

2021

REVISTA UNIREMHOS

Ciencia, Tecnología e Innovación



CONSEJO EDITORIAL

Wady Ramírez, Ph.D.
Rector

Dra. Fátima Hernández
Vicerrectora Académica

Lic. Ramón Orlando Jiménez
Director Departamento de Investigación

José Luis Adames, Ph.D.
Director PDIAC

Dr. Manuel Tejada Beato
Director Departamento de Postgrado

Mtra. Miriam Nova
Encargada de Proyectos

Licda. Mercedes Adames
Directora Depto. Curricular

Dr. José Antonio Peña
Director Escuela de Medicina

Mtra. Mariana Salazar
Directora Escuela de Enfermería

Mtra. Elva Báez
Coordinadora Académica

Mtra. Edorgina Vicioso
Directora Unidad de Educación Continua

“Dadme la verdad y os doy el mundo, vosotros sin la verdad destrozareis el mundo, y yo, con la verdad, tantas veces reconstruiré el mundo cuantas veces lo hayáis destrozado”.

Don Eugenio María de Hostos

EDITORIAL

En este contexto de cambios tecnológicos, de promoción y de apoyo a la investigación en nuestro país, la UNIREMHOS asume el compromiso de fortalecer el desarrollo de la producción y difusión de la investigación científica y tecnológica.

En consecuencia, la UNIREMHOS ha decidido profundizar un conjunto de acciones encaminadas a fortalecer la difusión del conocimiento científico producido en este centro académico a través de la reedición de su Revista UNIREMHOS. Cabe destacar el apoyo a los investigadores, posibilidades de financiamiento de proyectos de investigación a través de organismos nacionales y de cooperación internacional, la adecuación de la infraestructura física y tecnológica, como es la construcción del Hospital de Simulación y Robótica de la UNIREMHOS y, finalmente, la reestructuración y fortalecimiento del Departamento de Investigación.

La revista constituye uno de los principales medios de difusión de la labor científica de nuestra universidad, por eso reeditamos la revista con esta nueva versión digital, que supondrá una más rápida y mayor difusión y acceso al conocimiento generado desde la UNIREMHOS.

Es de interés, dentro de las políticas de publicación de la UNIREMHOS, que investigadores, docentes y estudiantes aprovechen este medio a los fines de presentar artículos científicos de sus áreas investigativas que den respuesta a las políticas de investigación expresadas como prioritarias en las Estrategias de Desarrollo Nacional del Estado Dominicano.

Wady Ramírez, Ph.D.

Rector de la UNIREMHOS

CONTENIDO

Artículos científicos

CONTENIDO

JEFAS DE HOGAR VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN SABANA PERDIDA CENTRO (JULIO 2020).....	4
RELACIÓN ENTRE EL PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD Y LA ESTANCIA PROLONGADA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DR. ALEJANDRO CABRAL SAN JUAN DE LA MAGUANA FEBRERO-ABRIL 2018.....	21
PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD ANTE EL COVID-19 UTILIZADAS POR EL PERSONAL DE SALUD Y PERCEPCIÓN SOBRE LAS FACILIDADES DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN OFRECIDAS POR LA GERENCIA EN DOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS DEL DISTRITO NACIONAL (DICIEMBRE 2020).....	34

Artículo de opinión sobre la ciencia

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ¿PURA O APLICADA?.....	50
---	----

JEFAS DE HOGAR VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN SABANA PERDIDA CENTRO (JULIO 2020)

AUTORES: *Disla María Pérez (MA) y Ramón Orlando Jiménez (MA)*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra aleatoria de 150 jefas de hogar para conocer el comportamiento de la violencia en jefas de hogar en el sector de Sabana Centro, Sabana Perdida del municipio Santo Domingo Norte, agosto, 2020. **Resultados:** El 50% de las jefas de hogar son menores de 35 años, un 16.7% menores de 25 años, el 28% cuenta con un nivel básico y un 57.3% tiene un nivel superior, laboran en actividades de baja rentabilidad tales como ama de casa, empleadas públicas o del sector privado o trabajan por cuenta propia y de limitados ingresos. El 45% de las jefas de hogar han sido violentadas o maltratadas, pesando más el décadas ha tomado mayor relevancia al aumentarse los casos de la misma por lo que el Estado y la sociedad deben tomar las medidas necesarias para su erradicación ya que la misma conlleva a conductas no deseadas dentro del ámbito familiar.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out in a random sample of 150 female heads of household to know the behavior of violence in female heads of household in the Sabana Centro sector, Sabana Perdida of the Santo Domingo Norte municipality, August, 2020. Results: The 50% of the heads of household are under 35 years old, 16.7% under 25 years old, 28% have a basic level and 57.3% have a higher level, they work in low-profit activities such as housewives, public or private sector employees or self-employed with limited income. 45% of the female heads of household have been violated or mistreated, the abuse weighing more heavily due to shouting or verbal threats and psychological abuse, in 23.5% of these cases the aggressor was under the influence of alcohol. Physical aggression was present in 19.1% of

maltrato por gritos o amenazas verbales y el maltrato psicológico, en el 23.5% de estos casos el agresor estuvo bajo los efectos de alcohol. La agresión física estuvo presente en el 19.1% de los casos. El motivo de la agresión fueron los celos (36.8%) el esposo fue el principal agresor (72.2%), seguido de los hijos (14.7%) y del padre (13.2%). El 17.6% de las víctimas de maltrato lo denunció cuando fue agredida, mientras que el 82.4% no hizo nada al respecto. Se concluye que la violencia intrafamiliar es una conducta que ha venido dando a lo largo de la historia de la sociedad como pero que en las últimas

Palabras claves. *Jefas de hogar, Violencia intrafamiliar, Maltrato*

the cases. The reason for the aggression was jealousy (36.8%), the husband was the main aggressor (72.2%), followed by the children (14.7%) and the father (13.2%). 17.6% of the victims of abuse reported it when they were attacked, while 82.4% did nothing about it. It is concluded that domestic violence is a behavior that has been occurring throughout the history of society but that it In recent decades it has become more relevant as the cases of it have increased, so the State and society must take the necessary measures for its eradication since it leads to unwanted behaviors within the family environment.

Keywords. Heads of household, Domestic violence, Abuse

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar y el maltrato dentro del ámbito familiar no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que ha sido una característica de la vida familiar, aceptada desde tiempos remotos. La violencia intrafamiliar es un fenómeno que ocurre en diversas sociedades, y en cualquier nivel socio económico. Sin embargo, algunas décadas atrás, expresiones tales como niños maltratados, mujeres golpeadas o abuso sexual tal vez habrían sido comprendidas, pero consideradas como sinónimo de graves problemas sociales.

La violencia familiar comenzó a tematizarse como problema social grave a comienzos de los años 60, cuando algunos autores describieron el síndrome del niño golpeado, redefiniendo los malos tratos hacia los niños. El tratamiento periodístico de estos casos, en una época en que los medios de comunicación comenzaban a mostrar su poder de penetración, contribuyó a generar un incremento de la conciencia pública sobre un problema.

En el comienzo de los años 70, la creciente influencia del movimiento feminista resultó decisiva para atraer la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres. Progresivamente, se comenzó a descender el velo sobre otros fenómenos mucho más extendidos de lo que se creía: por ejemplo, el abuso sexual de los niños y las diversas formas de maltrato hacia los ancianos. Hasta no hace mucho tiempo, la violencia familiar era considerada como un fenómeno poco frecuente, catalogado como anormal y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos.¹

María del Pilar F., Cristina A., María A., (2019). Universidad Nacional de Asunción, Cátedra de Psiquiatría. en su estudio ***Niños, niñas y adolescentes testigos de violencia doméstica***, exploró en una población de mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal la exposición de sus hijos e hijas menores de 18

años como testigos de violencia doméstica. En los 635 hogares seleccionados se encontró que el 71,8 % (456) de los 635 hogares, la población fue testigo de violencia psicológica. Respecto a la violencia física, se encontró en un 26,9 % (171) de los hogares.

