidad de manera precoz genera importantes desafíos para la joven madre, el recién nacido y la familia. A nivel mundial, en 2019 se estimaron aproximadamente 21 millones de embarazos adolescentes en países de ingresos bajos y medianos. Aunque las cifras han disminuido, el fenómeno persiste. En Colombia, para 2020, la tasa de fecundidad adolescente fue de 66,3 por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, y en Norte de Santander, aunque la cifra ha descendido, continúa siendo significativa.[1]
[2]

Las consecuencias del embarazo precoz son diversas. A nivel físico, las adolescentes presentan mayor riesgo de complicaciones obstétricas como hemorragias, infecciones, preeclampsia y mortalidad materna. Para el recién nacido, aumenta la probabilidad de bajo peso, prematuridad y complicaciones graves debido a la inmadurez fisiológica de la madre. En el ámbito social, se observan deserción escolar, dificultades económicas, matrimonios tempranos y perpetuación de ciclos de pobreza. Estas repercusiones desencadenan cambios profundos en la estructura familiar y en los proyectos personales de los involucrados.

Ante este escenario, las abuelas adquieren un rol determinante. Aunque tradicionalmente esta figura se relaciona con etapas tardías de la vida, el aumento del embarazo adolescente ha generado abuelas jóvenes que asumen responsabilidades de cuidado de manera abrupta. Este rol implica apoyo económico, acompañamiento emocional, participación en la crianza, ajustes laborales y renuncia a proyectos personales. A su vez, pueden surgir tensiones familiares relacionadas con diferencias en estilos de crianza, autoridad y la distribución de responsabilidades dentro del hogar.

En lo emocional, las abuelas tempranas experimentan vivencias ambivalentes: tristeza, frustración, culpa y miedo ante el embarazo no planeado, pero también alegría, orgullo y fortalecimiento de vínculos afectivos con sus nietos. Además, se enfrentan al estigma social, al ser juzgadas por la conducta de sus hijas o por ejercer un rol considerado prematuro.

La vivencia de la abuelidad temprana puede traer costos físicos, psicológicos y sociales, al prolongar tareas de cuidado que interfieren con otras dimensiones de desarrollo personal. Por ello, se considera un periodo de transición complejo que modifica rutinas, dinámicas familiares y proyectos de vida. Desde la perspectiva fenomenológica, es fundamental comprender cómo estas mujeres interpretan y resignifican su papel, ya que las vivencias son subjetivas y dependen de factores culturales, familiares y sociales.[3]

A pesar de la relevancia de esta temática, existe escasa producción científica centrada en las vivencias de las abuelas en contextos de embarazo adolescente; además, no se encontraron investigaciones en la ciudad de Cúcuta. Por esta razón, el presente estudio pretende visibilizar este rol y aportar conocimientos que sirvan como base para futuras investigaciones, programas de apoyo e intervenciones en salud familiar.

Finalmente, la pregunta de investigación que guía este trabajo es: ¿Cuáles son las vivencias de las abuelas de los hijos de madres adolescentes de escasos recursos en la ciudad de Cúcuta?

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio cualitativo con diseño fenomenológico, empleando la teoría fundamentada como estrategia analítica. El diseño fenomenológico se orienta a describir y comprender

las vivencias conscientes de las participantes frente a un fenómeno compartido. Conforme a Edmund Husserl, fundador de la fenomenología, estas vivencias representan el núcleo de la experiencia humana, que debe ser explorada desde la conciencia para acceder a su significado. En este caso, la fenomenología permitió interpretar cómo las abuelas significan su rol ante el embarazo adolescente de sus hijas y la llegada temprana de un nieto.

La población del estudio estuvo conformada por abuelas de hijos de madres adolescentes de escasos recursos de Cúcuta. La muestra estuvo compuesta por ocho participantes seleccionadas mediante muestreo intencional, técnica que elige deliberadamente personas que cumplen características pertinentes para el fenómeno estudiado. Fue heterogénea en edad, nivel educativo y estrato socioeconómico, lo cual enriqueció las perspectivas recogidas. Todas las participantes firmaron consentimiento informado.

La técnica principal para la recolección de la información fue la entrevista a profundidad semiestructurada, aplicada en dos sesiones por participante. Esta modalidad facilitó una conversación abierta, segura y confiable, favoreciendo que las abuelas expresaran con libertad sus vivencias, emociones, temores, expectativas y significados. La guía de entrevista se dividió en dos segmentos: uno sociodemográfico (edad, escolaridad, condiciones familiares) y otro orientado a explorar las vivencias asociadas al embarazo adolescente de sus hijas, los cambios en la dinámica familiar, responsabilidades asumidas y eventos significativos.

Para el análisis de la información se empleó teoría fundamentada, utilizando codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió identificar categorías emergentes y establecer relaciones

conceptuales. Este proceso analítico posibilitó comprender de forma estructurada la complejidad de las vivencias relatadas por las participantes.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica

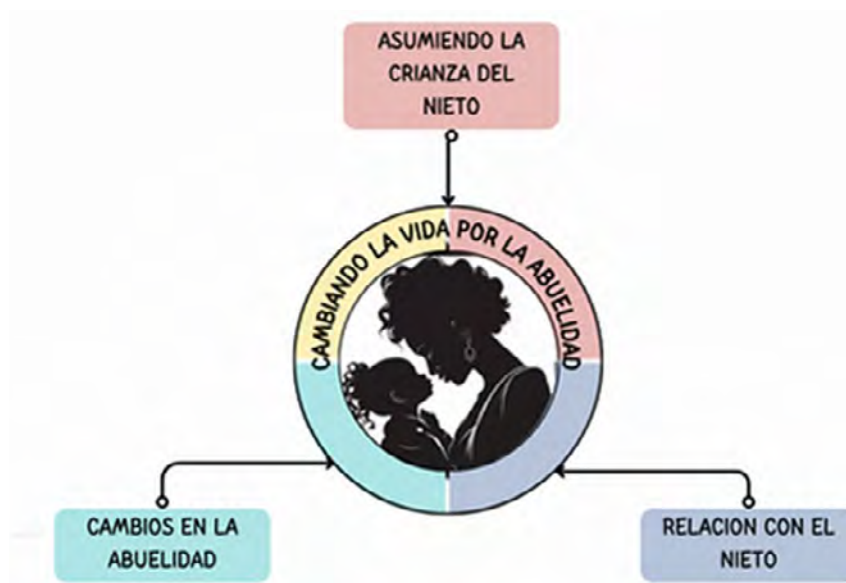
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

	Edad	Sexo	Estrato	Rol en la familia	Nivel académico	Edad a que fue abuela	Edad a la que su hija fue madre
1	46	F	1	Ama de casa	Sexto secundaria	35	15
2	69	F	1	Ama de casa	Tercero de primaria	50	17
3	49	F	1	Ama de casa	Básica secundaria	38	17
4	30	F	1	Cabeza de familia	Tecnólogo	28	13
5	41	F	2	Cabeza de familia	Bachiller técnico	38	17
6	51	F	1	Ama de casa	Básica secundaria	32	17
7	58	F	3	Cabeza de familia	Bachiller técnico	36	17
8	43	F	2	Cabeza de familia	Básica secundaria	38	17

Fuente: elaboración propia

La gráfica 1 evidencia que la abuelidad temprana genera cambios significativos en la vida de las participantes, transformando prioridades, rutinas y planes personales. Este rol implica asumir responsabilidades no previstas, especialmente en el cuidado del nieto, lo que demanda tiempo, atención y recursos. Además, se fortalece un vínculo afectivo importante entre abuela y nieto, proporcionando apoyo emocional y sentido de propósito. Paralelamente, las abuelas experimentan ajustes en su rol dentro del hogar, renunciando en muchos casos a actividades propias y reorganizando la dinámica familiar. En conjunto, estos elementos reflejan el impacto profundo y transformador que tiene convertirse en abuela de manera anticipada.

Figura 1. Codificación general



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

El fenómeno del abuelazgo temprano, especialmente en el contexto de embarazos adolescentes, representa una transformación significativa en las dinámicas familiares y en la vida misma de las personas, trayendo implicaciones personales, sociales, laborales y económicas. En la caracterización demográfica de los ocho informantes se encontró un promedio de edad de 48 años, nivel económico bajo (estrato 1) y escolaridad básica secundaria, resultados que difieren con el estudio de Zapata y Castro (2016), donde la edad promedio fue de 43 años, nivel económico predominante estrato 3 y el mismo nivel educativo [5].

En la categoría central “Cambiando la vida por la abuelidad”, las participantes afirman que asumir este rol de manera temprana genera cambios en su trayectoria de vida, obligándolas a renunciar a proyectos personales para asumir

responsabilidades de abuela e incluso de madre, afectando su autorrealización. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Zapata y Castro (2016) [5]. Además, debieron aumentar su carga laboral para cubrir los gastos del nieto, generando estrés y afectaciones al bienestar mental, tal como plantea Barrero M. (2004) [10].

En el ámbito social, la responsabilidad de cuidado limita sus espacios de ocio y socialización, situación también reportada en estudios de Zapata y Castro (2016) [5] y Barrero (2004) [10]. Asimismo, asumir la abuelidad temprana genera percepciones anticipadas de vejez, rechazo del rol y confrontación con estereotipos sociales, en concordancia con Domínguez y García (2020) [8] y Sedo y Ureña (2007) [6]. Estas mujeres también enfrentan críticas sociales relacionadas con la maternidad adolescente y su rol como cuidadoras, fenómeno descrito por Marín (2020) [4] y Sedo y Ureña (2007) [6].

Las relaciones amorosas también se ven afectadas, pues priorizan el cuidado del nieto. De igual forma, se evidenciaron conflictos con las hijas adolescentes por estilos de crianza, como plantea Zapata y Castro (2016) [5]; aunque, contrario al estudio de Flórez García (2015), en algunos casos sí se dieron cambios positivos en la dinámica familiar [7].

En la categoría “asumiendo la crianza del nieto”, las abuelas se convierten en figuras maternas debido a la inmadurez de las adolescentes, hallazgo descrito por Domínguez y García (2020) [8] y Zapata y Castro (2016) [5]. También brindan apoyo para que sus hijas estudien o trabajen, motivadas por amor y preocupación, similar a lo reportado por Álvarez-Nieto (2011) [8] y Zapata y Castro (2016) [5]. Algunas incluso corrigen errores educativos de su propia maternidad, tal como señalan Domínguez y García (2020) [8].

No obstante, la acumulación de roles genera cansancio, tristeza y falta de tiempo propio, elementos identificados por Álvarez-Nieto (2011) [7]. Además, la falta de apoyo paterno obliga a las abuelas a suplir responsabilidades, contrario a lo descrito por Álvarez-Nieto (2011), quien encontró apoyo ocasional de la familia paterna [7]. El apoyo también se relaciona con experiencias similares vividas por las abuelas, como menciona Zapata y Castro (2016) [5] y Domínguez y García (2020) [8].

En la categoría “relación con el nieto”, se destaca un vínculo afectivo profundo caracterizado por protección, motivación y amor incondicional. La presencia constante en la crianza fortalece este lazo, llegando a considerarlo el nieto favorito, dato congruente con González Bernal (2007) [10]. Finalmente, las abuelas describen esta relación como fuente de felicidad, apego y comprensión, coincidiendo con Barrero (2004) [10].

CONCLUSIÓN

El estudio revela que las abuelas, con edades entre los 30 y 69 años, asumieron roles significativos como amas de casa o cabezas de familia, pertenecientes en su mayoría a estratos socioeconómicos bajos y con niveles educativos diversos. Se convirtieron en abuelas entre los 28 y 50 años, mientras que sus hijas atravesaron la maternidad durante la adolescencia, entre los 13 y 17 años. Esta situación les impone una gran responsabilidad, ya que deben asumir la parentalidad de sus nietos, afectando su calidad de vida al incrementar sus cargas económicas, emocionales y sociales. Ser abuela antes de lo esperado genera consecuencias que impactan negativamente sus ámbitos personal, social y familiar: renuncian a metas individuales, ven limitadas sus oportunidades de socialización y experimentan deterioro en sus relaciones afectivas. Además, enfrentan tensiones con sus hijas por diferencias en los estilos de crianza, así como críticas provenientes del entorno.

El análisis evidencia que las abuelas no solo reemplazan funciones maternas, sino que reconfiguran su papel dentro del núcleo familiar, convirtiéndose en agentes de socialización y transmisoras de valores. Al asumir la crianza de sus nietos, no únicamente suplen las carencias propias de la maternidad adolescente, sino que garantizan continuidad en el cuidado, estabilidad en el hogar y soporte emocional familiar.

También la relación abuela-nieto trasciende el apoyo cotidiano y se consolida como un vínculo afectivo profundo que otorga sentido y propósito a la vida de las abuelas. Este lazo se construye desde la reciprocidad del amor y la confianza, fortaleciendo la identidad emocional del niño y reforzando el rol protector, cuidador y motivador de la abuela dentro de la dinámica familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Embarazo adolescente o precoz [Internet]. PLAN INTERNATIONAL. [cited 2024 Mar 12]. Available from: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>
2. Adolescent pregnancy [Internet]. Who.int. [cited 2024 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Martínez, E., Montero, G., & Zambrano, R. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*, 41(47), 1-10.
4. Marín, A. (2020). Significados emocionales sobre el abuelazgo temprano e inesperado. *Palobra*, 20(2), 287-301. 10.32997/2346-2884-vol.20-num.2-2020-3321
5. Zapata Posada J. J, Castro Rodelo Y. Y, , Agudelo Bedoya M. E. Abuelas antes de lo esperado: cambios, participación en la crianza y relaciones intergeneracionales. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social* [Internet]. 2016; (22):117-140. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=574261722004>

6. Sedo P., Ureña M.. (2007). Papel social de las abuelas en el seno familiar: percepciones de un grupo de mujeres mayores residentes en comunidades urbanas de Costa Rica.
7. Nieto, C. Á., Moreno, G. P., Abad, M. L., Martos, J. S., & Olalla, L. R. (2014). Maternidad temprana: percepciones e implicaciones de las madres de las adolescentes. *Matronas profesión*, 15(3), 88-94.
8. Bvsalud.org. [citado 20 de abril de 2024]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812020000100012&lng=es
9. González Bernal, J. (2007). Características de los abuelos del siglo XXI. *Revista de Psicología*, 2: 29-42. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315002.pdf>
10. Ortiz Barrero, M Abuelas cuidadoras de sus nietos : estrés y calidad de vida. [Internet]. Uniandes; 2004 [citado: 2024, abril] 72 hojas

VIVENCIAS DURANTE LA PRIMERA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS PROCESOS FORMATIVOS DE ENFERMERÍA

Carol Tatiana Martínez Carvajal

Universidad Francisco de Paula Santander

RESUMEN

Las prácticas clínicas son un pilar esencial en la formación del profesional de enfermería, al constituir el primer escenario donde los estudiantes se enfrentan a la realidad del cuidado en un entorno hospitalario. En esta experiencia, deben articular los conocimientos teóricos con situaciones reales que demandan toma de decisiones, razonamiento crítico y adaptación. La primera práctica clínica marca profundamente la percepción del rol profesional, siendo una etapa cargada de aprendizajes, desafíos emocionales y oportunidades de crecimiento. Objetivo: Comprender las vivencias de los estudiantes de enfermería en la primera práctica clínica dentro de su proceso de formación profesional. Metodología: Se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, sustentado en la teoría fundamentada. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas a ocho estudiantes de cuarto semestre, realizadas en dos momentos, con el fin de profundizar en sus experiencias y percepciones al concluir sus primeras prácticas formativas. Resultados: Emergieron tres categorías centrales: “Las relaciones interpersonales como eje esencial de la práctica clínica”, donde los vínculos con docentes, compañeros, pacientes y personal de salud resultaron determinantes en la vivencia estudiantil; “La práctica clínica como experiencia de crecimiento personal y profesional”, que evidenció el desarrollo de resiliencia, confianza y autonomía

frente a la ansiedad inicial; y “Dificultades en la realización de procedimientos clínicos”, que reflejó los retos al trasladar la teoría al entorno real, generando frustración pero también oportunidades de aprendizaje. Conclusiones: La primera práctica clínica constituye una experiencia transformadora que trasciende lo académico. Aunque los estudiantes enfrentan situaciones complejas, estas fortalecen su capacidad de adaptación, compromiso ético y desarrollo profesional. Las relaciones interpersonales y el acompañamiento docente son factores decisivos, mientras que las dificultades en los procedimientos resaltan la necesidad de una enseñanza que integre eficazmente teoría y práctica.