Víctor P., Tatiana P., Oscar A., (2019), en su estudio descriptivo, de corte transversal sobre ***“Caracterización de la violencia doméstica en parejas disfuncionales cubanas”***, realizado en el policlínico capitalino “Ana Betancourt” durante el año 2017, en una muestra representada por 30 parejas, escogidas por criterios de selección, constató maltrato psicológico en 60 % de las parejas y maltrato combinado en 40 %. En ambas modalidades, la totalidad señaló que el castigo ocurrió en seis o más ocasiones durante el último año, y a la figura masculina como victimaria, en más de la mitad de las veces, la cual, 33,3 % estaba bajo el efecto del alcohol. La totalidad refirió, casi siempre, discusiones en el hogar y declaró nunca utilizar la negociación para intentar solucionar conflictos; 43,3 % señaló las relaciones afectivas de precaria calidad como el principal factor de riesgo familiar asociado al actual patrón de violencia doméstica.²

Rita Q., Yanelis N., Lidia S., (2019). en su investigación ***Intervención educativa sobre violencia intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales***, estudio cuasi experimental realizado en el Policlínico Docente «Marta Martínez Figuera» ubicado en Güines, Mayabeque, en una muestra de 178 familias disfuncionales. evidenciaron que la ingestión de alcohol fue la condición en el medio familiar más asociada a violencia, los golpes y/o castigos físicos fueron la principal manifestación de maltrato infantil, la persona del núcleo que más propició el maltrato fue la madre, los niños hiperactivos fueron los más vulnerables y

¹Carbajal Rodríguez, L. R. (2019). Violencia intrafamiliar. Un punto de vista. [citado; 03 de febrero 2020] disponible en; <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1511>

²Martínez, P., Tadeo, V., de la Vega Pažitková, T., Montero, A., Antonio, O., & Royano Larroque, P. A. (2019). Caracterización de la violencia doméstica en parejas disfuncionales cubanas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1).

reconocieron el maltrato físico como forma más frecuente.³

Rey M., (2019). en su estudio descriptivo, analítico, transversal, prospectivo sobre calidad de vida en mujeres que sufren violencia intrafamiliar en la Unidad de Medicina Familiar 61 Veracruz, en una muestra de 384 mujeres mayores de 18 años adscritas a esa unidad se les evaluó la presencia de violencia familiar resultando que la violencia intrafamiliar fue mayor violencia familiar en las mujeres de 30-34 años, además de que el 44 % de las mujeres con violencia familiar solo tenían la secundaria concluida y el 72 % son amas de casa.⁴

Alessandra G., Claudia G., Sarah B., en su investigación Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe, citan que en Latinoamérica existen pocas estadísticas sobre la violencia de género. En Nicaragua el 44 % de mujeres sufren violencia doméstica. En Colombia el 20% de las mujeres han sufrido maltrato físico dentro del hogar. En Argentina aproximadamente 37 de cada 100 mujeres reportan maltrato físico dentro del hogar. Más de la mitad de las mujeres de Latinoamérica y el Caribe sufren maltrato en el hogar.⁵

Ricopa Murayari, J. L., Espinoza, R., Shirly, B., Ayarza, S., & Jazmín, R., (2019). en su investigación característica de la violencia intrafamiliar en mujeres que acuden al Centro de Emergencia Mujer, en una muestra establecida en 184 usuarias presentó los siguientes resultados: el 67.9 % indicó haber sido agredida por su conviviente; el tipo de violencia que predominó en el 51.6 % fue la agresión física; en el 64.7 % la violencia tuvo una frecuencia de siempre; el 47.8 % identifica a los celos como causa de la agresión; la medida que adoptó el 50.6 % (93) tras la agresión fue hacer la denuncia correspondiente; el 48.9 % refiere que el motivo por el que denunció la violencia intrafamiliar fue por miedo a ser asesinada por su agresor; 36.4 %

realizó la denuncia de tres a más veces; el 71.7 % identificó como una consecuencia de la violencia intrafamiliar las lesiones físicas; respecto a la etapa de atención, el 43.5 % se encontró recibiendo apoyo legal; finalmente, en relación a los sentimientos que experimentaron las mujeres después de recibir apoyo en el Centro Emergencia Mujer, el 84.7% manifestó sentirse tranquila.

La violencia familiar en sectores pobres como el de Sabana Centro del Sector Sabana Perdida en el municipio de Santo Domingo Norte República Dominicana, se transforma en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales. De ningún modo podemos reducir nuestra comprensión del problema a variables culturales o psicológicas. Una respuesta para prevenir esta problemática debe considerar variables de diversas órdenes: políticas, económicas, jurídicas, sociales, Más allá de esta complejidad casual, está lo irrefutable: el fenómeno existe y representa un grave problema social.

En vista de la importancia que reviste el conocimiento de este creciente y complejo problema de violencia intrafamiliar, este estudio se limitará a estudiar a las jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Centro, agosto, 2020.

A pesar de que en los últimos años se ha trabajado mucho en sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de denunciar los actos de violencia, existen escasas estadísticas que midan con exactitud la incidencia de la violencia contra la niñez y la mujer en el país. La mayoría de estos actos de violencia siguen ocurriendo sin formar parte de las estadísticas oficiales; menos aún, si éstos ocurren en el hogar o en el lugar de trabajo de aquellos que sufren la violencia, y son encubiertos como costumbres o prácticas rutinarias. Ejemplo de esto lo revela la Encuesta ENHOGAR 2006, donde el 37.7 % de los

³Sanabria, R. M. Q., Díaz, Y. N., Gutiérrez, L. S., & Cruz, W. V. (2019). Intervención educativa sobre violencia intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales. *Medimay*, 26(1), 30-42.

⁴Cruz, M., & David, R. (2019). Calidad de vida en mujeres que sufren violencia intrafamiliar en la Unidad de Medicina Familiar 61 Veracruz (Doctoral

dissertation, Universidad Veracruzana. Región Veracruz. Facultad de Medicina).

⁵Alessandra G., Claudia G., Sarah B., Latinoamérica existen pocas estadísticas sobre la violencia de género. Citado 03 de febrero 2020. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>.

entrevistados dijo castigar con golpes a sus hijos cuando éstos se “portan mal”.⁶

La Procuraduría General de la República en su informe sobre feminicidios en el país, desde enero a septiembre del presente año se produjeron 128 feminicidios, lo que equivale a un impresionante aproximado de 15 asesinatos de mujeres mensualmente. Más claramente, 1 mujer es asesinada cada 2 días.

Es preocupante el número de niñas, niños y mujeres víctimas de violencia, a pesar de la penalización de los actos de violencia descritos tanto en la Ley 24-97 contra la violencia intrafamiliar, como en la Ley 136-03. Esta situación está alejada del cumplimiento no sólo de las leyes nacionales sino de importantes metas y acuerdos internacionales, entre los cuales se puede citar el tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio que es promover la

igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

Por su importancia de este creciente problema y por tratarse un tema prioritario de las políticas sociales y de salud, la presente investigación indaga sobre cuál es el comportamiento de la violencia en jefas de hogar en el sector de Sabana Centro, Sabana Perdida del municipio Santo Domingo Norte, agosto, 2020, por lo que aborda una descripción del perfil sociodemográfico de las jefas de hogares encuestadas, describe el tipo de maltrato que sufrieron las jefas de hogares encuestadas, los motivos de los agresores para actuar de manera violenta; la relación o parentesco de quien ejerce la agresión y si las jefas de hogares que fueron agredidas buscaron algún tipo de ayuda.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con recopilación de datos prospectivo para evaluar la violencia en jefas de hogar en el barrio o sector de Sabana Centro, Sabana Perdida, Santo Domingo Norte, agosto 2020.

Población

El universo estuvo conformado por todas las jefas de hogar que residen habitualmente al momento del estudio en el barrio o sector de Sabana Centro de Sabana Perdida, se estima que para el 2020 el número de hogares en este sector es de alrededor de 1600 hogares.

Muestra

La muestra estuvo representada por 150 jefas de hogar del sector Sabana Perdida Centro, calculadas a partir del procedimiento estadístico de muestreo StatCal de Epi-Info en las que se estima un nivel de confiabilidad de un 95 por ciento y un máximo error permitido para las estimaciones de un 5 por ciento; considerando una probabilidad mínima de un 20 por ciento de

jefas de hogar que han sido víctimas de violencia familiar.

Criterios de inclusión y de exclusión

Fueron incluidos en este estudio a todas las jefas de hogar que viven habitualmente en el barrio Sabana Centro durante el periodo de estudio y excluidas a todas las personas que no son jefas de hogar o que no residen habitualmente en el barrio Sabana Centro, aquellas que se negaron a participar o que no estaban en capacidad mental para contestar la encuesta.

Material y métodos

Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas que incluyen a todas las variables de interés definidas en los objetivos de esta investigación.

Las viviendas fueron seleccionadas con un intervalo de selección de una por cada 10 viviendas del barrio o sector ($I = N_h/n_h$)

Los datos recopilados fueron digitados y procesados mediante el uso del software para análisis estadístico en Ciencias Sociales SPSS-25.0 For Windows, los gráficos estadísticos

⁶Loreta A., Unicef república dominicana., [citado 04 de febrero 2020] disponible en;

https://www.unicef.org/republicadominicana/protection_10456.htm

elaborados mediante el uso del módulo de Excel del Microsoft Office. Se utilizaron medidas estadísticas de tendencia central y de dispersión, distribuciones de frecuencias y análisis de asociación mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson al 95 por ciento de confiabilidad.

Criterios éticos

La presente investigación y manejo de los datos, fue realizada con total apego a los criterios de estricta discreción, honestidad y confiabilidad. En todo momento se trató con respeto al informante y se respetó su derecho a no participar en el estudio, a no responder preguntas o su derecho a decidir a no seguir participando en el llenado de la encuesta.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico de las jefas de hogares

Uno de los objetivos de esta investigación estuvo dirigido en conocer algunos aspectos del perfil sociodemográfico de las jefas de hogar de Sabana Perdida Centro por lo que se indagó a las 150 jefas de hogar entrevistadas sobre la edad, su nivel de escolaridad, ocupación, ingreso y religión.

El Cuadro 1 destaca la distribución de las jefas de hogar según grupo de edad donde se observa que son relativamente jóvenes donde más del 50% son menores de 35 años, destacándose un 16.7% menores de 25 años y solo un 14%, mayores de 45 años.

En cuanto a la escolaridad se observa resultados similares a los observados en las distintas encuestas demográficas donde apenas el 3.3% de las 150 jefas de hogar entrevistadas no tiene ningún nivel de escolaridad y el 28% cuenta con un nivel básico, un 11.3% cuenta con educación media y un porcentaje significativo 57.3% tiene un nivel superior probablemente explicado por el efecto que ejerce la edad de estas jefas de hogar, que tal como se indicó, son la mayoría jóvenes.

Los resultados observados relacionados con la ocupación de estas jefas de hogar muestran que laboran en actividades de baja rentabilidad tales como ama de casa con el 18% de las jefas entrevistadas, un 60% ejercen empleos en instituciones públicas o privadas, el 11.3% trabajan por cuenta propia y hay un 10.7% que no labora al momento de la encuesta.

El perfil de ingreso indica que un 27.3% percibe menos de RD\$10 mil pesos al mes, alrededor de una cuarta parte de ellas (24.7%) perciben entre RD10,000-15,000 y solo el 17.3% tiene ingresos superiores a los RD\$20 mil pesos, explicado esto por la calidad del empleo que estas ejercen, tal como anteriormente se indicó.

En lo que concierne a la religión, cabe destacar que la mayoría profesa la religión católica para un 36%, el 23.3% se definieron como evangélico/cristianos (18%) o testigo de Jehová (5.3%), sin embargo, el 27.3% manifestó no profesar ninguna religión y el 13.3% no opinó al respecto (Cuadro 1).

Cuadro 1: Jefas de hogar entrevistadas, según grupos de edad. Sabana Centro, Sabana Perdida, julio 2020

Perfil	Total	%
Grupos de edades		
< 24	25	16.7
25-34	55	36.7
35-44	49	32.7
45 +	21	14.0
Escolaridad		
Ninguno	5	3.3
Básica	42	28.0
Media	17	11.3
Superior	86	57.3
Ocupación		
Ama de casa	27	18.0
Empleada pública	31	20.7
Empleada privada	59	39.3
Trabajadora por cuenta propia	17	11.3
No trabaja	16	10.7
Ingreso		
< 5000	6	4.0
5000 - 9999	35	23.3
10000 - 14999	37	24.7
15000 - 19999	46	30.7
20000 y más	26	17.3
Religión		
Ninguna	41	27.3
Católica	54	36.0
Evangélica /Cristiana	27	18.0
Testigo de Jehová	8	5.3
No sabe/no responde	20	13.3
Total	150	100.0

Edad promedio 34.11 años ± 9.46De

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

Es conocido el rol que juega el tipo de familia en las manifestaciones de hechos de violencia intrafamiliar. Cabe destacar que el mayor porcentaje de jefas de hogar proviene de una familia nuclear con un 66.7%, el 24% su familia es monoparental, y el 9.3% constituye una familia sin hijos (Cuadro 2).

Cuadro 2: Jefas de hogar entrevistadas, según tipo de familia.

Tipo de familia	Total	%
Familia monoparental	36	24.0
Familia nuclear	100	66.7
Familia sin hijos	14	9.3
Total	150	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de Violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

En lo que concierne al tipo de comunicación establecida en el hogar, se destaca en el Cuadro 3, que la mayoría de las jefas de hogar entrevistadas (58%) consideran que existe una comunicación afectiva, el 27.3% la considera un poco afectiva y en el 14.7% de los casos, afirmaron que existe falta de comunicación en el hogar.

Cuando se analiza cómo se establece el tipo de comunicación de acuerdo al tipo de familia, cabe destacar, que en aquellas familias que son monoparental o nuclear más del 60% de las entrevistadas sienten que la comunicación es más afectiva, en cambio, esto es apenas el 28.6% de aquellas jefas de familia sin hijo tal como se muestra en el Cuadro 3.

Cuadro 3: Distribución de las jefas de hogar entrevistadas, según Tipo de familia y tipo de comunicación.