Palabras claves: Clínica General; Estudiante Universitarios; Enfermería; Acontecimientos que cambian la vida

INTRODUCCIÓN

Las prácticas clínicas permiten a los estudiantes usar sus habilidades de pensamiento crítico para resolver problemas. En las prácticas clínicas, los estudiantes contactan con lo que va a ser su profesión futura y se enfrentan a las difíciles situaciones que producen estrés y que no siempre tienen lugar en un ambiente fácil. Enfrentarse a estas situaciones hace que los estudiantes expresen esperanza y miedo al mismo tiempo, debido a su posible falta de preparación, miedo a cometer errores con los pacientes, miedo a infectarse de alguna enfermedad, entre otros. [1] La primera experiencia en prácticas clínicas es un hito crucial en la formación de los futuros profesionales de enfermería, ya que define en gran medida su aprendizaje y desarrollo profesional. [2]

OBJETIVOS

Objetivo general: Comprender las experiencias de los estudiantes de enfermería en la primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1.

Objetivos específicos: (1) Identificar la caracterización sociodemográfica de los estudiantes de enfermería en la primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1. (2) Describir los sentimientos experimentados por los estudiantes en su primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1. (3) Describir los acontecimientos más significativos relacionados con su primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1. (4) Analizar las primeras practicas clínicas a partir de los sentidos construidos por los estudiantes en su primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Las prácticas clínicas constituyen un pilar fundamental en la formación profesional de los estudiantes de enfermería, ya que representan el espacio donde se integran los conocimientos teóricos adquiridos en el aula con la experiencia real del entorno hospitalario. Estos escenarios formativos permiten al estudiante desarrollar habilidades técnicas, pensamiento crítico, capacidad de toma de decisiones y una comprensión más profunda del ejercicio del cuidado, consolidando así su identidad profesional. En este proceso, el estudiante no solo aplica lo aprendido, sino que también vivencia situaciones complejas vinculadas con el dolor, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, elementos que impactan significativamente su desarrollo personal y emocional (2,9).

En Colombia, las prácticas clínicas se encuentran reglamentadas por el Decreto 2376 de 2010, el cual define la práctica formativa en salud como una estrategia pedagógica orientada a integrar la educación con la prestación de servicios, con el propósito de fortalecer las competencias y promover un ejercicio profesional ético, responsable y autónomo (3). En este contexto, la práctica clínica adquiere un valor formativo esencial, al permitir que el estudiante transite del “saber teórico” al “saber práctico”, en una relación dinámica que une el conocimiento con la experiencia vivida (1,4).

A lo largo de la historia, la enfermería ha evolucionado desde un enfoque empírico basado en la experiencia hacia una disciplina científica fundamentada en el conocimiento teórico. Esta transformación ha resaltado la importancia de la reflexión sobre la práctica y la necesidad de comprender el cuidado desde una perspectiva integral, donde confluyen aspectos cognitivos, emocionales, culturales y éticos (4,5). Diversos autores sostienen que las vivencias que se generan durante las prácticas clínicas constituyen experiencias significativas que influyen en la construcción del pensamiento profesional y en la manera en que los estudiantes comprenden su rol dentro del sistema de salud (1,8,10).

En la Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS), el programa de Enfermería incluye prácticas clínicas desde los primeros semestres, siendo el tercer semestre el momento en que los estudiantes enfrentan su primera experiencia en un entorno clínico real. Este primer contacto con el ámbito hospitalario representa un proceso de adaptación que implica enfrentarse a desafíos emocionales, responsabilidades profesionales y exigencias institucionales (6,9). Las vivencias experimentadas durante esta etapa son determinantes, pues inciden directamente en la manera en que el estudiante

construye significados sobre la profesión, su capacidad para brindar cuidado y su desarrollo como futuro profesional de enfermería (8,11).

No obstante, aunque existen diversas investigaciones sobre las prácticas clínicas, la mayoría se enfocan en aspectos técnicos o pedagógicos y no profundizan en los significados y experiencias personales de los estudiantes durante su primera práctica. Este vacío evidencia la necesidad de abordar el tema desde una perspectiva más reflexiva y comprensiva (13,14).

Portanto, esta investigación busca comprender las experiencias, sentimientos y significados construidos por los estudiantes de enfermería de la UFPS durante su primera práctica clínica, reconociendo su importancia en la formación integral, el fortalecimiento de la identidad profesional y la consolidación del aprendizaje significativo que sustenta el ejercicio del cuidado en enfermería (2,8,12).

Formulación del problema: ¿Cuáles son las experiencias de los estudiantes de enfermería en la primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1?

METODOLOGÍA

El estudio adoptó un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico hermenéutico, sustentado en los planteamientos de Martin Heidegger. Este enfoque permite comprender en profundidad las experiencias y significados que los individuos atribuyen a un fenómeno vivido, reconociendo la subjetividad y la interpretación como elementos esenciales del conocimiento. A través de la fenomenología se busca explorar cómo los estudiantes de enfermería perciben, sienten y dan sentido a su primera práctica clínica dentro de su proceso formativo, en un contexto real de atención en salud.

La investigación cualitativa se caracteriza por su interés en el entendimiento holístico de la realidad, priorizando la riqueza descriptiva sobre la medición numérica. En este caso, se optó por un diseño interpretativo que permitió describir las experiencias desde la perspectiva de los propios participantes, a partir de entrevistas semiestructuradas y la observación reflexiva. Este tipo de diseño es apropiado para estudios en el área de enfermería, donde los procesos humanos y emocionales son parte esencial del fenómeno investigado.

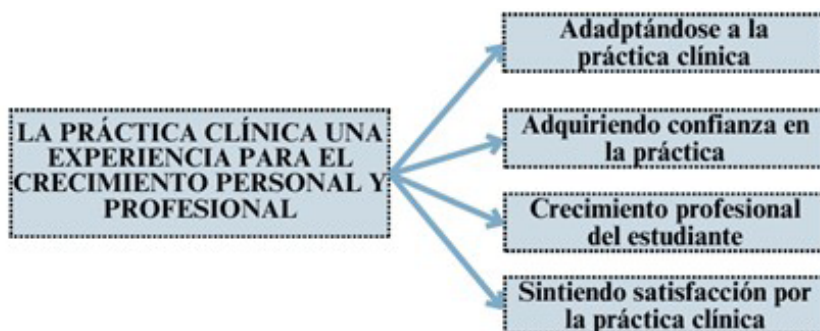
El análisis de la información se realizó mediante el proceso de categorización y codificación de las respuestas obtenidas, lo que permitió identificar los temas recurrentes, los sentimientos expresados y los significados construidos por los estudiantes a partir de su experiencia. Este procedimiento garantizó una interpretación coherente con los objetivos del estudio y con el enfoque fenomenológico propuesto.

RESULTADOS

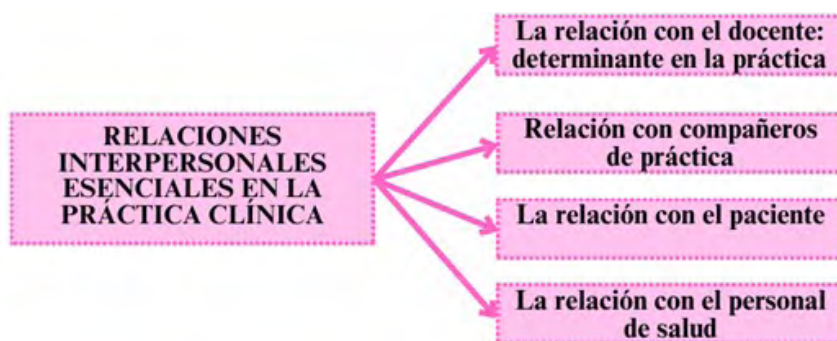
Mediante la codificación abierta se obtuvieron 45 códigos, de los cuales surgieron 16 categorías secundarias. De estas, cuatro conformaron la categoría central y las once restantes se agruparon en tres categorías generales.



Se analizaron las prácticas clínicas a partir de los sentidos construidos por los estudiantes, identificándose que estas son un pilar crucial en la formación de enfermería, ya que brindan a los estudiantes la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos en escenarios reales, fortaleciendo su confianza. [8]



Esta categoría nos permitió identificar los acontecimientos más significativos para los estudiantes, resaltando los desafíos emocionales y éticos que enfrentan los estudiantes, resaltando los desafíos emocionales y éticos que enfrentan los estudiantes en sus primeras prácticas clínicas, como la deshumanización, el enfrentamiento con el dolor y la muerte, y su impacto en la percepción de la enfermería [13]



Esta categoría evidenció que los estudiantes enfrentan temores e inseguridades al realizar procedimientos durante su primera práctica clínica, lo que genera ansiedad y dificulta

su desempeño. Sin embargo, estas experiencias también se convierten en oportunidades de adaptación y aprendizaje para fortalecer su formación Profesional.



DISCUSIÓN

La experiencia en la primera práctica clínica de los estudiantes de enfermería evidenció una amplia gama de sentimientos, vivencias y actitudes que influyeron de forma directa en su proceso formativo. A partir de los resultados se construyó la categoría central “La práctica clínica: una experiencia para el crecimiento personal y profesional”, acompañada de las categorías: “Temor ante la expectativa de la práctica clínica”, “Relaciones interpersonales esenciales en la práctica clínica”, “Viviendo situaciones nuevas” y “Dificultad al realizar procedimientos en la práctica clínica”.

Los participantes tenían edades entre 19 y 25 años, predominando el género masculino y el estrato socioeconómico dos, todos cursando cuarto semestre. Estos datos se asemejan al estudio de Marianela Mejía (Venezuela), donde los estudiantes presentaron características similares, aunque con mayor participación femenina.

La categoría central destaca que la práctica clínica constituye un espacio fundamental para el crecimiento personal y profesional

del estudiante. Según Patricia Benner, el desarrollo profesional en enfermería transita desde el nivel de novato hasta experto destacado, proceso que inicia precisamente con las primeras experiencias clínicas, donde se adquieren seguridad, destrezas y competencias (22).

En “Temor ante la expectativa de la práctica clínica”, los estudiantes manifestaron miedo, ansiedad e inseguridad ante la posibilidad de cometer errores o no cumplir con las expectativas del entorno hospitalario. Sin embargo, estas emociones disminuyen con la experiencia, al adquirir confianza y dominio técnico. Este hallazgo coincide con el estudio de Guzmán Olivera (Universidad de Córdoba), donde el miedo inicial se transforma en seguridad conforme el estudiante asume su rol de cuidador (19).

En “Relaciones interpersonales esenciales en la práctica clínica”, se evidenció que la relación con docentes, compañeros, pacientes y personal de salud influye significativamente en el aprendizaje. La mayoría percibió apoyo de sus docentes, aunque algunos experimentaron tensión. Esto concuerda con García-Carpintero Blas (España), quien afirma que el tutor clínico impacta directamente el proceso formativo (17). Las relaciones con los compañeros fueron esenciales para mantener un ambiente armónico, tal como lo demostraron Tupiño y Vargas (Perú) (14).

El vínculo con los pacientes fue mayormente positivo, caracterizado por comprensión y amabilidad; sin embargo, algunos estudiantes enfrentaron rechazo. En cuanto al personal de salud, la cooperación facilitó el aprendizaje, mientras que las actitudes negativas generaron estrés, tal como lo reporta Juliana Lawal (Jamaica) (13).

En “Viviendo situaciones nuevas”, los estudiantes enfrentaron el sufrimiento, la muerte y la deshumanización en algunos servicios, generando sentimientos de empatía, frustración y reflexión sobre su vocación. Esto se asemeja al estudio de Mejía (Venezuela), donde los estudiantes expresaron afectación emocional y compromiso con el cuidado (14).

Finalmente, en “Dificultad al realizar procedimientos”, la falta de experiencia, los recursos limitados y el miedo a equivocarse generaron inseguridad y frustración. Este hallazgo coincide con los estudios de Ruiz Díaz Gómez (Cartagena), quien identifica la carencia de competencias como fuente de estrés (19), y de Arias Mosquera (Antioquia), donde se destaca el temor a causar daño al paciente (18).

CONCLUSIONES

El estudio titulado “Experiencias de los estudiantes de enfermería en la primera práctica clínica en su proceso de formación profesional en la UFPS Cúcuta, 2024-1” permitió cumplir los objetivos propuestos y comprender de manera profunda las vivencias, sentimientos y significados que emergen durante esta etapa formativa. La investigación contó con la participación de ocho estudiantes de cuarto semestre, en su mayoría hombres jóvenes, con edades entre 19 y 25 años, pertenecientes en su mayoría al estrato socioeconómico dos. Esta caracterización permitió contextualizar las experiencias de los participantes dentro de su realidad académica y social.

Las primeras prácticas clínicas se consolidaron como una experiencia fundamental para el crecimiento personal y profesional de los estudiantes. Durante este proceso, se evidenció una amplia gama de emociones, entre ellas el temor, la ansiedad y la inseguridad, especialmente al inicio de la práctica, debido al miedo de cometer errores o afectar

negativamente al paciente. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, los estudiantes lograron desarrollar confianza, resiliencia y una mayor capacidad de adaptación frente a las exigencias del entorno hospitalario, transformando la ansiedad inicial en motivación y compromiso con el aprendizaje.