Tipo de Familia	Tipo de comunicación						Total	%
	Afectiva		Un poco afectiva		Falta de comunicación			
	Total	%	Total	%	Total	%		
Familia monoparental	23	63.9%	10	27.8%	3	8.3%	36	100.0%
Familia nuclear	60	60.0%	25	25.0%	15	15.0%	100	100.0%
Familia sin hijos	4	28.6%	6	42.9%	4	28.6%	14	100.0%
Total	87	58.0%	41	27.3%	22	14.7%	150	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 6.648 $p = 0.156$ Ns

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

Maltrato en jefas de hogar

Uno de los objetivos centrales de este estudio tiene que ver con conocer la prevalencia de hechos de violencia o maltrato a jefas de hogar en el sector Sabana Centro. Los resultados mostrados en el Cuadro 4 muestran que una importante cantidad de jefas de hogar sufren estas consecuencias ya que de las 150 mujeres entrevistadas 68 de ellas para el 45.3% manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia o de maltrato.

Al relacionar el maltrato o violencia con el tipo de familia es evidente que las jefas provenientes de hogar de familia sin hijos son las que tienen mayores riesgos de la ocurrencia de maltratos o de hechos de violencia, tal como se muestra en el Cuadro 4 donde este riesgo es de casi dos veces mayor que aquellas de familias monoparentales y de 1.6 veces mayor que las de origen nuclear ($X^2=5.07$; $p = 0.079$).

Cuadro 4: Jefas de hogar entrevistadas, según tipo de familia y si ha sufrido algún tipo de maltrato en el hogar.

Tipo de familia	¿Ha sufrido algún tipo de maltrato en el hogar?					
	Si		No		Total	%
	Total	%	Total	%		
Familia monoparental	13	36.1%	23	63.9%	36	100.0%
Familia nuclear	45	45.0%	55	55.0%	100	100.0%
Familia sin hijos	10	71.4%	4	28.6%	14	100.0%
Total	68	45.3%	82	54.7%	150	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 5.087 $p = 0.079$ Ns

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

Un hecho a destacar es que el tipo de comunicación juega un papel bastante importante en la ocurrencia de estos hechos, tal como lo revela el Cuadro 5. En aquellas jefas de hogar que opinaron que provienen de un hogar donde hay falta de comunicación, en el 100% de ellas (22 jefas) manifestaron haber sufrido algún tipo de maltrato o hecho de violencia en el hogar,

en las 41 jefas que opinaron que la comunicación es un poco afectiva el 85.4% lo han sufrido, en cambio, solo el 12.6% de las 87 jefas provenientes de hogares donde existe una comunicación afectiva la han padecido, siendo estas diferencias observadas estadísticamente muy significativas ($X^2 = 90.558$; $p = 0.0000$)

Cuadro 5: Jefas de hogar entrevistadas que han sufrido algún tipo de maltrato, según tipo de comunicación en el hogar.

Tipo de comunicación	¿Ha sufrido algún tipo de maltrato en el hogar?					
	Sí		No			
	Total	%	Total	%	Total	%
Afectiva	11	12.6%	76	87.4%	87	100.0%
Un poco afectiva	35	85.4%	6	14.6%	41	100.0%
Falta de comunicación	22	100.0%	0	0.0%	22	100.0%
Total	68	45.3%	82	54.7%	150	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 90.558 p = 0.0000

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

En cuanto a forma de maltrato, de las 68 jefas de hogar que declararon haber sufrido algún tipo de maltrato o de violencias, las principales formas fueron gritos o amenazas verbales declaradas haber recibido por el 33.8% de ellas, seguido de

maltrato psicológico (29.4%), una de cada cinco recibió maltrato físico (19.1%) y en menor cantidad, fueron maltratadas económicamente (11.8%) o recibieron violencia sexual (5.9%), tal como se muestra en el Cuadro 6.

Motivos de los agresores para actuar de manera violenta

También fue de interés conocer cuáles son los principales motivos que tiene el agresor para actuar de manera violenta. De las 68 jefas de hogar que han sufrido violencia, se destaca que

un total de 42 mujeres para el 61.8% han sufrido violencia por discusiones y 25 de ellas para el 36.8% el hecho fue por causa de celos (Cuadro 7).

Cuadro 6: Jefas de hogar entrevistadas, según qué tipo de maltrato en el hogar sufrió

Qué tipo de maltrato	Total	%
Gritos o amenazas verbales	23	33.8
Psicológico	20	29.4
Físico	13	19.1
Económico	8	11.8
Sexual	4	5.9
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

Al ser cuestionada sobre bajo qué efecto se produjo el hecho de maltrato o violencia el 48.5% han sufrido violencia por discusiones en el hogar, un total de 16 jefas de hogar han sufrido violencia por causa del alcohol y cinco (5) casos

Cuadro 7: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según cuál fue la causa de la violencia

Causa	Total	%
Celos	25	36.8
Discusiones	42	61.8
Otra	1	1.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto

se produjo por estar el agresor bajo efecto de drogas (7.4%), cabe destacar, que una de cada cinco (20.6%) fueron agredidas sin que el agresor estuviese ningún efecto de alcohol o de drogas (Cuadro 8).

En lo que concierne a quien en el hogar ejerce la violencia, mayormente, en el 72.1% de estos casos, el agresor es el esposo, seguido por los

hijos en el 14.7% de estos hechos y del padre (13.2%) tal como se observa en el Cuadro 9.

Cuadro 8: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según bajo que efecto se produjo ese maltrato o violencia

Bajo que efecto	Total	%
Discusiones en el hogar	33	48.5
Alcohol	16	23.5
Droga	5	7.4
Ningún efecto	14	20.6
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020.

Cuadro 9: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según quién generalmente ejerce la violencia o maltrato

Quién la ejerce	Total	%
El esposo	49	72.1
Padre	9	13.2
Hijos	10	14.7
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

También se indagó a estas jefas de hogar sobre la frecuencia del tiempo en que se producen las discusiones resultando que ocurren más frecuente cada quince días para el 42.6%,

semanal (29.4%) y mensual (23.5%), sin embargo, se destaca que hay tres (3) de estas mujeres afirmaron que son agredidas todos los días (Cuadro 10).

Cuadro 10: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según con qué frecuencia discute con su agresor

Frecuencia	Total	%
Diario	3	4.4
Semanal	20	29.4
Quincenal	29	42.6
Mensual	16	23.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

Cuadro 11: Distribución de las jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según qué hizo cuando se sintió agredida.

Qué hizo	Total	%
Denuncio la violencia	12	17.6
No la denunció	56	82.4
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

Tipo de ayuda buscan las jefas de hogar que son agredidas

Uno de las acciones que contribuyen a disminuir o prevenir los hechos de violencia lo constituye la denuncia de estos hechos por lo que resulta preocupante que solo 12 de estas 68 mujeres víctimas de maltrato (17.6%) lo denunció cuando fue agredida, sin embargo, el 82.4% no hizo nada

al respecto (Cuadro 13). De las 12 que denunciaron este maltrato un total de 5 jefas de hogar realizó la denuncia una sola vez para un porcentaje de 41.7% y siete de ellas 2 veces (Cuadro 11).

Al ser indagadas las jefas de hogar víctimas de maltrato o de violencia acerca de cómo se sintió después de haber realizado la denuncia, de las 12 jefas que denunciaron este hecho, nueve (9) de ellas para el 75% manifestó sentirse más tranquila, una (1) algo tranquila y otra opinó sentirse insegura (Cuadro 12).

Uno de los factores que ayudan a entender o explicar los motivos de la violencia en el hogar tiene que ver con los motivos por los cuales estos

Cuadro 12: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según cómo se sintió después de haber realizado la denuncia.

Se sintió	Total	%
Más tranquila	9	75.0
Algo tranquila	1	8.3
Insegura	1	8.3
NR	1	8.3
Total	12	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020.

Cuando se indagó a las 68 mujeres víctimas de maltrato en el hogar es importante señalar, que la mayoría, el 61.8% no hizo absolutamente nada, el 16.2% llamó al 911, un total de 8 mujeres afirmó que llamó a un familiar para contarle lo sucedido para un porcentaje de 11.8% y cinco (5) llamó al servicio de atención de violencia domestica para un porcentaje de 7.4%, según se observa en el Cuadro 14.

Cuadro 14: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según que hizo cuando fue agredida.

Que hizo	Total	%
Llamó al 911	11	16.2
Llamó a un familiar	8	11.8
Servicio de Atención a la Violencia Doméstica	5	7.4
Llamó a un amigo / vecino	2	2.9
No hizo nada	42	61.8
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020.

hechos no se denuncian oportunamente. De las 56 jefas de hogar que fueron maltratadas, pero decidieron no denunciar este hecho, las razones que expusieron tienen que ver, en orden de importancia, para no llevara al agresor a la justicia (66.1%), no perder el sustento en el hogar (19.6%) y por miedo a ser asesinada por su agresor (12.5%). Se destaca que la mayoría de las víctimas no denuncian la violencia por razones ligadas a factores de orden psicológico y económico tal como se muestra en el Cuadro 13).

Cuadro 13: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según por qué no lo denunció.

Por qué no lo denunció	Total	%
Por miedo a ser asesinada por su agresor	7	12.5
Para no llevar a la justicia al agresor	37	66.1
Para no perder el sustento del hogar	11	19.6
No sabe/no responde	1	1.8
Total	56	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020.

En lo que concierne a los efectos que le originó ser maltratada o violentada, 24 jefas de hogar contestaron que los hechos de violencia le originaron trastornos de la conducta, para un porcentaje de 35.3%, una de cada cuatro jefas maltratadas (25%) afirmó sentirse frustrada, el 17.6% le originó trastornos en el estado de ánimo, el 16.2% impulsividad y tres de ellas (4.4%) se sintieron celosas (Cuadro 15).

Cuadro 15: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según que le origina o le originó el hecho de violencia.

Le origina(o)	Total	%
Trastorno de conducta	24	35.3
Frustración	17	25.0
Estado de ánimo	12	17.6
Impulsividad	11	16.2
Celos	3	4.4
Otros	1	1.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020

A las 68 mujeres víctimas de maltratado también se les cuestionó sobre en presencia de quién ocurrió el hecho de violencia. Cabe destacar el importante porcentaje de estas mujeres que fueron maltratadas en presencia de niños en el hogar, una de cada cinco (20.6%) así lo afirmó, situación está que además de los traumas

psicológico que le causa al niño contribuye a la circularidad de la violencia en el hogar. Igualmente se observa que el 39.7% de estos hechos fue en presencia de otros miembros del hogar, en presencia de vecinos o amigos ocurrió el 16.2% de estos casos (Cuadro 16).

Cuadro 16: Jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, según en presencia de quien ocurrió el hecho de violencia.

En presencia	Total	%
Hay presencia de niños	14	20.6
De otros miembros del hogar	27	39.7
Vecinos	6	8.8
De amigos	5	7.4
Ninguno	16	23.5
Total	68	100.0

Fuente: Cuestionario jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar en Sabana Perdida Centro, agosto, 2020.

Discusión

Fueron entrevistadas 150 jefas de hogar en el Sector Sabana Centro de Sabana Perdida en el Municipio Santo Domingo Norte. Los resultados muestran que las jefas de hogar son relativamente jóvenes donde más del 50% son menores de 35 años, destacándose un 16.7% menores de 25 años, donde el 28% cuenta con un nivel básico y un porcentaje significativo 57.3% cuenta con un nivel superior, laboran en actividades En lo que concierne al propósito fundamental de este estudio, los resultados revelan que de las 150 jefas de hogar entrevistadas el 45% afirmaron ser violentadas o maltratadas, pesando más el maltrato por gritos o amenazas verbales y el maltrato psicológico, que combinado representan más del 60% y que en el 23.5% de estos casos el agresor estuvo bajo los efectos de alcohol, de baja rentabilidad tales como ama de casa (18%), empleadas públicas o del sector privado (60%) o trabajan por cuenta propia (11.3%) y de limitados ingresos donde más del 50% recibe menos de RD\$15,000 pesos mensuales producto de la escasa calidad del empleo que estas ejercen, resultados similares a los encontrados por Víctor P., Tatiana P., Oscar A., (2019) en su estudio descriptivo, de corte transversal sobre **Caracterización de la violencia doméstica en parejas disfuncionales**

cubanas, realizado en el policlínico capitalino “Ana Betancourt” durante el año 2017, que en una muestra representada por 30 parejas, escogidas por criterios de selección, constató maltrato psicológico en 60% de las parejas y en el 33,3% de estos hechos el agresor estaba bajo el efecto del alcohol, condición esta que favorece la ocurrencia de hechos de violencia tal como es evidenciado por Rita Q., Yanelis N., Lidia S.,(2019). en su investigación Intervención educativa sobre violencia intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales que, en una muestra de 178 familias disfuncionales, evidenciaron que la ingestión de alcohol fue la condición en el medio familiar más asociada a violencia.¹

También los resultados de esta investigación son muy coherentes con los encontrados por Alessandra G., Claudia G., Sarah B., en su investigación Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Latinoamérica que muestran que en Nicaragua el 44% de mujeres sufren violencia doméstica. Asimismo, el maltrato físico que en este estudio es de 19.1%, en Colombia representa el 20% de las mujeres han sufrido maltrato, en Argentina aproximadamente 37 de cada 100 mujeres reportan maltrato físico dentro del hogar,

concluyendo que más de la mitad de las mujeres de Latinoamérica y el Caribe sufren maltrato en el hogar según el estudio de Alessandra G, et. al.²

Los resultados de este estudio fueron superiores a los encontrados por Ricopa Murayari, et. al; (2019). en su investigación característica de la violencia intrafamiliar en mujeres que acuden al Centro de Emergencia Mujer, la cual revela que el 67.9% de esas mujeres indicó haber sido agredida por su conviviente; el tipo de violencia que predominó en el 51.6% fue la agresión física y el motivo de la agresión en el 47.8% de los casos fueron por celos. En nuestro estudio el 36.8% de los casos fueron por ese motivo.

De las 68 mujeres que recibieron maltrato en este estudio solo el 17.6% denunció el hecho, resultados muy superiores a este fue el arrojado por el estudio de Ricopa Murayari, et. al., que muestra que el 50.6% de las 93 mujeres denunciaron dicha agresión, pero se coincide al señalar que la principal causa por la cual no fue denunciado fue por miedo a ser asesinada por su agresor. También se resalta que en ambos estudios este hecho fue denunciado más de dos veces. En relación a los sentimientos que experimentaron las mujeres después de recibir apoyo en el estudio de Ricopa Murayari en el Centro de Emergencia Mujer, el 84.7% manifestó sentirse tranquila siendo coherente con los resultados de este estudio que revela que el 83.3% también afirmó sentirse muy tranquilo o algo tranquila.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Las jefas de hogar del Sector Sabana Centro de Sabana Perdida son relativamente jóvenes donde más del 50% son menores de 35 años, destacándose, un 16.7% menores de 25 años, el 28% cuenta con un nivel básico y un porcentaje significativo 57.3% cuenta con un nivel superior, laboran en actividades de baja rentabilidad tales como ama de casa, empleadas públicas o del sector privado o trabajan por cuenta propia y de limitados ingresos.