El estudio permitió identificar una discrepancia entre las expectativas iniciales de las estudiantes están centradas en aplicar los conocimientos teóricos adquiridos y la realidad del contexto clínico, marcada por limitaciones institucionales, escasez de recursos y barreras prácticas. Esta brecha generó sentimientos de frustración y desmotivación, pero también impulsó el desarrollo de estrategias personales y profesionales para sobreponerse a las dificultades. Así, la práctica clínica se consolidó como un espacio de aprendizaje significativo, en el cual los estudiantes fortalecieron competencias técnicas, habilidades clínicas y actitudes éticas y humanas.

Las relaciones interpersonales surgieron como un factor clave en el proceso de aprendizaje. El acompañamiento docente, el trabajo colaborativo con los compañeros, la interacción con el personal de salud y el vínculo con los pacientes fueron aspectos determinantes que influyeron tanto positiva como negativamente en la experiencia clínica. Se evidenció que un ambiente de respeto, comunicación asertiva y apoyo mutuo favorece la motivación, el bienestar emocional y el rendimiento académico de los estudiantes.

Asimismo, la exposición a situaciones emocionalmente exigentes como el contacto con el sufrimiento, la enfermedad o la muerte generó un impacto profundo en los participantes. Estas experiencias reforzaron la comprensión del cuidado como un acto humano, empático y ético, e impulsaron la reflexión sobre la responsabilidad profesional del enfermero.

En síntesis, la primera práctica clínica se reconoce como un componente esencial en la formación del profesional de enfermería. Más allá del desarrollo técnico, representa una oportunidad para construir identidad profesional, fortalecer valores de empatía y compromiso, y consolidar una visión integral del cuidado. A través de los retos enfrentados, los estudiantes lograron transformar el miedo en aprendizaje, el error en oportunidad y la experiencia en crecimiento personal y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez LNR. Sabery experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado [Internet]. Tdx.cat. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/132808/01.LNRA_TESIS.pdf;sequence=1
2. Meléndez Chávez S. La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. Dilemas contemp: educ política valores [Internet]. 2020 [citado el 15 de marzo de 2024];8(SPE5). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800004
3. Gov.co. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-408425_recurso_10.pdf
4. Evolución del conocimiento en enfermería [Internet]. Medwave.cl. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/5001.html>
5. Index de Enfermería [Internet]. Index-f.com. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n4/2641.php>
6. Academia.edu. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/36237400/_Martin_Heidegger_Ser_y_tiempo_pdf_pdf

7. Rodríguez García M, Ruiz López M, González Sanz P, Fernández Trinidad M, Blas Gómez I de. Experiencias y vivencias del estudiante de 4o de enfermería en el practicum. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid* [Internet]. 2014;18(38):25-33. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/36982/1/Cult_Cuid_38_06.pdfEdu.pe.
8. Uriarte S, Ponce G, Bernal M. Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. *Enferm Univ* [Internet]. 2016;13(3):171-7. Disponible en: <http://www.revistaenfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/80/76>
9. Blázquez Ornat I, Urcola F, Ruíz de Viñaspre R, Germán-Bes C. Experiencias sobre el aprendizaje clínico del alumnado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (España). *Index Enferm* [Internet]. 2017 [citado el 22 de abril de 2024];26(1-2):87-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100019

NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO 2025

Briyith Camila González Calderón
Universidad de Pamplona

RESUMEN

El cuidado de personas con discapacidad o dependencia representa una actividad fundamental dentro del entorno familiar, pero suele generar un impacto negativo en la salud del cuidador. EL objetivo de este estudio fue determinar el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios de personas con dependencia y sus características sociodemográficas. Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en 6 barrios del municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander (Colombia), primer semestre de 2025. La muestra fue de 43 cuidadores mediante muestreo no probabilístico, se realizaron visitas domiciliarias donde se aplicó la Escala de Sobrecarga de Zarit y variables sociodemográficas. Los datos fueron analizados en Spss versión 25 en español, empleando estadística descriptiva. Resultados se evidencio que más de la mitad de los cuidadores (54 %) presentaron sobrecarga intensa, mientras que el 9 % reportó sobrecarga ligera y el 37 % ausencia de sobrecarga. Predominaron mujeres adultas con nivel educativo básico, bajos ingresos y pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos. Se encontraron diferencias significativas entre el estado civil y el grado de sobrecarga ($p=0,008$). En conclusión, la sobrecarga del cuidador primario constituye un problema relevante de salud pública asociado a factores sociales, económicos y familiares, que

requiere estrategias de apoyo comunitario y acompañamiento profesional.

Palabras claves: Cuidadores; discapacidad; sobrecarga del cuidador; salud pública; Zarit.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de personas en situación de discapacidad o enfermedades crónicas dependientes es una función fundamental dentro del sistema de salud y del entorno familiar. En la mayoría de los casos, esta labor recae sobre cuidadores primarios informales (generalmente familiares) que asumen constantemente tareas físicas, emocionales y sociales que garantizan el bienestar del paciente (1). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que este rol, aunque vital, conlleva una carga significativa que puede afectar la salud del cuidador y su entorno familiar, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial (2).

La sobrecarga del cuidador primario se define como el conjunto de tensiones derivadas del ejercicio continuo del cuidado, que generan impacto negativo en el bienestar físico, psicológico, social y económico de quien desempeña este papel (3). Los cuidadores suelen enfrentar algunos problemas de salud mental tales como estrés, insomnio, ansiedad, agotamiento emocional y dificultades para mantener su autocuidado. A nivel global, se estima que más de 30 millones de personas dedican parte importante de su tiempo al cuidado de familiares dependientes, y más del 60 % de ellas son mujeres (2,4). Esta situación se replica en América Latina, donde la limitada cobertura del sistema de salud y la falta de apoyos institucionales intensifican la carga del cuidado (5).

En Colombia, investigaciones recientes han mostrado un panorama similar. Guerrero-Gaviria et al. (2023) identificaron que cerca del 31% de los cuidadores presentan sobrecarga severa, principalmente en contextos de bajos recursos y con escasa red de apoyo (6). De igual forma, Rodríguez-Lombana y Chaparro-Díaz (2020) evidencian que los cuidadores de personas con enfermedades crónicas experimentan altos niveles de agotamiento emocional y físico, especialmente cuando deben combinar las labores domésticas con la atención prolongada de su familiar (7). En este sentido, la Escala de Sobrecarga de Zarit ha sido ampliamente utilizada como instrumento válido y confiable para medir la percepción del peso del cuidado, tanto en contextos hospitalarios como domiciliarios (3,8).

A pesar de la amplia evidencia sobre la sobrecarga del cuidador, existe poca evidencia y estudios locales que describan este fenómeno en poblaciones específicas, ya que las condiciones socioculturales y económicas pueden modificar su impacto. En este contexto, el presente estudio es de gran importancia porque establece el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios de personas con dependencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar el nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios en el municipio de villa del rosario.

Objetivos específicos: 1) Caracterizar los datos sociodemográficos de los cuidadores. 2) Identificar el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios. 3) Relacionar el nivel de sobrecarga con las variables sociodemográficas de los cuidadores

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La sobrecarga del cuidador primario es reconocida como un problema de salud pública con repercusiones significativas a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el conjunto de efectos negativos que afectan el bienestar físico, emocional y social del cuidador informal, quien generalmente es un familiar del paciente (2). Esta sobrecarga se manifiesta a través de agotamiento, estrés, alteraciones del sueño, deterioro del autocuidado, aislamiento social y dificultades económicas (2). A nivel mundial, la OMS estima que más de 32 millones de mujeres en Europa brindan cuidados informales semanalmente, representando entre el 52 % y el 66 % del total de cuidadores, lo que refleja una carga desproporcionada por razones de género; en países de ingresos bajos y medianos, como los de América Latina, la situación se ve agravada por la falta de recursos y el escaso apoyo institucional (2).

En concordancia, Pérez Padilla et al. (2024) reportan que muchos cuidadores presentan niveles moderados a altos de síndrome de burnout, especialmente en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, asociadas con un deterioro significativo de la calidad de vida. Estos autores señalan que la ausencia de apoyo formal y de preparación para asumir el cuidado continuo incrementa el riesgo de afectaciones físicas y psicológicas (4). De forma similar, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia advierte que los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas o trastornos mentales enfrentan una carga significativa que compromete su salud integral, siendo más del 80 % de este cuidado asumido por familiares sin formación profesional, lo que los expone a estrés, ansiedad, alteraciones del sueño y deterioro emocional y físico (4).

En una revisión sistemática exploratoria, Guerrero-Gaviria et al. (2023) identificaron que el 31,26 % de cuidadores en Colombia presentan sobrecarga severa y el 21,84 % sobrecarga leve, asociadas a factores como bajo nivel educativo, carencia de apoyo económico, prolongado tiempo en el rol y pertenencia a estratos socioeconómicos bajos. Entre los síntomas más frecuentes se incluyen cefaleas, trastornos musculoesqueléticos, ansiedad y depresión, lo que evidencia un deterioro progresivo de su salud y calidad de vida (9). De manera complementaria, Rodríguez-Lombana y Chaparro-Díaz (2020) encontraron que los cuidadores de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en su mayoría mujeres, presentan altos niveles de sobrecarga física y emocional, relacionados con la dependencia del paciente, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo, afectando especialmente a quienes residen en zonas rurales (10).

Esta evidencia confirma que la sobrecarga del cuidador primario es un fenómeno multifactorial, con impacto en la salud física, mental y social, cuya magnitud en comunidades específicas como las del municipio de Villa del Rosario aún no ha sido caracterizada de manera suficiente, lo que limita la implementación de estrategias de apoyo efectivas.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios en el municipio de villa del rosario?

METODOLOGÍA

Investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, durante el primer semestre del 2025. La población objeto estuvo conformada por cuidadores primarios residentes de los barrios Fátima, San Martín 1, San Martín 2, Gramalote Alto, Gramalote Centro y Piedecuesta, del municipio de villa del rosario, con una muestra de 43 cuidadores, seleccionados mediante muestreo no probabilístico, considerando su disposición y disponibilidad

para participar. Los criterios de inclusión fueron: ser cuidador primario de una persona en situación de dependencia física o mental, tener 18 años o más, residir en alguno de los barrios seleccionados por al menos un año, y desempeñar el rol de cuidado de manera continua durante mínimo tres meses. Las variables de estudio incluyeron características (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, religión, ingresos, pertenencia étnica, estrato socioeconómico y tipología familiar) y el grado de sobrecarga del cuidador, evaluado mediante la Escala de Sobrecarga de Zarit, compuesta por 22 ítems con respuestas tipo Likert. Los datos fueron recolectados a través de visitas domiciliarias, previa explicación del objetivo del estudio y firma del consentimiento informado. Posteriormente, la información se sistematizó y analizó en Microsoft Excel, aplicando estadística descriptiva con porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, e interpretación de los puntajes de la escala según los parámetros establecidos por Zarit (3). El estudio se desarrolló conforme a las disposiciones éticas de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, clasificándose como investigación con riesgo mínimo (11).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los cuidadores evaluados. La distribución por barrios fue homogénea, con participación similar en cada uno de ellos, lo que permitió una representación equilibrada del territorio. En cuanto a la edad, se observó predominio de adultos maduros (51 %) y mayores de 60 años (47 %), mientras que los adultos jóvenes fueron escasos (2 %). El 88 % de los cuidadores correspondió al sexo femenino y el 12 % al masculino. En relación con el nivel educativo, la mayoría alcanzó estudios de básica primaria (30 %) y secundaria (33 %), mientras que los niveles técnico y profesional representaron porcentajes menores. Respecto al estado civil, los casados (35 %) y quienes vivían en unión libre (28 %) fueron los más representativos, seguidos por solteros

(23 %), viudos (12 %) y separados (2 %). La religión católica fue predominante con el 91 % de los participantes. En cuanto a los ingresos económicos, el 42 % reportó recibir entre 500.000 y 1.000.000 de pesos, seguido de un 33 % entre 1.100.000 y 1.500.000 pesos, lo que ubica a la mayoría en rangos bajos de ingreso. La pertenencia étnica fue mínima, con un 98 % que no se reconoció en ningún grupo. En el estrato socioeconómico, predominaron los estratos bajo (37 %) y medio-bajo (33 %), seguidos del bajo-bajo (19 %) y medio (12 %). En cuanto a la tipología familiar, las familias extensas biparentales representaron el 37 % y las extensas monoparentales el 23 %, seguidas de las nucleares biparentales (19 %) y monoparentales (12 %).

Tabla 1:

Características sociodemográficas de los cuidadores (n = 43)			
	Variables	# de cuidadores	%
Barrio	Fátima	8	18,6
	Gramalote alto	7	16,3
	Gramalote centro	7	16,3
	Piedecuesta	7	16,3
	San Martín 1	7	16,3
	San Martín 2	7	16,3
Edad	Adulto joven (< 28 años)	1	2,3
	Adulto Maduro (29 años – 59 años)	22	51,2
	Adulto mayor (> 60 años)	20	46,5
Sexo	Femenino	38	88,4
	Masculino	5	11,6
Nivel educativo	Ninguna	2	4,7
	Básica primaria	13	30,2
	Básica secundaria	14	32,6
	Media técnica	4	9,3
	Media académica	2	4,7
	Técnica profesional	5	11,6
	Profesional	2	4,7
	Especialización	1	2,3
Estado civil	Casado/a	15	34,9
	Separado/a	1	2,3
	Soltero/a	10	23,3
	Unión libre	12	27,9
	Viudo/a	5	11,6
Religión	Católico	35	91,4
	Cristiano	3	7,0
	Evangélico	1	2,3
	Otro	4	9,3
Ingresos	Menos de 500.000	3	7,0
	500.000 – 1.000.000	18	41,9
	1.100.000 – 1.500.000	14	32,6
	1.600.000 – 2.000.000	6	14,0
	2.100.000 – 2.500.000	2	4,7
Pertenencia étnica	Ninguno	42	97,7
	Palenquero	1	2,3
Estrato socioeconómico	Bajo – bajo	8	18,6
	Bajo	16	37,2
	Medio – bajo	14	32,6
	Medio	5	11,6
Tipología familiar	Compuesto biparental	3	7,0
	Compuesto monoparental	1	2,3
	Extenso biparental	16	37,2
	Extenso monoparental	10	23,3
	Nuclear biparental	8	18,6
	Nuclear monoparental	5	11,6

Fuente: elaboración propia

Tabla 2.

Nivel de sobrecarga en los cuidadores (n = 43)			
Variable		# de cuidadores	%
Nivel de sobrecarga	Ausencia de sobrecarga	16	37,2
	Sobrecarga ligera	4	9,3
	Sobrecarga intensa	23	53,5

Fuente: elaboración propia

La distribución de los niveles de sobrecarga según el estado civil se muestra en la Tabla 2 se evidencio que más de la mitad de los participantes (54 %) tiene una sobrecarga intensa, a diferencia de un 9 % con una sobrecarga ligera y el 37 % no reportó sobrecarga. Estos hallazgos muestran que la mayoría de estas personas experimenta algún grado de carga que está asociada al rol de cuidado.

Tabla 3.