El 45% de las jefas de hogar han sido violentadas o maltratadas, pesando más el maltrato por gritos o amenazas verbales y el maltrato

Recomendaciones

Cómo se muestra en el contenido de toda la revisión teórica llevada a cabo, aún hoy en día es muy amplio el trayecto que debe ser recorrido en torno a la violencia intrafamiliar. Si bien es un fenómeno que los últimos años está cobrando una relevancia social, que por otro lado resultaba necesaria. Aún en la actualidad sigue existiendo un amplio desconocimiento sobre las características y variables que influyen y determinan que un hijo pueda agredir a su madre, el esposo llevado bajo los efectos del alcohol u otras sustancias puede agredir a su esposa. La secuela que deja en los niños el maltrato y violencia en el hogar, la frustración y el trauma, la vergüenza que causa ser víctima de violencia delante de familiares o amigos.

Otro factor es la escasez económica que se vive en muchos hogares, el nivel de escolaridad de las parejas y la falta de comunicación, todo esto influye en la violencia en el hogar.

Por tal razón en este estudio explica los diferentes tipos de agresiones en el ámbito social, en el que las jefas de hogar son víctimas de maltrato. por lo cual se debe promover acercamientos terapéuticos que aportan soluciones más eficaces al problema de la violencia intrafamiliar en las diferentes jefas de hogar que son víctimas de violencia para que entiendan cuál debe ser su actitud en caso de que reciban agresión o maltrato y acudan a buscar ayuda profesional.

psicológico, que combinado representan más del 60% y que en el 23.5% de estos casos el agresor estuvo bajo los efectos de alcohol. La agresión física estuvo presente en el 19.1% de los casos.

El motivo predominante de la agresión en el 36.8% de los casos fueron los celos y en el 72.2% el esposo fue el principal agresor, seguido de los hijos (14.7%) y del padre (13.2%)

Doce (12) de estas 68 mujeres víctimas de maltrato (17.6%) denunció la denunció cuando fue agredida, mientras que el 82.4% no hizo nada al respecto.

Propiciar acciones para el establecimiento de políticas orientadas a la defensa de los derechos individuales de las mujeres, en especial, aquellas dirigidas a erradicar cualquier forma de violencia contra la mujer.

Establecimiento de acciones de sensibilización y educación a nivel del sistema educativo y de las distintas organizaciones sociales para fomentar la prevención de los hechos de violencia intrafamiliar.

Fortalecer las instituciones legales que trabajan en la protección de los hechos de maltrato y violencia intrafamiliar.

Concientizar a las jefas de hogar a recibir ayuda psicológica en cuanto a la violencia en el hogar.

Motivar las juntas de vecinos y comunitarias hacer clubes de ayuda para las mujeres víctimas de violencia.

Reinserción social de la mujer.

Crear programas de ayuda en el sector con alianzas con el Ayuntamiento de Santo Domingo Norte para dar charlas y conferencias de violencia intrafamiliar.

Motivar a las jefas de hogar a buscar ayuda y denunciar los maltratos de violencia en el hogar.

Dar apoyo a los padres y madres en la educación de los hijos fomentar los valores en los hijos del hogar.

Desarrollar seminarios, talleres, conferencias dirigidas a las jefas del hogar en donde se les brinda información y apoyo.

Implementar actividades dirigidas y guiadas por especialistas en el tema sobre violencia intrafamiliar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alessandra G., Claudia G., Sarah B., Latinoamérica existen pocas estadísticas sobre la violencia de género. Citado 03 de febrero 2020. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>.
2. Agudelo-Cifuentes, M. C., Arango, D. C., Cardona, A. S., Cardona, A. S., Rodríguez, D. M., & Restrepo-Ochoa, D. A. (2019). CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL MALTRATO AL ADULTO MAYOR DE PASTO, COLOMBIA 2016 (Social and Family Characteristics Associated with Elder Abuse in Pasto, Colombia 2016). CES Psicología, 12(1), 32-42. [citado.26 de febrero 2020]., disponible en; <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4387>
3. Álvarez Silva, E. C., Martínez Ramos, J. M., Sánchez Pérez, L. A., Santiago Pardo, D. E., Vargas, V., & de los Ángeles, D. (2020). Estudio descriptivo de los factores asociados a la violencia interpersonal en el ámbito escolar en estudiantes de octavo y noveno grado de la Institución Educativa Diocesana Juan XXIII en el municipio de Cartago-Valle. [citado 23 de febrero 2020]., disponible en; <http://repository.poligran.edu.co/handle/10823/1527>
4. Bautista, F. J. (2020). Antropología de la violencia: origen, causas y realidad de la violencia híbrida. Revista de Cultura de paz, 3, 9-51. [citado 22 de febrero 2020] disponible en; <https://www.revistadeculturadepaz.com/index.php/culturapaz/article/view/62>
5. Calderón, P. A. A. (2019). Tipos de violencia. [citado.26 de febrero 2020]., disponible en; <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/1031>.
6. Carbajal Rodríguez, L. R. (2019). Violencia intrafamiliar. Un punto de vista. [citado; 03 de febrero 2020] disponible en; <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1511>
7. Cárcela, R. R., & Vivas, A. L. (2020). Tratamiento informativo de la violencia de

- género: asesinatos de mujeres. Análisis de la agencia EFE. Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación, (47), 23-60. [citado 26 de febrero 2020]., disponible en; <https://revistascientificas.us.es/index.php/Ambitos/article/view/10822>
8. Chavarría Mesa, M. C. (2020). Violencia intrafamiliar al interior de diez familias de adolescentes del programa de atención integral en la Institución Zahró. Oriente Antioqueño. [citado 24 de febrero 2020] disponible en; <http://repository.poligran.edu.co/handle/10823/1478>
 9. Chaves-Álvarez, A. L., Morales-Ramírez, M. E., & Villalobos-Cordero, M. (2020). Cyberbullying desde la perspectiva del estudiantado: "Lo que vivimos, vemos y hacemos". Revista Electrónica Educare, 24(1), 1-24. [citado 26 de febrero 2020] disponible en; <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v24n1/1409-4258-ree-24-01-41.pdf>
 10. Cruz, M., & David, R. (2019). Calidad de vida en mujeres que sufren violencia intrafamiliar en la Unidad de Medicina Familiar 61 Veracruz (Doctoral dissertation, Universidad Veracruzana. Región Veracruz. Facultad de Medicina).
 11. Cueva-Quesada, A. M. (2020). Propuesta para la prevención del suicidio en adolescentes. [citado 23 de febrero 2020] disponible en; <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/10586>
 12. Del Pilar Fresco, M., Arrom, C., Arrom, M. A., Ruoti, M. M., Arrom, C. M., & Capurro, M. (julio 2019). Universidad Nacional de Asunción, Cátedra de Psiquiatría. Niños, niñas y adolescentes testigos de violencia doméstica. disponible en; Revista Científica Estudios e Investigaciones, 7, 146-147.
 13. Dumont, J. R. D., Cuadros, M. J. L., Tito, L. P. D., & Cárdenas, J. V. T. (2020). Importancia de la familia: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. Horizonte de la Ciencia. [citado 26 de febrero 2020] disponible en; <http://167.114.2.69/index.php/horizontedelaciencia/article/view/432>
 14. Galvis Mejía, Y. D., & Sánchez Estupiñan, S. B. (2020). El mundo relacional en la homosexualidad. [citado 26 de febrero 2020]., disponible en; <https://repository.libertadores.edu.co/handle/11371/2305>.
 15. Heredia, C., & Mishell, K. (2019). Violencia familiar y factores asociados. Disponible en; <http://186.3.32.121/handle/48000/13941>
 16. Loredó Abdalá, A. (2020). Respuesta a la carta al editor respecto del artículo: "Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante". Acta Pediátrica de México, 40(5), 301-302. [citado 25 de febrero 2020] disponible en; <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90527>
 17. Loreta A., Unicef república dominicana., [citado 04 de febrero 2020] disponible en; https://www.unicef.org/republicadominicana/protection_10456.htm
 18. Martínez, P., Tadeo, V., de la Vega Pažitková, T., Montero, A., Antonio, O., & Royano Larroque, P. A. (2019). Caracterización de la violencia doméstica en parejas disfuncionales cubanas. Revista Cubana de Medicina General Integral, 35(1).
 19. Medranda, M. E. M. A., Chávez, M. S. A. R., & Guamán, R. E. C. (diciembre 2019) VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES EN LA UNIDAD EDUCATIVA 24 DE MAYO DE LA PARROQUIA ANDRÉS DE VERA. [citado 23 de febrero 2020] disponible en; MEMA Medranda, MSAR Chávez, REC Guamán - eumed.net-
 20. Moreno, A. (2019). Las familias monoparentales en España. Revista Internacional de Sociología, 58(26), 39-63.