Relación entre el estado civil y el grado de sobrecarga en los cuidadores (n=43)									
		Grado de sobrecarga							
		Ausencia de sobrecarga		Sobrecarga ligera		Sobrecarga intensa		Total	
		#	%	#	%	#	%	#	%
Estado civil	Casado/a	3	18,8	2	50,0	10	43,5	15	34,9
	Separado/a	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	2,3
	Soltero/a	1	6,3	2	50,0	7	30,4	10	23,3
	Unión libre	7	43,8	0	0,0	5	21,7	12	27,9
	Viudo/a	5	31,5	0	0,0	0	0,0	5	11,6
Total		16	100,0	4	100,0	23	100,0	43	100,0

Nota: Estadístico chi-cuadrado=20,86;p-valor=0,008

Fuente: elaboración propia

Al analizar la sobrecarga según el estado civil en la Tabla 3, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el estado civil y el nivel de sobrecarga de los cuidadores. Así, se puede observar que aproximadamente el 44% de los cuidadores casados presentan un nivel de sobrecarga intensa.

DISCUSIÓN

Este trabajo analizo la sobrecarga en cuidadores primarios en 6 barrios de un municipio de norte de Santander, por lo tanto es importante reconocer que durante las labores de cuidado, se pueden presentar algunas situaciones de salud como lo son el estrés crónico, la falta de tiempo para sí mismos, la sobrecarga de responsabilidades y la preocupación constante por el ser querido pueden impactar negativamente en su calidad de vida de quienes se dedican a esta labor de cuidar a una persona con alguna condición de dependencia hacia otro(4).

En este estudio se pudo observar que el 51,2% según grupo etario es adulto maduro (29 a 59 años, seguido del adulto mayor (mayor de 60 años) con un 46,% y una mínima proporción adulto joven, estos datos coinciden con un estudio en Boyacá, donde la variable de edad en la población estuvo en 51.2 años(5), Rodríguez-Lombana y Chaparro-Díaz (10), señalan que la edad avanzada aumenta la vulnerabilidad física y reduce la capacidad de afrontamiento frente a las exigencias del cuidado lo que evidencia que el envejecimiento del rol cuidador. En este estudio los adultos mayores son los que llevan esta responsabilidad. Estos datos confirman una asociación significativa entre edad y sobrecarga.

Se evidenció que predominó el sexo femenino con un 88,4% siendo las mujeres quienes asumen el rol de cuidador principal. Esto coincide con un estudio en el Huila donde mostro que un 77,94% de los cuidadores de personas en diálisis fueron las mujeres(6),; tanto en el Huila como en Villa del rosario esta sobrecarga recae en la feminización del cuidado. En consonancia la Organización Mundial de la Salud, estima que entre el 52 % y el 66 % de las personas cuidadoras informales son mujeres (2).

El nivel educativo también mostró una relación importante con la sobrecarga percibida. En esta investigación, la mayoría de los cuidadores contaba con educación básica secundaria, dato similar al de

Fernández MB y Herrera MS (7) los dos estudios evidencian un bajo nivel educativo en los cuidadores conllevando a mayor vulnerabilidad de presentar niveles de estrés y agotamiento, debido a la falta de herramientas que les permitan gestionar el tiempo y las emociones asociadas al cuidado.

Dentro de la muestra, con relación al estado civil la mayoría de los cuidadores eran casados. Este resultado coincide con un estudio en Lima-Perú (8), en donde los cuidadores con parejas estables (casado o unión libre) reportan menor sobre carga, y por el contrario los solteros y viudos pueden presentar mayor carga en el cuidado al asumir el rol de forma exclusiva.

Una revisión sistemática en el 2023, sobre la sobrecarga del cuidador familia en Colombia, mostro que la población estaba distribuida porestratos socioeconómicos de la siguiente manera: estrato 1 el 27,0 %, estrato 2 un 38,0 % (9); esta información está en concordancia con el estudio desarrollado donde el estrato predominante fue el bajo con un 37,2%. se puede observar que las condiciones socioeconómicas son factores que influyen en la percepción de la sobrecarga del cuidador.

Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores evaluados presentaron niveles de sobrecarga intensa, hallazgo que coincide con lo reportado por Guerrero-Gaviria et al. (9), quienes identificaron que en Colombia más del 30 % de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas experimentan sobrecarga severa, especialmente en contextos de bajos ingresos y escasa red de apoyo (9).

De manera general, los resultados reflejan que la sobrecarga del cuidador es un fenómeno multifactorial influenciado por aspectos personales, familiares y sociales. Tal como afirman Nasreen H et al. (12), la acumulación de tareas domésticas, las limitaciones económicas y la falta de espacios de respiro son factores determinantes en el desarrollo de fatiga, ansiedad y síntomas depresivos en los cuidadores informales. Estos hallazgos señalan la importancia de fortalecer las políticas públicas orientadas al acompañamiento y apoyo psicosocial de los cuidadores de personas con discapacidad, promoviendo su bienestar y previniendo el deterioro de su salud.

Por otro lado un estudio muestra que más de la mitad de los cuidadores (69,7%) presentaron sobrecarga, lo que puede conllevar a presentar ansiedad o depresión, acarreando problemas de salud mental afectando negativamente en el cuidado(13). En este estudio más de la mitad de la población presento una sobre carga intensa. Un estudio descriptivo en el 2021, mostro que un 66% de lo cuidadores presentaron un grado de sobrecarga intenso, asociándose al deterioro cognitivo del sujeto de cuidado (14). Es acá donde se hace necesario capacitar a ese cuidador primario para prevenir complicaciones relacionadas con el cuidado.

Al relacionar el nivel de sobrecarga con el estado civil los casados son los que registran una sobrecarga intensa, y por el contrario los separados son los que menormente presentan algún tipo de sobrecarga.

CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar que la mayoría de los cuidadores primarios de personas con discapacidad o dependencia en el municipio de Villa del Rosario presentan niveles de sobrecarga intensa, reflejando un impacto considerable en su

bienestar físico, emocional y social. Esta carga está asociada principalmente con factores como el bajo nivel educativo, las condiciones económicas limitadas, el predominio del rol femenino y la ausencia de redes de apoyo formal.

Los hallazgos evidencian que el cuidado prolongado sin acompañamiento institucional genera un riesgo creciente de agotamiento y deterioro de la calidad de vida, especialmente entre mujeres adultas y mayores, quienes asumen el cuidado de manera constante. Además, la relación significativa entre el estado civil y la sobrecarga resalta la influencia de las dinámicas familiares en la experiencia del cuidado.

Estos resultados reafirman que la sobrecarga del cuidador es un problema de salud pública que requiere atención prioritaria en el ámbito comunitario, con estrategias orientadas a la promoción del autocuidado, la educación en salud y el fortalecimiento de redes de apoyo social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2020). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia. *Ciencia Ergo Sum*, 29(3), 1-11.
2. Organización Mundial de la Salud. (2024). Visibilizando el papel de las mujeres en el cuidado informal: celebrando su contribución. OMS. <https://www.who.int/europe/news-room/08-03-2024-shining-light-on-women-s-contributions--celebrating-their-role-in-informal-care>
3. Ruiz-Lozano, R. E., González-Cano, M. V., Pérez-Cano, H. J., & Ramírez-López, N. G. (2024). Validación de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores informales de personas con discapacidad visual severa y ceguera. *Ophthalmology and Therapy*, 13(2), 417-428.

4. Pérez Padilla, E. A., Heredia López, F. J., & Salgado Burgos, H. (2024). Calidad de vida y síndrome de burnout en el cuidador primario. En E. M. Ruiz Castillo, P. Guajardo Figueroa & S. Meléndez Rodríguez (Coords.), *Transformación del conocimiento a través de la investigación en educación* (pp. 37-46). Centro de Estudios e Investigaciones para el Desarrollo Docente.
5. Espitia, N., & Salazar Montes, A. M. (2024). Prevalencia y factores asociados a la sobrecarga percibida en cuidadores familiares de un municipio en Boyacá. *Revista Med*, 32(1), 19-32. <https://doi.org/10.18359/rmed.6468>
6. Cantillo-Medina, C. P., Perdomo-Romero, A. Y., & Ramírez-Perdomo, C. A. (2021). Habilidad del cuidado, sobrecarga percibida y calidad de vida del cuidador de personas en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 24(2), 184-193. <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v24n2/2255-3517-enefro-24-02-184.pdf>
7. Fernández, M. B., & Herrera, M. S. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(1), 30-36.
8. Domínguez-Vergara, J., Santa-Cruz-Espinoza, H., & Chávez-Ventura, G. (2023). Zarit Caregiver Burden Interview: Psychometric properties in family caregivers of people with intellectual disabilities. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 391-402. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020029>
9. Guerrero-Gaviria, D., Carreño, S. P., & Chaparro-Díaz, O. L. (2023). Sobrecarga del cuidador familiar en Colombia: revisión sistemática exploratoria. *Revista Colombiana de Enfermería*, 22(1), e053. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/3754>
10. Rodríguez-Lombana, L., & Chaparro-Díaz, L. (2020). Soporte social y sobrecarga en cuidadores: revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(1), e885.

11. Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Minsalud.
12. Nasreen, H., Baharudin, A., Razali, R., Hussin, N. A., & Chong, W. W. (2024). Carga del cuidador, síntomas depresivos y de ansiedad y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con demencia en Malasia. *BMC Geriatrics*, 24, 656.
13. Cruz Méndez, P., García Camacho, A., Vázquez Anguiano, W. I., & Martínez Nieto, V. E. (2025). Ansiedad y depresión asociada a sobrecarga del cuidador en familiares de adultos mayores hospitalizados en una unidad de salud de Pachuca Hidalgo, febrero 2023 - febrero 2024. *LATAM*, 6(2), 910-922. <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3673>
14. Rojas Villegas, Y. M., Suárez, G. P., Ardila, G., Guzmán Molano, L. F., & Centanaro, G. A. (2020). La carga del cuidador de pacientes con demencia en una población militar: estudio descriptivo. *Acta Neurológica Colombiana*, 36(4), 223-231. <https://doi.org/10.22379/24224022327>

ACCIÓN INVESTIGADORA EN ENFERMERÍA: INTEGRIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL, CONFESIONARIO EN SALUD

Liceth Paola Gómez Peña
Universidad de Pamplona

RESUMEN

La investigación aborda el impacto físico y emocional del desequilibrio en la capacidad de respuesta ante las exigencias laborales en el personal de enfermería, un problema de salud relevante a nivel mundial, este desequilibrio puede provocar diversas complicaciones como el Síndrome de Burnout, problemas cardíacos, enfermedades respiratorias, ansiedad, depresión y un bajo desempeño laboral, afectando tanto la vida profesional como personal de los enfermeros. Los trabajadores de la salud enfrentan diariamente situaciones estresantes debido a condiciones laborales adversas, extensos turnos, malos tratos y escasa remuneración. Estas circunstancias contribuyen a un deterioro en su bienestar emocional y físico, a pesar de su crucial labor en el cuidado y alivio del dolor de los pacientes, la profesión de enfermería es a menudo subvalorada, lo que agrava la falta de empatía y humanización tanto en el entorno laboral como en la atención al paciente. El estudio emplea un enfoque cuantitativo para caracterizar a los trabajadores mediante la evaluación de inteligencia emocional, toma de signos vitales y medidas antropométricas, así mismo, se utilizan preguntas sobre hábitos de vida y un test de Mayer-Salovey, que evalúa áreas como percepción, comprensión y manejo emocional, con la colaboración de un psicólogo experto, por ende, este enfoque integral busca evidenciar las dificultades que enfrenta el

personal de enfermería y la necesidad de implementar medidas efectivas para mejorar su salud y bienestar.

Palabras claves: estrés laboral, salud mental, síndrome de Burnout, enfermería, bienestar laboral.

INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería, si bien es esencial para el bienestar social, expone a sus trabajadores a una extenuante demanda laboral que, a su vez, desencadena un significativo desequilibrio en su integridad física y emocional, esta problemática, considerada una de las más importantes a nivel global, se manifiesta en altos índices de Síndrome de Burnout, ansiedad, depresión y agotamiento físico, afectando directamente el desempeño laboral y la calidad de vida de los profesionales.

De hecho, las condiciones de trabajo, marcadas por turnos prolongados y, en muchos casos, la falta de garantías mínimas, contribuyen al deterioro de la salud del personal, lo cual es un reflejo de la escasa valoración de la profesión en el sector salud, dado lo anterior, la presente investigación, titulada “Acción investigadora en enfermería: Integridad física y emocional, confesionario en salud”, se propone identificar y caracterizar los problemas que afectan el estado físico y emocional del personal de enfermería en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, mediante un enfoque cuantitativo y el uso de instrumentos validados como el test de Mayer-Salovey.

En conclusión, los resultados no solo buscan ofrecer una cifra real para el municipio, sino también promover la implementación de estrategias, como el Plan Nacional de Enfermería (PNE), para asegurar el bienestar pleno de estos profesionales, convirtiendo la situación en un nuevo evento de salud pública que requiere atención inmediata.

OBJETIVOS

Objetivo general: Identificar cuáles son los problemas que afectan el estado emocional y físico del personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios del municipio de Pamplona.

Objetivos específicos: 1) determinar la incidencia de afectación emocional en personal de enfermería, mediante el test emocional de Mayer-Solovey. 2) identificar las causas de la afectación física del personal de enfermería a través de la valoración física mediante toma de signos vitales, medidas antropométricas. 3) correlacionar en el personal de enfermería si existe asociación los problemas emocionales con el bienestar físico a través de un análisis estadístico de estas variables. 4) determinar cuáles son los agentes causales que afectan la integridad emocional y estado de bienestar en el personal de enfermería a través de una revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente, los trabajadores en el ámbito de la enfermería enfrentan una variedad de problemáticas que dependen en gran medida de su entorno laboral, estos entornos pueden ser hospitalarios, prehospitales, domiciliarios, administrativos, entre otros, y cada uno de ellos desencadena una serie de afectaciones en la salud de los profesionales debido a las extenuantes cargas laborales que deben soportar. Los turnos de trabajo oscilan entre 8 a 15 horas para los turnos matutinos y entre 15 a 22 horas para los nocturnos, lo que tiene un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de estos individuos, tanto en su estado físico como emocional (1).

La interrupción de los ritmos naturales del ser humano, que son esenciales para mantener un equilibrio saludable, resulta en

una reducción de los descansos necesarios para sobrellevar las exigencias diarias en su entorno laboral, esto ocasiona una serie de efectos negativos, que merecen ser subrayados, entre estos efectos se encuentran el estrés crónico, el síndrome de burnout, enfermedades inmunológicas y crónicas, disminución en el desempeño laboral, problemas cardíacos, ansiedad, depresión, agotamiento físico y daños en la integridad emocional. La prevalencia de estas condiciones de salud se manifiesta en alarmantes cifras a nivel mundial; por ejemplo, en Chile, se reporta un 51% de trabajadores afectados, en Perú un 64.29%, y en México una preocupante cifra del 86.60% (1), así mismo, estos porcentajes provienen de estudios que han evaluado la inteligencia emocional en este contexto.

Además, se ha observado que aproximadamente el 50% de los trabajadores nocturnos presentan problemas de sueño y un mayor grado de agotamiento, en el caso de los turnos rotativos, esta cifra asciende a un 66%, lo que indica diversas dificultades en su bienestar. Los trabajadores en turnos diurnos tienen una prevalencia de problemas de salud más baja, entre un 5.2% y un 11%, lo que sugiere que su rutina es relativamente más saludable (5). Esta variabilidad en las condiciones de trabajo pone de manifiesto los retos a los que se enfrentan los profesionales de la salud, que deben encontrar formas de preservar su salud mental, física y emocional, especialmente en un entorno que puede ser cada vez más perjudicial para su bienestar.

Los cambios en los horarios laborales no solo afectan la salud física y emocional de los trabajadores, sino que también tienen un impacto negativo en la salud reproductiva de las mujeres, en el caso de enfermeras y enfermeros, se ha documentado un elevado nivel de estrés que, junto con la reducción de la capacidad motriz, la falta de concentración, la baja energía, la apatía, la irritabilidad y los trastornos del apetito, juega un

papel crucial en su salud general, dado que estos factores suelen interrelacionarse, jugando un papel importante en su salud (5).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el informe Nursing Now 2020, se estima que en Colombia hay alrededor de 66,095 profesionales de enfermería y 273,359 auxiliares de enfermería, esta cifra revela una tasa aproximada de solo 12.7% de enfermeras por cada 10,000 habitantes, lo que es notablemente bajo y pone de relieve la falta de personal en este sector esencial, la escasez de profesionales de enfermería agrava la situación, ya que se traduce en una alta demanda de atención para una población cada vez mayor, lo que genera mayores niveles de estrés y agotamiento entre los trabajadores. Además, se estima que un 80% de los trabajadores de la salud no cuentan con garantías laborales mínimas, lo que agrava aún más su situación. (5)

Los datos disponibles indican que los trabajadores de enfermería sufren de una serie de problemas de salud significativos. Por ejemplo, un 60% reporta fatiga física, un 20% a 30% presenta problemas dermatológicos relacionados con el estrés, un 20% sufre de enfermedades infecciosas, y entre un 30% y un 40% experimenta el síndrome de burnout. Además, la ansiedad y la depresión afectan a cerca del 50% de los trabajadores, mientras que el estrés postraumático se manifiesta en un 10% a 20% de ellos. (6) Estos hallazgos subrayan la gravedad de la situación y la necesidad urgente de abordar estas problemáticas.

Aún no se cuenta con cifras exactas sobre la situación del personal de enfermería en el municipio de Pamplona, Norte de Santander, dado lo anterior se resalta la importancia de realizar una investigación local que permita evaluar y entender mejor las condiciones específicas que enfrentan los trabajadores de la salud en esta región, con el fin de abordar esta problemática, se

implementará una estrategia que incluya formatos evaluadores de inteligencia emocional, preguntas clave relacionadas con los hábitos de vida, la aplicación del test de Mayer-Salovey, así como la toma de signos vitales, peso y talla, entre otras medidas. Esta estrategia es fundamental para obtener una visión más clara de los efectos de la alta demanda de atención en salud en la provincia, que presta servicios a localidades como Cucutilla, Mutiscua, Silos, Cácota y Chitága.

Es innegable que la alta demanda de atenciones en salud genera un daño significativo tanto a nivel físico como emocional para los trabajadores de enfermería, la necesidad de implementar medidas efectivas y estrategias de intervención es urgente, no solo para mejorar la calidad de vida de estos profesionales, sino también para garantizar una atención de salud adecuada y de calidad para la población, la salud del personal de enfermería es un componente esencial para el funcionamiento eficiente de los sistemas de salud, y su bienestar debe ser una prioridad para las instituciones que los emplean.

METODOLOGÍA

Como primera instancia se debe realizar una investigación certera y de calidad que indique en lo posible cifras, contando con bibliografías nacionales e internacionales, dado lo anterior y mediante el objetivo general la investigación se direcciona a una metodología cuantitativa descriptiva, donde se utilizara programa estadístico para correlacionar las variables entre el bienestar emocional y físico. **Recolección de la información:** por medio de una caracterización de búsqueda activa institucional en los trabajadores del Hospital San Juan de Dios mediante: Formatos evaluadores de Inteligencia emocional, Toma de signos vitales, toma de peso y talla para evaluar su estado físico, preguntas claves en relación a sus hábitos y un test con autoría de Mayer-Salovey psicólogo especialista en

inteligencia emocional, el cual contiene 8 tareas emocionales y se evalúan 4 áreas principales como lo son: Percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional, acompañado de un psicólogo invitado experto en el tema. **Alcance de la investigación:** para garantizar la efectividad del proyecto, se establecerá un cronograma detallado que contemple la participación del personal de enfermería, es crucial que la recolección de datos no interfiera con sus labores diarias, lo que permitirá que el proyecto se desarrolle de manera óptima y sin interrupciones, el objetivo es identificar determinantes clave en las problemáticas de salud emocional y física que enfrentan los trabajadores, con miras a implementar acciones correctivas basadas en los resultados obtenidos.

Una vez que se hayan determinado las causas, porcentajes y resultados, se planificará una intervención para los trabajadores de enfermería que requieran seguimiento profesional. Esta intervención buscará promover un equilibrio en el bienestar mental y físico de todos los participantes, ofreciendo apoyo adecuado para abordar las problemáticas identificadas.

Además, es fundamental contar con la colaboración futura de la Universidad de Pamplona y la Secretaría de Salud del municipio, la participación de estas instituciones es vital para que, en el futuro, se continúe impartiendo la importancia del autocuidado y la salud mental tanto a los egresados como a los estudiantes de pregrado en el área de la salud.

Se propone implementar un “**confesionario en salud**”, donde psicólogos expertos en el tema ofrecerán apoyo y asesoría a los trabajadores, esta iniciativa se complementará con una socialización del proyecto, llevándolo a una instancia más amplia, y permitirá la implementación del Plan Nacional de Enfermería, por ende, este plan servirá como una guía esencial

para mitigar el impacto negativo que afecta a los trabajadores de la salud, promoviendo su bienestar integral.

Por último, se repartirán oficios y materiales informativos que se consideren pertinentes para la concienciación y educación del personal, reforzando la importancia del autocuidado y la salud mental en su práctica diaria, dado lo anterior está metodología integral no solo busca mejorar las condiciones actuales de los trabajadores, sino también establecer un modelo sostenible que beneficie a futuras generaciones de profesionales de la salud.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable física	Ítem psicosocial (columna questionnaire)	n	rho (Spearman)	p-value	Interpretación breve
TA_sist (sistólica)	Los Desplazamientos Realizados Durante El Turno. ¿Ocupan Un Tiempo Inferior Al 25%...	16	+0.779	0.0004	Asociación fuerte y positiva: quienes respondieron “Sí” (desplazamientos <25%) tienden a presentar mayor TA sistólica. (Exploratorio – interpretar con cautela).
Edad_num	¿Además De Las Pausas Reglamentarias, El Trabajo Permite Alguna Pausa...?	9	-0.731	0.025	Correlación negativa con edad: mayor edad se asocia con menor probabilidad de reportar pausas adicionales (o inverso según codificación).
IMC	¿El Trabajo Se Suele Realizar Sin Interrupciones?	16	-0.659	0.0055	IMC más alto se asocia con responder “No” a que el trabajo se realiza sin interrupciones (es decir, quienes informan interrupciones muestran IMC mayor).
Edad	¿Se Puede Cometer Algún Error Sin Que Incida De Forma Crítica...?	12	-0.618	0.032	Mayor edad se asocia con menor probabilidad de responder afirmativamente a que los errores no inciden críticamente.
TA_diast (diastólica)	Los Desplazamientos... <25%	16	+0.600	0.014	Coincide con la relación en TA sistólica (ambas presiones elevadas con la misma respuesta).
FC_num (frecuencia cardíaca)	¿Puede Detenerse El Trabajo O Ausentarse Cuando Lo Necesite?	16	-0.552	0.027	Responder “Sí” a poder ausentarse se asocia a FC más baja.

TA_diast	¿Los Elementos De Protección Personal ... ¿Son 1 Para Solo El Turno De 12 Horas?	16	+0.543	0.030	Asociación positiva entre reporte sobre EPP y diastólica más alta (exploratorio).
TA_sist	¿En Caso De Existir Riesgo De Exposición A Conductas Violentas... Personal Externo Está Establecido Un Programa De Actuación?	16	+0.539	0.031	Asociación positiva (exploratoria).
fr_num (respiratoria)	¿Se Puede Cometer Algún Error...	16	-0.531	0.034	Similar a la asociación con edad para el mismo ítem.

El cuadro de operacionalización evidencia la correspondencia directa entre los objetivos del estudio y las variables seleccionadas, permitiendo una comprensión clara de cómo se abordaron los componentes físicos y emocionales del personal de enfermería.

La variable dependiente, *afectación emocional*, se midió mediante el test emocional de Mayer-Salovey, instrumento que evalúa la inteligencia emocional a través de dimensiones como percepción, comprensión y manejo de las emociones. Este enfoque permitió cuantificar el grado de afectación emocional de los participantes, ofreciendo datos objetivos que reflejan su estado emocional y posibles alteraciones asociadas a las demandas laborales del entorno hospitalario.

Por su parte, la variable independiente, *estado físico*, se definió a partir de la valoración fisiológica directa de los encuestados, utilizando medidas objetivas como signos vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial, temperatura) y variables antropométricas (peso, talla e índice de masa corporal). El análisis estadístico de estos datos permitió identificar el nivel de bienestar físico del personal, así como su posible relación con las respuestas emocionales obtenidas.

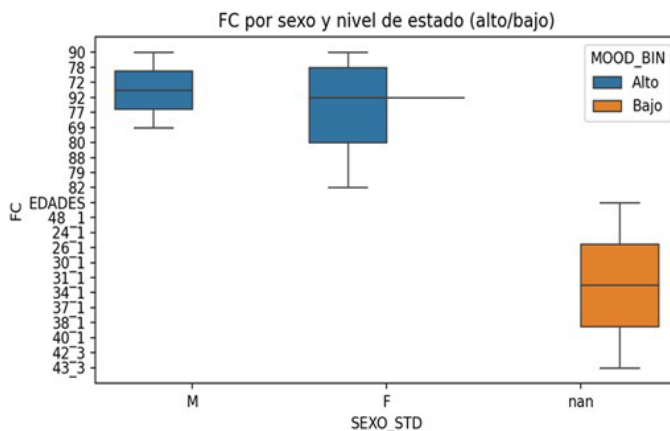
Las variables intervinientes, relacionadas con los *factores laborales*, integran aspectos como el turno de trabajo, la carga y ritmo laboral, el tiempo de descanso y la exposición a situaciones de estrés. Estas variables aportan un contexto explicativo importante, ya que pueden influir tanto en la respuesta emocional como en el estado físico de los profesionales, actuando como mediadores en la correlación entre ambas dimensiones.

Finalmente, las variables de control, correspondientes a los *datos sociodemográficos* (edad, sexo, años de experiencia, área de trabajo), permitieron caracterizar la muestra y establecer comparaciones entre subgrupos. Su inclusión fortaleció la validez del análisis, al permitir controlar posibles factores externos que podrían alterar la relación principal del estudio.

RESULTADOS

En conjunto, la operacionalización de las variables garantizó la coherencia metodológica del proceso investigativo, facilitando la recolección, sistematización y análisis estadístico de los datos, y permitiendo explorar de manera rigurosa la asociación entre la afectación emocional y el bienestar físico del personal de enfermería.

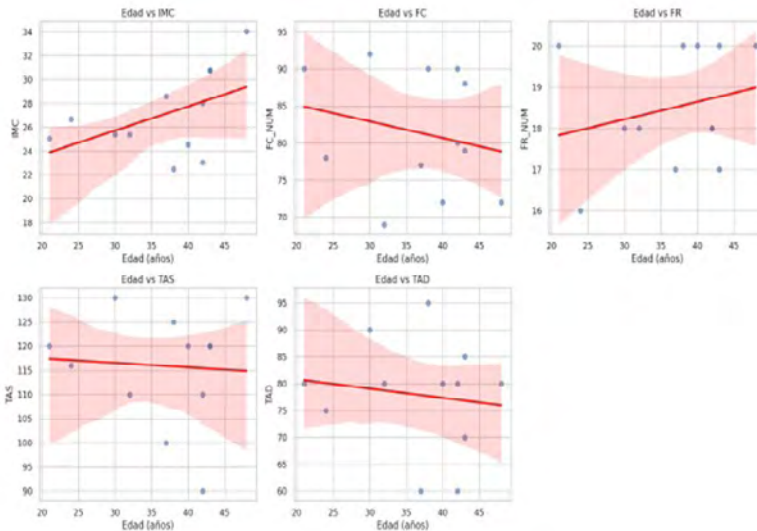
Figura 1: estado de ánimo vs frecuencia cardiaca



Fuente: elaboración propia.

Las personas con estado de ánimo alto (color azul) tienden a mostrar valores de FC más elevados en comparación con aquellas con estado de ánimo bajo (color naranja). Esto podría sugerir una mayor activación fisiológica o energía asociada a estados emocionales positivos. En el grupo masculino (M), la FC es relativamente homogénea y concentrada, con valores medios entre 70 y 80. En el grupo femenino (F), existe mayor dispersión: algunas observaciones con FC más bajas y un rango más amplio, aunque la mediana se mantiene similar o ligeramente superior a la de los hombres. Esto puede indicar una variabilidad fisiológica mayor entre mujeres, posiblemente relacionada con factores hormonales o contextuales.

Figura 2: Dispersión con tendencia IMC vs Signos vitales



Fuente: elaboración propia.

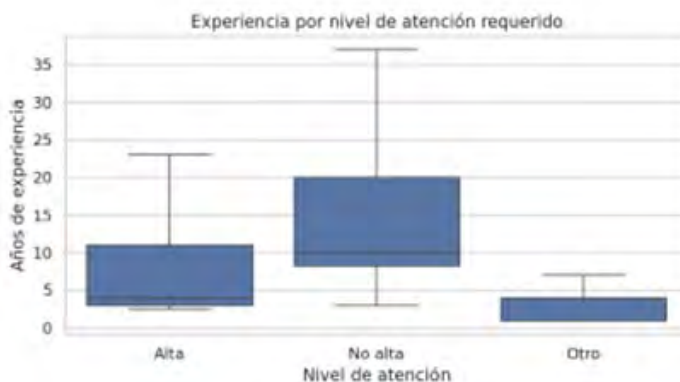
Se observa un incremento promedio de aproximadamente 0.20 puntos por cada año de edad, siendo esta la relación más marcada entre todas las variables analizadas. Este hallazgo sugiere una tendencia sostenida al aumento del peso corporal relativo conforme avanza la edad, posiblemente asociada con

cambios metabólicos, menor nivel de actividad física o ajustes en la composición corporal (mayor proporción de grasa y menor masa muscular).