- [citado 26 de febrero 2020] disponible en; <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/794>
21. Noriega, I. C., Estrada, V. M. E., & Citalán, S. B. (2020). Violencia, ¿Cuándo empezó? *Rev Mex Psiq*, 1(5), 165-170. [citado 22 de febrero 2020] disponible en; IC Noriega, VME Estrada, SB Citalán - *Rev Mex Psiq*, 2020 - researchgate.net
 22. RicopaMurayari, J. L., Espinoza, R., Shirly, B., Ayarza, S., & Jazmin, R. (2019). Características de la violencia intrafamiliar en mujeres que acuden al centro de emergencia mujer, Pucallpa-2018. Disponible en; <http://181.176.160.68/handle/UNU/4018>
 23. Ruíz Hernández, M., AlzuriFalcato, M., López Angulo, L. M., Hernández Cabrera, Y., & Calzada Urquiola, Y. (2019). Violencia intrafamiliar directa percibida por adolescentes. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, disponible en; <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87734>
 24. Pintado Cepeda, D. C. (2020). Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con hipertensión arterial pertenecientes al grupo de control mi enfermedad a la raya del barrio Gran Colombia (Bachelor'sthesis). [citado.26 de febrero 2020]., disponible en; <http://192.188.49.17/jspui/handle/123456789/22946>
 25. Sanabria, R. M. Q., Díaz, Y. N., Gutiérrez, L. S., & Cruz, W. V. (2019). Intervención educativa sobre violencia intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales. *Medimay*, 26(1), 30-42.
 26. Sánchez, J. A. W. (2001). Violencia intrafamiliar: causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales. Plaza y Valdés. [citado.26 de febrero 2020]., disponible en; <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ru741QoUFWEC&oi=fnd&pg=PR2&dq=causas+de+la+violencia+intrafamiliar&ots=D8clsQu0H3&sig=KeHx8YQ41qXx3Xht1HcjolSn9Ow#v=onepage&q=causas%20de%20la%20violencia%20intrafamiliar&f=false>
 27. Sonoda, K. D. C. L., Alcocer, I. B., & Fernández, R. G. (2019). Violencia colectiva: Estrategias políticas del odio. *LOS LIBROS DE LA CATARATA*. [citado 24 de febrero 2020] disponible en; KCL Sonoda, IB Alcocer, RG Fernández - 2019 - books.google.com
 28. Steinbrüggen, M. G. (2020). Bernstein, RJ (2015). Violencia: pensar sin barandillas. Barcelona: Gedisa. *Audens: revista estudiantil d'anàlisiinterdisciplinària*, (2). [citado 24 de febrero 2020] disponible en; MG Steinbrüggen - *Audens: revista estudiantil d'anàlisi ...*, 2020 - revistes.ub.edu.
 29. Ullauri-Carrión, M., Quinche-Labanda, D., & Gordillo-Quizhpe, I. (2020). Asimetrías de poder y violencia intrafamiliar en la Provincia de El Oro. *PSICOLOGÍA UNEMI*, disponible en; <http://201.159.223.128/index.php/faso-nemi/article/view/1071>
 30. Vial-Dumas, M. (2019). La familia nuclear ante el derecho. Una retrospectiva de su formación y definición en la tradición jurídica occidental. *Revista chilena de derecho*, 46(2), 555-578. [citado 26 de febrero 2020] disponible en; https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-34372019000200555&script=sci_arttext

1. Anexo 1: Cuestionario

REPUBLICA DOMINICANA



UNIREMHOS
UNIVERSIDAD EUGENIO MARÍA DE HOSTOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUB PUBLICA

Cuestionario No _____

PERFIL DE LA VIOLENTADA		
1. Edad ___/___ años	2. Sexo 1. Masculino 2. Femenino	3. Nivel de escolaridad 1. Ninguna 2. Básica 3. Media 4. Superior
4. Ocupación 1. Ama de casa 2. Empleada pública 3. Empleada privada 4. Trabajadora por cuenta propia 5. Otra 6. No trabaja	5. Ingreso 1. – de 5000 2. 5000-9999 3. 10000-14999 4. 15000-19999 5. 20000 y mas	6. Religión 1. Ninguna 2. Católica 3. Evangélica/Cristiana 4. Testigo de Jehová 5. Otra
II. CARACTERIZACION D E LA VIOLENCIA		
7. Tipo de familia 1. Familia monoparental 2. Familia nuclear 3. Familia sin hijos 4. Otra	8. Tipo de comunicación 1. Afectiva 2. Un poco afectiva 3. Falta de comunicación	9. ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato en el hogar? 1. Si 2. No
10. ¿Qué tipo de maltrato sufrió? 1. Físico: 2. Psicológico 3. Sexual: 4. Gritos o amenazas verbales 5. Económico 6. Otra _____	11. ¿Cuál fue la causa de la violencia? 1. Celos 2. Discusiones 3. Otra _____	12. ¿Bajo qué efecto se produjo ese maltrato o violencia? 1. Alcohol 2. Droga 3. Discusiones en el hogar 4. Otro _____ 5. Ningún efecto
13. ¿Quién generalmente ejerce la violencia o la maltrata? 1. El esposo 2. Padre 3. Hijos 4. Otro _____	14. ¿Con que frecuencia discute con su agresor? 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Otros	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA

15. ¿Qué hizo cuando se sintió agredida? <ol style="list-style-type: none">1. Denuncio la violencia2. No la denuncio	16. Si lo denunció ¿Cuántas veces hizo la denuncia? ____/____ veces	17. Si no lo denunció, ¿Por qué no la denunció? <ol style="list-style-type: none">1. Por miedo a ser asesinada por su agresor2. Para no llevar a la justicia al agresor3. Para no perder el sustento del hogar
18. Cuando denunció la violencia ¿recibió usted? <ol style="list-style-type: none">1. Apoyo legal2. No recibió apoyo legal	19. ¿Que hizo cuando fue agredida? <ol style="list-style-type: none">1. Llamó al 9112. Servicio de Atención a la Violencia Doméstica Psicológica3. Llamó a un Familiar4. Llamó a un amigo o vecino5. No hizo nada6. Otro	20. Después de haber realizado la denuncia, ¿cómo se sintió Usted? <ol style="list-style-type: none">1. Más tranquila2. Intranquila3. Algo tranquila4. Insegura
21. ¿Qué le origina o le originó a Usted el hecho de violencia? <ol style="list-style-type: none">1. Estado de Ánimo2. Frustración3. Impulsividad4. Trastorno de Conducta5. Celos6. Otros _____	22. Cuando ocurre el hecho de violencia ¿quiénes están presentes? <ol style="list-style-type: none">1. Hay presencia de niños2. De otros miembros del hogar3. Vecinos4. De amigos	