La frecuencia cardíaca disminuye en promedio 0.22 latidos por minuto por cada año. Esta tendencia negativa puede reflejar una mayor eficiencia cardiovascular con la madurez, o bien un efecto de adaptación fisiológica donde el corazón requiere menos pulsaciones para mantener el mismo gasto cardíaco en reposo. Sin embargo, también podría indicar una reducción progresiva de la capacidad de respuesta del sistema cardiovascular en edades más avanzadas, dependiendo del contexto poblacional.

En esta muestra, la TAS se mantiene prácticamente estable con la edad, sin variaciones significativas. Este comportamiento puede deberse a una distribución homogénea del grupo o a un control adecuado de la presión arterial entre los participantes. No obstante, se recomienda contrastar este resultado con una muestra mayor o longitudinal, ya que en la población general suele observarse una tendencia leve al alza de la presión sistólica con la edad.

Figura 3: Distribución de categoría de IMC por grupo de edad.



Fuente: elaboración propia.

En la anterior grafica se usó una prueba de chi-cuadrado para independencia (equipo vs atención): estadístico y p-valor ≈ 0.049 sugiere una asociación estadísticamente significativa al 5% entre trabajar en equipo/individual y reportar atención alta vs no alta/otro. Es decir, la modalidad de trabajo se relaciona con la percepción del nivel de atención requerido.

DISCUSIÓN

El hallazgo de la investigación, reafirma la premisa central de la investigación centrada en la asociación significativa entre los factores emocionales, las condiciones laborales y los indicadores fisiológicos en el personal de enfermería.

1. **Correlación entre Afectación Emocional, Estrés y Bienestar Físico**

Afectación Emocional e Indicadores Fisiológicos: Se observaron que las personas con estado de ánimo alto tendieron a presentar frecuencias cardíacas ligeramente más elevadas. Si bien esto podría reflejar una mayor activación fisiológica asociada a emociones positivas, la literatura advierte que el estrés laboral crónico se relaciona con un aumento en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, incrementando el riesgo de enfermedades cardiovasculares. La exposición constante a cargas laborales altas, como las que enfrenta el personal en servicios críticos, requiere monitoreo para diferenciar una activación fisiológica normal de una respuesta patológica al estrés.

Asociación entre Desplazamientos y Tensión Arterial (TA): Los resultados mostraron una asociación fuerte y positiva: quienes reportaron que los desplazamientos ocupan un tiempo inferior al 25% del turno (menor actividad física) tendieron a presentar mayor TA sistólica y diastólica. Este hallazgo enfatiza la necesidad de evaluar el estado físico, pues la restricción de

movimiento o la baja actividad física en el puesto laboral podría contribuir al desequilibrio fisiológico, el cual es una manifestación del deterioro del estado de bienestar reportado en la profesión (Mariluz et al., 2024). Laura, (2019).

2. Influencia de las Variables Laborales y Demográficas

La modalidad de trabajo y las horas de jornada demostraron ser elementos clave que modulan la salud del personal, en línea con el contexto de la alta demanda en el Hospital San Juan de Dios.

Modalidad de Trabajo y Percepción Asistencial: La modalidad de trabajo mostró una asociación estadísticamente significativa (approx 0.049) con el nivel de atención de reportado. Este resultado es coherente con la literatura, la cual indica que un entorno con apoyo organizacional y la colaboración entre pares influye positivamente en el desempeño y en la percepción de la calidad de vida laboral, mientras que el agotamiento profesional es exacerbado por el individualismo y la falta de recursos (NIOSH, 2023). David , 2018).

Edad, Carga Laboral y Turnos Extensos:

Se confirma que el Índice de Masa Corporal (IMC) tiende a aumentar con la edad, fenómeno consistente con los cambios metabólicos propios del envejecimiento (José y Keilla, 2024).

Se observa una redistribución de la carga: a mayor edad, aumentan las horas semanales trabajadas, pero disminuye el número de pacientes atendidos por día. A pesar de esta adaptación, el aumento de horas semanales sigue siendo un factor de riesgo. Los turnos extensos (15 a 22 horas) interrumpen los ritmos naturales y son una causa principal de desequilibrio y fatiga en el personal de enfermería (Laura, 2019), contribuyendo a los

altos porcentajes de fatiga física (60%) y agotamiento (30% al 40%) reportados en el sector (Mariluz et al., 2024¹⁴).

IMC e Interrupciones Laborales: El IMC más alto se participó con reportar que el trabajo no se realiza sin interrupciones. Este hallazgo podría vincular las condiciones laborales inestables o la ineficiencia percibida con el estrés o la ansiedad, factores que la literatura relaciona con problemas de salud física y el aumento de peso corporal (José y Keilla, 2024).

3. Implicaciones de la Inteligencia Emocional (IE) y Necesidad de Intervención

La medición objetiva de la afectación emocional mediante el Test de Mayer-Salovey¹⁵ es válida por la evidencia externa, que demuestra que la IE es un factor protector clave para la salud ocupacional.

IE como Factor Protector: La literatura consultada valida que una alta Inteligencia Emocional se considera un predictor positivo que se correlaciona con niveles más bajos de estrés, ansiedad, depresión y síndrome de Burnout, promoviendo un mejor desempeño laboral y satisfacción en el trabajo (Marisol, 2023). David et al 2018).

Necesidad de Intervención Estratégica: Los resultados, en conjunto con la alta prevalencia de problemas de salud mental reportados en Colombia (Erika et al., 2024¹⁶ Irán y Mariana, 2019), justifican la propuesta de implementar el Plan Nacional de Enfermería (PNE) (Claudia et al., 2019) y crear un “confesionario en salud” con apoyo profesional. Estas acciones buscan abordar la salud ocupacional desde una perspectiva integral, garantizando que se brinden las garantías necesarias para el bienestar de los profesionales durante el ejercicio de su profesión.

CONCLUSIONES

El estudio permitió establecer una relación clara entre los componentes físicos y emocionales del personal auxiliar de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, evidenciando la interacción entre los factores fisiológicos, las condiciones laborales y el bienestar emocional de los participantes.

En primer lugar, la operacionalización de variables garantizó la coherencia metodológica del proceso investigativo, permitiendo medir de forma objetiva tanto la afectación emocional, mediante el test Mayer-Salovey, como el estado físico, a partir de signos vitales y medidas antropométricas. Este diseño permitió el análisis correlacional entre los indicadores, brindando una visión integral de la salud del personal de enfermería.

Los resultados mostraron que existen asociaciones significativas entre algunas variables fisiológicas y laborales, sugiriendo que las condiciones de trabajo y las características personales influyen en el equilibrio físico y emocional. En particular, se observó que:

Las personas con estado de ánimo alto presentan frecuencias cardíacas ligeramente más elevadas, lo que podría reflejar mayor activación fisiológica asociada a emociones positivas, aunque sin indicar alteraciones clínicas.

El índice de masa corporal (IMC) tiende a aumentar con la edad, fenómeno consistente con los cambios metabólicos y de composición corporal propios del envejecimiento.

Las horas semanales de trabajo se incrementan con la edad, mientras que el número de pacientes atendidos disminuye,

lo cual podría reflejar una redistribución de funciones o adaptación laboral según la experiencia.

La modalidad de trabajo (en equipo o individual) mostró una asociación estadísticamente significativa con el nivel de atención reportado ($p \approx 0.049$), lo que sugiere que la colaboración entre pares puede influir en la percepción y desempeño asistencial.

En contraste, no se encontraron diferencias significativas entre los años de experiencia y el nivel de atención, ni entre experiencia y modalidad de trabajo, lo que indica una distribución homogénea de la experiencia profesional en la muestra.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que el bienestar físico y emocional del personal de enfermería no depende únicamente de factores individuales, sino también del entorno laboral, la carga asistencial y la dinámica del equipo de trabajo. Por ello, se recomienda fortalecer las estrategias institucionales orientadas a la promoción del autocuidado, la gestión del estrés y la distribución equilibrada de las tareas, especialmente en áreas de alta demanda asistencial

Finalmente, este estudio aporta evidencia sobre la necesidad de abordar la salud ocupacional del personal de enfermería desde una perspectiva integral, donde se reconozca que el equilibrio entre el cuerpo y las emociones es esencial para garantizar una atención segura, humanizada y de calidad al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marisol, Janet. (2023). Inteligencia emocional y carga laboral en profesionales de enfermería. Vol. 39. Universidad Peruana Unión: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v39/1561-2961-enf-39-e5570.pdf>
2. Erika, D. (2023). Condiciones de la enfermería en Colombia y su relación con la salud pública. Universidad del bosque facultad de

medicina: <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/09779ddf-edf4-4b9d-a7b7-65fc28e60a46/content>

3. Mark, J. (2023). Doce desafíos claves de recursos humanos en el sector salud. ORACLE: <https://www.oracle.com/co/human-capital-management/healthcare-hr-challenges/>
4. David, María. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional, revisión sistemática cuantitativa. Vol. 57. Universidad de Córdoba. España: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-97292018000200027
5. Laura, Iris. (2019). La carga mental de los profesionales de enfermería en relación con su turno laboral. Vol. 13, N°1. Universidad de Valencia España.: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n1/1988-348X-ene-13-01-e1315.pdf>
6. Mariluz, Daniel, Isabella, Laura. (2024). Impacto del estrés laboral en el bienestar psicológico de personal de un hospital público en Medellín, Colombia. Vol.19. Ciencia y enfermería: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532023000100223
7. Teleencuestas. (2024). Censos de la población de Pamplona Norte de Santander. Proyecciones Dane: <https://telencuestas.com/censos-de-poblacion/colombia/2024/norte-de-santander>
8. NIOSH. (2023). La salud mental de los trabajadores de la salud. The National Institute for Occupational Safety and Health.: <https://www.cdc.gov/niosh/newsroom/feature/lasaludmental.html>
9. Claudia, Acofaen, Gilma, et.al. (2019). Plan nacional de enfermería PNE. Consejo técnico Nacional de enfermería: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/46d8f9d7-b61c-4b9b-a171-1b70a1f0df70/Plan+de+Enfermer%C3%ADa.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mVBzrKO>
10. Mario, Jesús. (2020). La salud y su determinante, promoción a de la salud y educación sanitaria. Vol.5. Universidad autónoma del estado de Hidalgo, México: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

VULNERABILIDAD FAMILIAR DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN MEDICINA INTERNA DE UNA IPS DE TERCER NIVEL, CÚCUTA, 2025

Danna Valentina Ortiz Serrano
Universidad de Pamplona

RESUMEN

La familia cumple un papel clave en el bienestar de sus integrantes, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Este estudio tuvo como objetivo determinar el grado de vulnerabilidad familiar de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una IPS de tercer nivel. La metodología utilizada en el estudio fue un enfoque descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, aplicando la escala Perfil de Vulnerabilidad Familiar que evalúa aspectos sociodemográficos, filiatorios, socioculturales, jurídicos, históricos y dinámico-relacionales. Los datos obtenidos fueron organizados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. El análisis de la vulnerabilidad familiar evidenció que la mayoría de los hogares se clasificaron en niveles de vulnerabilidad leve (41,8%) y moderada (37,2%). Se concluyó que la mayoría de las familias se clasificó como levemente o moderadamente vulnerables. Esto muestra que, aunque no predominan niveles extremos de riesgo, si existe una fragilidad importante en los entornos familiares, reflejado en la dinámica familiar.

Palabras claves: vulnerabilidad familiar, pacientes, hospitalización.

INTRODUCCIÓN

Introducción: La familia, es considerada el núcleo esencial de la sociedad, representa el principal espacio de apoyo, desarrollo y cuidado de sus integrantes. Sin embargo, las transformaciones sociales, económicas y culturales, junto con las condiciones de salud de sus miembros, pueden afectar su estabilidad y funcionamiento. En el ámbito hospitalario, la enfermedad y la hospitalización de un integrante generan alteraciones significativas en la organización familiar, modificando roles, responsabilidades y vínculos afectivos, lo que incrementa los niveles de vulnerabilidad dentro del sistema familiar.

La vulnerabilidad familiar se concibe como la exposición a factores internos y externos que disminuyen la capacidad de afrontamiento ante situaciones críticas. Este fenómeno integra dimensiones sociodemográficas, filiatorias, socioculturales, jurídicas, históricas y dinámico-relacionales que influyen directamente en el bienestar de la familia. En el servicio de Medicina Interna, dichas condiciones adquieren especial relevancia, pues el proceso de hospitalización prolongado demanda adaptaciones constantes y un soporte emocional y económico sostenido.

Frente a este panorama, la enfermería cumple un papel esencial en la identificación de factores de riesgo y en la implementación de estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento del soporte familiar. De esta manera, valorar la vulnerabilidad familiar permite comprender la dinámica interna del hogar y diseñar acciones que promuevan la cohesión, la resiliencia y la adaptación ante la enfermedad. El presente estudio se propuso determinar el nivel de vulnerabilidad familiar en pacientes hospitalizados en una institución de tercer nivel en Cúcuta, con el fin de aportar fundamentos para la práctica profesional y el bienestar de las familias en el contexto de hospitalización.

OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar la vulnerabilidad familiar en pacientes hospitalizados en medicina interna de un hospital de tercer nivel. Cúcuta, 2025.

Objetivos específicos: (1) Identificar la red vincular de cada familia en los pacientes de medicina interna. 2) Caracterizar los vínculos de filiación dentro de la familia de los pacientes de medicina interna. 3) Conocer las circunstancias socio-culturales de las familias de los pacientes de medicina interna. 4) Registrar los procesos jurídicos de las familias de los pacientes de medicina interna. 5) Identificar los parámetros históricos- evolutivos y dinámico relacionales de las familias de los pacientes de medicina interna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema y pregunta de investigación. La familia constituye el núcleo fundamental de la sociedad y es el principal agente socializador del individuo. Sin embargo, la red vincular, la filiación, los parámetros socio culturales, la vulnerabilidad social, el parámetro histórico evolutivo, y los parámetros jurídicos pueden afectar influyendo negativamente en el desarrollo integral de sus miembros.

A pesar de que existen programas sociales y políticas públicas orientadas a apoyar a las familias en situación de riesgo, muchos hogares siguen enfrentando dificultades que los colocan en una posición de desventaja estructural como lo son las hospitalizaciones de uno de los miembros de la familia.

En un artículo realizado en la ciudad San José de Cúcuta determinaron las adherencias infructuosas en el vínculo familiar generando lazos emocionales totalmente enredados,

permitiendo límites difusos, normas y reglas rígidas, además que poseen conflictos y frecuentes situaciones problemáticas; por ello enfatiza en la comunicación familiar como factor primordial para el equilibrio y/o funcionamiento familiar.

Además, para el punto de vista académico, esta investigación ampliará el cuerpo de conocimiento existente sobre la vulnerabilidad familiar, incorporando datos contextuales, análisis cualitativos y recomendaciones prácticas que pueden ser replicadas o adaptadas en otros entornos similares. Ante esta realidad, surge la necesidad de caracterizar, identificar la vulnerabilidad familiar en contextos específicos, así como establecer las estrategias de intervención por enfermería.

Pregunta de Investigación: ¿Cuál es la vulnerabilidad familiar de las familias de los pacientes hospitalizados en medicina interna de un hospital de tercer nivel?

METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por las familias de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de una institución de tercer nivel ubicada en la ciudad de Cúcuta, durante el año 2025. La muestra incluyó 43 familias que participaron de manera voluntaria, seleccionadas a partir de los casos registrados en el área de hospitalización durante el periodo de estudio, conforme a los criterios establecidos por el equipo investigador. Para la recolección de la información se aplicó la escala Perfil de Vulnerabilidad Familiar, el cual permitió identificar el nivel de vulnerabilidad a través de seis parámetros: red vincular, filiación, sociocultural, jurídico, histórico-evolutivo y dinámico-relacional. Cada dimensión contempló aspectos relacionados con la composición familiar, las redes de apoyo, el acceso a

servicios, las condiciones económicas y los antecedentes de convivencia. Los datos obtenidos fueron organizados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes, con el propósito de caracterizar los niveles de vulnerabilidad presentes en las familias evaluadas. Este análisis permitió reconocer las áreas de mayor fragilidad en las familias en el servicio de hospitalización.

RESULTADOS

El análisis de la vulnerabilidad familiar evidenció que la mayoría de los hogares se clasificaron en niveles de vulnerabilidad leve (41,8%) y moderada (37,2%). Aunque no se reportó un predominio de casos extremos, estos hallazgos reflejan una fragilidad significativa en las dinámicas familiares, lo que demanda intervenciones oportunas de enfermería orientadas a prevenir un deterioro mayor en las condiciones de soporte social y emocional (Tabla 1).

Tabla 1. Vulnerabilidad

Vulnerabilidad	No.	%
Altamente vulnerable	0	0,00
Medianamente vulnerable	4	9,3
Moderadamente vulnerable	16	37,2
Levemente vulnerable	18	41,8
Ligeramente Vulnerable	3	6,9
Poco vulnerable	2	4,8
Total	43	100

Fuente: elaboración propia

En cuanto al parámetro de red vincular, se identificó que el acceso a los servicios de salud (41,8%) y la presencia de redes de apoyo cercanas (25,5%) constituyen los principales recursos familiares. No obstante, las actividades familiares conjuntas (13,9%) y la unión intrafamiliar (18,6%) registraron menores

porcentajes, lo que sugiere una limitada cohesión interna y la necesidad de implementar estrategias que fortalezcan la convivencia y los vínculos afectivos (Tabla 2).

Tabla 2. Parámetro de red vincular

Aspecto de red vincular	No.	%
Actividades familiares	6	13,9
Unión familiar	8	18,6
Red de apoyo cercana	11	25,5
Acceso a salud	18	41,8
Total	43	100

Fuente: elaboración propia

Respecto al parámetro de filiación, los aspectos más relevantes fueron la composición del hogar (23,3%) y el trabajo remunerado y no remunerado (18,6%), lo que confirma la importancia de la organización familiar y de la distribución de responsabilidades en la dinámica cotidiana. Sin embargo, se evidenciaron limitaciones en el acceso a servicios básicos (7%) y en el manejo de los recursos económicos (9,3%), factores que incrementan la vulnerabilidad estructural y exponen a las familias a mayores dificultades en contextos de crisis (Tabla 3).

Tabla 3. Parámetro de filiación

Aspecto de Filiación	No.	%
Composición familiar	10	23,3
Autoridad y decisiones	7	16,3
Reparto de responsabilidades	6	13,9
Trabajo remunerado y no remunerado	8	18,6
Propiedad y recursos	5	11,6
Manejo del dinero	4	9,3
Acceso a servicios	3	7,0
Total	43	100

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Discusión: El ciclo vital familiar constituye una dimensión esencial para comprender las transformaciones internas y los desafíos que enfrenta el grupo doméstico a lo largo del tiempo. Según Amaya, la estructura familiar está determinada por su tipología, composición y etapa del ciclo vital, aspectos que influyen directamente en la capacidad de adaptación ante situaciones críticas como la enfermedad y la hospitalización. En este estudio, se evidenció que las familias participantes atraviesan diferentes momentos del ciclo vital, desde etapas de crianza hasta familias con adultos mayores, lo que determina las estrategias de afrontamiento y los recursos disponibles. De acuerdo con Cohen, la familia ha dejado de ser un punto de referencia estable, adaptándose a los cambios sociales y económicos; por tanto, el ciclo vital debe interpretarse como un proceso dinámico en el que los roles, funciones y responsabilidades se redefinen constantemente en función de las necesidades y las transiciones vitales de sus integrantes.

El estudio evidenció que la vulnerabilidad familiar se presenta principalmente en niveles leves (41,8%) y moderados (37,2%), lo que refleja una fragilidad significativa, aunque no crítica, en las dinámicas familiares. Esta condición se asocia con la limitada capacidad para afrontar riesgos y aprovechar oportunidades, afectando tanto los aspectos económicos como los emocionales y relacionales, lo que debilita la cohesión y la resiliencia familiar (Bayon, 2010; Bray & Stanton; Miller, 2016).

En cuanto a la red vincular, se destacan como fortalezas el acceso a la salud (41,8%) y la red de apoyo cercana (25,5%), aunque la unión familiar y las actividades compartidas resultan limitadas. Según Wright y Leahey, fortalecer las interacciones afectivas y las redes de apoyo es esencial para mantener la homeostasis familiar.

En la dimensión de filiación, la composición familiar (23,3%) y el trabajo (18,6%) son pilares organizativos, pero las desigualdades económicas y el acceso limitado a servicios evidencian tensiones estructurales. La filiación actual incorpora la diversidad de vínculos —consanguíneos, por crianza o elección—, coherente con una visión inclusiva y plural de familia.

La dimensión sociocultural mostró altos niveles de educación (39,5%) y acceso a la información (41,8%), constituyendo un capital cultural favorable; sin embargo, un 18,7% mantiene creencias tradicionales que influyen en las decisiones familiares. Este aspecto exige una intervención enfermera culturalmente sensible, que reconozca la diversidad sin imponer modelos homogéneos.

En la dimensión jurídica, los procesos más frecuentes pensión alimentaria (25,5%), separación (23,2%) y reconocimiento de hijos (16,2%) reflejan transformaciones familiares que impactan la estabilidad económica y emocional. Se destaca la necesidad de fortalecer el acceso a recursos legales y de protección social para reducir la vulnerabilidad.

Finalmente, el parámetro histórico-evolutivo reveló que las pérdidas (23,3%), las enfermedades graves (20,9%) y la violencia o desplazamiento (18,6%) han dejado huellas profundas. La historia familiar, entendida como un relato vital en constante transformación, permite identificar patrones de resiliencia y comprender cómo las experiencias pasadas influyen en la adaptación ante las adversidades actuales.

CONCLUSIONES

- **Vulnerabilidad** La mayoría de las familias se clasificó como levemente o moderadamente vulnerables. Esto muestra que, aunque no predominan niveles extremos de riesgo, sí

existe una fragilidad importante en los entornos familiares que requiere intervenciones de enfermería oportunas para prevenir un deterioro mayor en el soporte social y emocional.

- **Parámetro de Red Vincular** El acceso a la salud y la red de apoyo cercana fueron los aspectos más relevantes, reflejando fortalezas en recursos formales e informales. Sin embargo, las actividades familiares y la unión familiar presentaron debilidades, lo que evidencia menor cohesión interna y la necesidad de estrategias para fortalecer vínculos y dinámicas de convivencia.
- **Parámetro de Filiación** La composición familiar y el trabajo (remunerado y no remunerado) resultaron centrales en la organización del hogar y la distribución de responsabilidades. No obstante, se identificaron limitaciones en el acceso a servicios y en el manejo de recursos económicos, lo que incrementa la vulnerabilidad frente a situaciones de crisis.
- **Parámetro Sociocultural** El acceso a la información y el nivel educativo constituyen un capital cultural favorable que puede potenciar intervenciones educativas y de promoción de la salud. Sin embargo, las tradiciones y creencias aún influyen en las decisiones familiares, lo que exige integrarlas de manera respetuosa en los procesos de cuidado.
- **Parámetro Jurídico** Los procesos jurídicos más frecuentes fueron la pensión de alimentos, la separación o divorcio y el reconocimiento de hijos, reflejando reorganización familiar que afecta la estabilidad emocional y económica. La violencia intrafamiliar y el incumplimiento legal se

constituyen en factores de riesgo que requieren apoyo legal, social y de salud.

- **Parámetro Histórico** Evolutivo Los eventos de pérdida, las enfermedades graves y los accidentes marcaron la trayectoria familiar. A esto se suman experiencias como la violencia intrafamiliar, las rupturas familiares y el desplazamiento forzado, evidenciando que la historia familiar está atravesada por adversidades que impactan la adaptación y resiliencia.
- **Parámetro Dinámico** Relacional Se destacaron las relaciones de pareja y padres-hijos como vínculos principales, seguidos por la relación entre hermanos, la resolución de conflictos y la convivencia con la familia extensa. Estos resultados reflejan la existencia de lazos significativos, aunque con dificultades en la resolución de conflictos y en la convivencia intergeneracional.

BIBLIOGRAFÍA

1. D. Idea Camargo, “Clima social familiar y resiliencia en adolescentes en situación”, Revista de Investigación y Casos en Salud - CASUS, vol. 5, no. 2, Ago. 2020.
2. E. Abril Valdez, R. Román Pérez, M. J. Cubillas Rodríguez, y S. E. Domínguez Ibáñez, “Perfil familiar y de consumo de drogas en mujeres internas en centros de recuperación en el noroeste de México”, Health and Addictions / Salud y Drogas, vol. 22, no. 1, Ene. 2022.
3. Mata, “Familias vulnerables: la maternidad transnacional e intensiva de las mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México”, Revista de Investigación y Divulgación sobre los Estudios de Género, vol. 27, no. 2, Ago. 2020.
4. M. Reyes-Rojas, M. D. Mieles-Barrera, y B. A. Hernández-Vargas, “Afrontamiento familiar y su relación con el bienestar infantil y familiar: estudio en familias en condición de vulnerabilidad”,

Revista Colombiana de Ciencias Sociales, vol. 12, no. 1, pp. 50-75, 2021.

5. T. Bernal Sánchez, J. Estupiñán Mojica, y D. Rodríguez Charry, Estudios de familia y ecología social, Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Facultad de Psicología, 2023. ISBN 958-978-7676-78-7.
6. N. Galvis Velandia, M. C. Jaimes Márquez, y E. G. Osorio Sánchez, “Funcionalidad familiar de población en situación de vulnerabilidad, una mirada desde el modelo circumplejo de Olson: estudio barrio Cormoranes, Cúcuta-Colombia”, Revista Boletín Redipe, vol. 11, no. 3, Mar. 2022.
7. Cohen, M. (2018). La familia en transformación: dinámicas sociales y afectivas contemporáneas. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/15161/13708>
8. Amaya, C. (2011). Caracterización de las familias desde un enfoque de riesgo. Avances en Enfermería, 29(2), 288-300. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12805/13625>
9. Bray, J. H., & Stanton, M. (2013). La familia como sistema: teoría y práctica clínica. Buenos Aires: Paidós.
10. Miller, J. (2016). Teoría de la socialización familiar: vínculos, afectos y aprendizaje social. São Paulo: Universidade de São Paulo.

RIESGO FAMILIAR TOTAL Y GRADO DE SALUD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL GRADO OCTAVO DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN CÚCUTA, 2025

Carmen Elina Escobar Coneo
Universidad de Pamplona

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito determinar el grado de riesgo familiar total (RFT) y el nivel de salud familiar en adolescentes de grado octavo de una Institución Pública de Educación Secundaria en Cúcuta. Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal, que permitió recolectar datos estandarizados y cuantificables sobre las condiciones psicoafectivas, socioeconómicas, habitacionales, de manejo de menores y prácticas de salud en el entorno familiar de los adolescentes, mediante la aplicación del instrumento validado RFT: 5-33 de la Dra. Pilar Amaya de Peña y el APGAR familiar. Los datos recolectados fueron procesados mediante software estadístico especializado, lo que permitió clasificar a las familias según su nivel de riesgo y visualizar patrones relacionados con su dinámica familiar y contexto escolar. Los resultados mostraron predominancia de familias en condición de amenaza, afectación significativa en la dimensión socioeconómica y una alta proporción de disfunción familiar, evidenciando condiciones que pudieron incidir en el bienestar emocional y académico de los estudiantes. Se concluyó que la identificación del riesgo familiar total constituyó una herramienta fundamental para orientar estrategias de

acompañamiento psicosocial y promoción de la salud desde la enfermería escolar, contribuyendo al fortalecimiento de entornos familiares protectores y al bienestar integral de los adolescentes.

Palabras clave: Adolescente; Riesgo familiar; Salud familiar; Funcionalidad familiar; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La familia constituye el primer entorno de socialización y desarrollo del ser humano, desempeñando un papel fundamental en la formación emocional, social, académica y conductual del adolescente. Durante esta etapa, las dinámicas familiares adquieren relevancia al influir directamente en el bienestar psicológico, el rendimiento académico y la capacidad de adaptación del estudiante a los desafíos escolares y sociales. En contextos educativos públicos, especialmente en ciudades como Cúcuta, caracterizadas por condiciones socioeconómicas diversas y, en muchos casos, vulnerables, resulta necesario comprender las realidades familiares que rodean al adolescente.

Las condiciones psicoafectivas, los servicios y prácticas de salud, el entorno de vivienda-vecindario, la situación socioeconómica y el manejo de menores pueden impactar directamente el bienestar y desempeño escolar del adolescente. En este sentido, la identificación del Riesgo Familiar Total (RFT) mediante el instrumento RFT: 5-33 —desarrollado por la Dra. Pilar Amaya de Peña y fundamentado en la valoración integral de cinco dimensiones familiares— permite reconocer la probabilidad de consecuencias adversas a nivel individual y familiar derivadas de factores acumulativos que influyen en la dinámica del hogar. Su aplicación en el entorno escolar facilita la detección oportuna de familias en condición de riesgo,

amenazadas o en riesgo alto, orientando la toma de decisiones y la formulación de estrategias de intervención por parte del equipo de enfermería comunitaria y escolar. De esta manera, se contribuye al fortalecimiento del funcionamiento familiar y a la promoción del bienestar integral del estudiante, fomentando entornos protectores durante la etapa adolescente.

En este contexto, evaluar el riesgo familiar total en población escolar se convierte en una herramienta clave para identificar factores determinantes que puedan estar afectando su bienestar y desempeño académico. Asimismo, este tipo de análisis permite generar acciones puntuales desde el cuidado enfermero, la orientación escolar y los programas de apoyo psicosocial, con el objetivo de fortalecer las capacidades familiares, promover dinámicas saludables y contribuir al desarrollo integral del adolescente dentro del entorno educativo.

OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar el nivel de riesgo familiar total y el grado de salud familiar en los adolescentes del grado octavo de una institución pública de educación secundaria de Cúcuta durante el año 2025.

Objetivos Específicos: (1) Caracterizar los principales factores de riesgo familiar según las dimensiones del RFT: 5-33. (2) Identificar las condiciones socioeconómicas y psicoafectivas predominantes en los hogares de los estudiantes. (3) Clasificar a las familias en riesgo bajo, amenazadas y en alto riesgo. (4) Describir los perfiles de riesgo familiar según variables sociodemográficas. (5) Determinar el grado de funcionalidad familiar mediante el APGAR familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es un sistema fundamental en la formación emocional, social y conductual del adolescente, especialmente en contextos escolares donde el respaldo familiar es determinante para la permanencia académica, la adaptación social y la salud mental. En instituciones públicas de educación secundaria en Cúcuta se ha evidenciado diversidad estructural, condiciones socioeconómicas complejas y limitaciones en acompañamiento familiar, lo cual puede representar factores de riesgo acumulativos que inciden en el desarrollo del adolescente.

Investigaciones en Colombia y Latinoamérica han señalado que la falta de apoyo emocional, la precariedad económica, la ausencia de acompañamiento parental, los patrones de crianza inadecuados y las condiciones de vivienda deficientes afectan negativamente el rendimiento escolar, la regulación emocional y la integración social de los menores. La herramienta RFT: 5-33 permite identificar estas condiciones desde cinco dimensiones esenciales, clasificando a las familias según nivel de riesgo, mientras que el APGAR familiar evalúa la funcionalidad familiar percibida.

En este sentido, conocer el perfil familiar de los estudiantes contribuye a fortalecer estrategias de promoción y prevención desde la enfermería escolar, orientación y bienestar institucional.

Pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de riesgo familiar total y el grado de salud familiar en los adolescentes del grado octavo de una institución pública de educación secundaria en Cúcuta durante el año 2025?

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por estudiantes de grado octavo de una institución pública de educación secundaria en Cúcuta, y la muestra fue de 61 adolescentes seleccionados por conveniencia. Para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos: el Riesgo Familiar Total RFT: 5-33 de Pilar Amaya de Peña y el APGAR Familiar, con el propósito de evaluar el riesgo familiar total y la funcionalidad familiar, respectivamente.

El procedimiento incluyó la solicitud de permisos institucionales y la obtención del consentimiento informado de los acudientes. Posteriormente, se realizó la capacitación correspondiente para la aplicación de los instrumentos y se llevó a cabo una prueba piloto que permitió realizar ajustes previos. La recolección de los datos se efectuó mediante cuestionarios aplicados a los estudiantes, y posteriormente la información fue procesada en un software estadístico para realizar un análisis descriptivo.

Se incluyeron estudiantes matriculados en grado octavo, con autorización del acudiente y capacidad para diligenciar los instrumentos. Se excluyeron aquellos que no aceptaron participar o que presentaron limitaciones que impidieran completar la encuesta.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las familias de los estudiantes

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad familiar (APGAR)	Disfunción familiar severa	10	16,4%
	Funcionalidad moderada	42	68,9%
	Alta funcionalidad	9	14,8%

Sexo	Femenino	29	47,5%
	Masculino	32	52,5%
Tipología familiar	Tipo 1: Nuclear - Pareja	46	75,4%
	Tipo 2: Extensa - Atípica	15	24,6%
Número de miembros (1-12)	1 - 3	44	72,1%
	4 - 6	12	19,7%
	7 o más	5	8,2%
Presencia de gestantes	Sí	0	0,0%
	No	61	100,0%
Manejo de menores dentro de la familia (<12 años)	Sí	12	19,7%
	No	49	80,3%
Prevalencia de roles familiares	Padre	19	31,1%
	Madre	53	86,9%
	Tío(a)	10	16,4%
	Abuelo(a)	11	18,0%
	primo(a)	10	16,4%
	Hermano(a)	33	54,1%
	Sobrino	2	3,3%
	Hogar sustituto	1	1,6%
Otro	0	0,0%	

Fuente: elaboración propia

La dimensión de manejo de menores (Figura 1), mostró la situación más favorable, con un 98,4% de familias clasificadas como amenazadas y solo 1,6% en riesgo alto, lo que fue consistente con el bajo porcentaje de familias con menores de 12 años identificado en las características sociodemográficas.

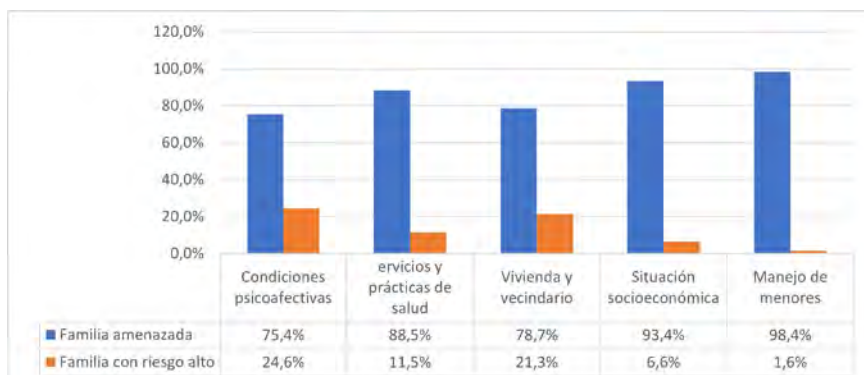
La situación socioeconómica constituyó una de las dimensiones comprometidas, con un 93,4% de familias amenazadas y 6,6% en riesgo alto. Este hallazgo sugiere condiciones económicas precarias generalizadas, probablemente relacionadas con ingresos insuficientes, inestabilidad laboral, dependencia económica o dificultades para cubrir necesidades básicas.

La dimensión de servicios y prácticas de salud exhibió que el 88,5% de las familias se encontraba amenazada y el 11,5% en riesgo alto. Esto indicó barreras importantes en el acceso a servicios de salud, posibles inadecuadas prácticas preventivas, bajo uso de controles médicos regulares, o deficiencias en la afiliación al sistema de salud. Esta situación fue particularmente preocupante considerando que la salud familiar es un determinante clave del bienestar estudiantil.

La dimensión de vivienda y vecindario presentó un 78,7% de familias amenazadas y 21,3% en riesgo alto, señalando problemas relacionados con condiciones inadecuadas de habitabilidad, hacinamiento, servicios públicos deficientes, o residencia en entornos inseguros con problemas de violencia, delincuencia o contaminación ambiental. Estas condiciones del entorno físico y social representan factores de estrés crónico para las familias de los estudiantes.

Para la dimensión de condiciones psicoafectivas evidenció un 75,4% de familias amenazadas y 24,6% en riesgo alto. Tres cuartas partes de las familias experimentaron dificultades en comunicación, expresión afectiva, manejo de conflictos, cohesión familiar o problemas de salud mental, aspectos fundamentales para el soporte emocional que requieren los estudiantes.

Figura 1. Riesgo familiar por dimensiones del instrumento RFT 5 - 33



Fuente: elaboración propia

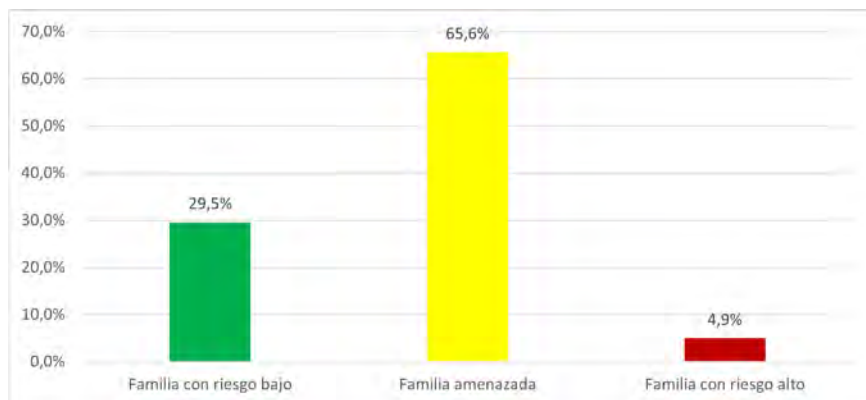
La clasificación global del riesgo familiar mediante el RFT 5-33 (Figura 2), evidenció una situación predominantemente vulnerable en la población estudiada. La mayoría de las familias (65,6%) se ubicó en la categoría de familia amenazada, indicando la presencia de factores de riesgo moderados que, aunque no representan una crisis inmediata, requieren intervención preventiva para evitar su deterioro hacia niveles más críticos. Esta amplia proporción señaló que dos de cada tres estudiantes universitarios provienen de contextos familiares con vulnerabilidades múltiples que potencialmente afectaban su rendimiento académico, salud mental y bienestar general.

Un porcentaje considerable (29,5%) de familias se clasificó con riesgo bajo, sugiriendo condiciones familiares relativamente estables con recursos protectores suficientes para afrontar demandas cotidianas. Sin embargo, esta proporción representó menos de un tercio de la muestra, evidenciando que las familias funcionalmente óptimas constituyeron una minoría. De manera crítica, el 4,9% de las familias presentó riesgo alto, una situación de crisis familiar que demandaba atención inmediata y especializada. Aunque numéricamente pequeño, este porcentaje representó aproximadamente 3 familias en

situación de alta vulnerabilidad con múltiples factores de riesgo acumulados.

La distribución global del riesgo mostró que más del 70% de las familias presentaba algún grado significativo de vulnerabilidad (amenazada o riesgo alto), lo cual evidencia la necesidad de programas institucionales de apoyo psicosocial dirigidos a la población estudiantil y sus familias.

Figura 1. Clasificación del riesgo familiar total según el instrumento RFT 5
- 33



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio permitieron comprender de manera integral cómo los factores familiares influyeron en el desarrollo académico, emocional y social de los adolescentes evaluados. La alta proporción de familias clasificadas como amenazadas y el porcentaje de disfunción familiar evidenciaron condiciones estructurales y afectivas que pudieron comprometer el bienestar y desempeño escolar, lo cual coincide con lo planteado por Amaya de Peña (2004), quien sostiene que la acumulación de condiciones psicoafectivas adversas, problemas económicos y dificultades en el manejo de menores incrementa el riesgo familiar total y afecta el funcionamiento del hogar.

La predominancia de afectación en la dimensión socioeconómica se alineó con los postulados de Camargo y Pabón (2017), quienes argumentan que la precariedad económica limita la capacidad familiar para satisfacer necesidades fundamentales, ejercer prácticas de cuidado y sostener una dinámica familiar saludable. Asimismo, Cortés-Ayala et al. (2013) señalan que las desventajas socioeconómicas pueden repercutir en el rendimiento escolar y en la estabilidad emocional del adolescente, patrones que también fueron observados en esta población estudiantil.

El uso del instrumento RFT: 5-33 y del APGAR familiar en este estudio reafirmó la pertinencia de su aplicación en contextos escolares, dado que permitieron identificar factores críticos y clasificar a las familias según su nivel de riesgo. Esto concuerda con la perspectiva de Amaya de Peña (2004), quien resalta la utilidad del RFT como herramienta diagnóstica y preventiva para detectar de forma temprana situaciones familiares que puedan derivar en consecuencias negativas para los menores. Del mismo modo, el APGAR familiar facilitó la evaluación del apoyo emocional percibido, evidenciando altos niveles de disfunción y resaltando la necesidad de fortalecer las relaciones intrafamiliares.

La mayor presencia materna frente a la paterna observada en este estudio también ha sido descrita en investigaciones previas, donde se reconoce que las madres suelen asumir la mayor carga de cuidado, lo que puede sobrecargar su rol y afectar el clima familiar (Torres & Pérez, 2016). Esta situación, sumada a condiciones socioeconómicas limitadas, puede generar mayor tensión emocional en el hogar y afectar el acompañamiento escolar del adolescente.

Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias desde la enfermería escolar orientadas al

fortalecimiento familiar, la promoción del autocuidado, el desarrollo de factores protectores y la intervención temprana en dinámicas de riesgo. La articulación entre escuela, familia y comunidad se convierte en un componente fundamental para promover entornos seguros y protectores.

Los resultados obtenidos permiten orientar estrategias dirigidas a fortalecer las relaciones familiares, mejorar redes de apoyo, fomentar la corresponsabilidad parental y promover ambientes saludables que apoyen la permanencia escolar. Asimismo, se destaca la necesidad de fortalecer políticas institucionales y programas de bienestar estudiantil basados en evidencia.

CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar que la mayoría de los adolescentes evaluados provenían de hogares con condiciones familiares que representaron un nivel de riesgo significativo para su bienestar integral. Las dimensiones socioeconómicas y de acceso a servicios de salud se destacaron como factores críticos que influyeron en la dinámica familiar y en el entorno de desarrollo de los estudiantes, lo cual reafirmó el impacto de los determinantes sociales sobre la salud y el desempeño escolar.

La valoración realizada mediante el instrumento RFT: 5-33 evidenció la presencia de múltiples factores acumulativos que situaron a gran parte de las familias en una condición de amenaza, lo que sugiere la necesidad de estrategias de acompañamiento preventivo y seguimiento continuo desde el ámbito escolar y comunitario. Asimismo, la aplicación del APGAR Familiar permitió reconocer limitaciones en la funcionalidad familiar percibida, resaltando la importancia

del apoyo emocional y la cohesión familiar para el adecuado desarrollo del adolescente.

Por último, se concluyó que los adolescentes no solo enfrentaron retos académicos propios de su etapa escolar, sino también exigencias relacionadas con factores familiares y contextuales que pudieron afectar su rendimiento, estabilidad emocional y bienestar general. La mayor presencia materna en los hogares evaluados sugiere una distribución desigual de roles parentales, con posibles implicaciones en la carga de cuidado y acompañamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaya de Peña, P. (2004). Instrumento de Riesgo Familiar Total: RFT-5-33. Universidad Nacional de Colombia.
- Calderón, P., & Ruiz, E. (2021). Riesgo familiar en el contexto colombiano: Aplicación de herramientas diagnósticas. *Revista de Estudios Familiares*, 19(4), 200–215.
- Camargo Hernández, K. C., & Pabón Varela, Y. (2017). Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de NANDA. *Enfermería Global*, 16(45), 457–468.
- Cortés-Ayala, L., Hernández-Bringas, H. H., & Mejía-Arango, S. (2013). Estructura familiar y rendimiento académico en adolescentes mexicanos. *Salud Pública de México*, 55(6), 642–649.
- Díaz, A., & Rodríguez, M. (2015). Dinámicas familiares y su influencia en el desarrollo de adolescentes. *Psicología y Salud Familiar*, 22(3), 20–33.
- Martínez-Pampliega, A., Iturbide, L., & Sanz, M. (2020). Empatía y comunicación familiar: Factores protectores en el desarrollo adolescente. *Psychosocial Intervention*, 29(1), 31–38.

Manosalva Rodríguez, L., & Villamizar Prieto, J. (2021). Factores familiares y rendimiento académico en estudiantes de educación básica. Universidad Cooperativa de Colombia.

Torres, L., & Pérez, J. (2016). Intervenciones familiares para reducir el riesgo en adolescentes con conductas de riesgo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17(1), 123-135.



UNIVERSIDAD
DE PAMPLONA

ISSN: XXXXXXXXX