RELACIÓN ENTRE EL PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD Y LA ESTANCIA PROLONGADA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DR. ALEJANDRO CABRAL SAN JUAN DE LA MAGUANA FEBRERO-ABRIL 2018

AUTORES: Ángel Mateo (MA) y Ramón Orlando Jiménez (MA)

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal para determinar la relación entre el prestador de servicio salud y la estancia prolongada en el Hospital Regional Docente Dr. Alejandro Cabral San Juan de la Maguana, febrero-abril 2018 con el objetivo de identificar si existen diferencias significativas relacionadas con la presentación de estancias hospitalarias prolongadas, así como mostrar el comportamiento de algunas características ligadas al proceso de hospitalización de pacientes con estancias hospitalarias prolongadas; la percepción que tienen estos pacientes sobre el trato recibido por el personal médico y de enfermería del hospital y la percepción que tienen sobre el proceso de hospitalización. **Universo.** Estuvo conformado por 1100 pacientes que se estiman fueron hospitalizados durante el periodo de referencia y por todo el personal médico de las áreas de estancia prolongada. **Muestra.** Se partió de seleccionar a todos los pacientes (49) con estancias prolongadas admitidas durante el periodo de febrero-abril, 2018 y a 15 médicos seleccionados al azar que laboran en las áreas de estancias prolongadas en el hospital. **Resultados.** El 26.5% de los pacientes tenían entre 40

a 49 años. El 100% fueron ingresados por emergencia. El 44.9% de los pacientes tenía un tiempo ingresados entre 21 a 30 días. El 71.4% considera como regular la atención recibida por el personal médico. El 51.0% consideran que el tiempo de hospitalización no es suficiente para que mejore su condición de salud. El 46.7% de los médicos dicen que el solo el 40% de los que llegan por emergencias son hospitalizados; el 66.7% dicen que la causa que prolonga la hospitalización es la condición de gravedad; el 60% opina que los pacientes duran el tiempo necesario para su mejoría; el 66.7% percibe que la cantidad de cama no resuelven la demanda de los pacientes; el 46.7% opina que la larga lista de espera para la cirugía provoca que la estancia de los pacientes sea más larga. A parir de los resultados del estudio se recomienda desarrollar estrategias y políticas que estén orientadas a mejorar la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud que podría superar la capacidad de los hospitales para atender pacientes.

Palabras claves. Prestación, estancias prolongadas, percepción

ABSTRACT

A descriptive, prospective, cross-sectional study was carried out to determine the relationship between the health service provider and the prolonged stay at the Dr. Alejandro Cabral San Juan de la Maguana Regional Teaching Hospital, February-April 2018 with the aim of identifying if there are significant differences related to the presentation of prolonged hospital stays, as well as showing the behavior of some characteristics linked to the hospitalization process of patients with prolonged hospital stays; the perception that hospitalized patients with prolonged stays have about the treatment received by the hospital's medical and nursing staff and their perception of the hospitalization process. **Universe.** It consisted of 1,100 patients who are estimated to have been hospitalized during the reference period and by all the medical personnel in the long-stay areas. **Sample.** All patients (49) with prolonged stays admitted during the period of February-April, 2018 and 15 randomly selected doctors who work in the areas of prolonged stays in the hospital were selected.

Results. 26.5 percent of the patients were between 40 and 49 years old. 100% were admitted by emergency. 44.9% of the patients had been admitted between 21 to 30 days. 71.4% consider the care received by medical personnel as regular. 51.0% consider that the hospitalization time is not enough to improve their health condition. 46.7% of doctors say that only 40% of those who arrive for emergencies are hospitalized; 66.7% say that the cause that prolongs the hospitalization is the serious condition; 60% think that patients last the time necessary for their improvement; 66.7% perceive that the number of beds does not meet the demand of the patients; 46.7% believe that the long waiting list for surgery causes the patients' stay to be longer. Based on the results of the study, it is recommended to develop strategies and policies that are aimed at improving the disproportion between supply and demand of health services that could exceed the capacity of hospitals to care for patients.

Keywords. Benefit, long stays, perception.

INTRODUCCIÓN

Los programas dirigidos a mejorar la calidad de la atención de los servicios en los hospitales, en general, deben incluir entre otros aspectos, la atención directa de problemas que aumentan el costo de la atención de los pacientes y no sólo los índices de morbilidad. Se debe valorar la satisfacción de los pacientes como receptores de un servicio, otorgado por un personal que se sienta satisfecho, con la utilización eficiente de los recursos y la determinación de hacerlo bien y de inmediato.⁷

El aumento de los costos hospitalarios ha obligado a la búsqueda constante de situaciones que han contribuido a agravar este problema; las políticas de admisión hospitalaria de las instituciones de salud del Sector Público, al parecer no contribuyen a disminuirlo, por no considerar la influencia que ejercen en ese sentido los pacientes, los médicos y las propias unidades hospitalarias.

En los países latinoamericanos, la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud es un importante motivo de preocupación.⁸ En el caso de Colombia, el sistema de salud atraviesa una crisis por la incontenible demanda de los servicios de salud, que supera la capacidad de los hospitales para atender pacientes.⁹ Esta situación se ve también reflejada en la saturación de los servicios de urgencias, al punto de que se presentan casos de cierre temporal de estos.

Es conocido que los servicios de urgencia son la principal puerta de entrada a la hospitalización (entre 70 y 75% de los ingresos hospitalarios) y es común que cuando los pacientes llegan a un hospital no haya disponibilidad de cama para atender su necesidad. Ante la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud,

que conlleva la saturación de los servicios, la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados. En los hospitales, la cama es uno de los recursos centrales para la prestación de servicios. Por eso, entre las medidas globales de la eficiencia hospitalaria están aquellas que se relacionan con el uso que se le dé a este recurso.

El promedio de la estancia hospitalaria de pacientes es utilizado como indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales. De este modo, un servicio de hospitalización con estancias prolongadas de pacientes puede considerarse como indicador de falta de eficiencia en el flujo de pacientes. Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad.¹⁰ Ante esto, las instituciones de salud tienen la necesidad de reducir la estancia hospitalaria para aumentar el flujo de pacientes a través del logro de mayores niveles de eficiencia en la operación, sin afectar la calidad de la atención.¹¹

Hoy en día, servicios de hospitalización con estancias hospitalarias prolongadas, es un indicador de falta de eficiencia que tiene relación directa con la limitación de las camas disponibles, con un incremento de los costos por uso inadecuado de recursos y con un detrimento en la calidad de atención al exponer al paciente a un mayor riesgo de eventos adversos y mortalidad.

La reducción de un exceso de días de hospitalización se traduce en una mayor eficiencia y mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios. En este sentido, existe

⁷ Rosswell M. Medición de la calidad médica mediante estadísticas vitales Basadas en áreas de servicio hospitalario. AMJ PubHealth, 2013;42:276-286.

⁸García A, Ramos I, García J, Gálvez A. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública; 2012. [Internet]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1211/infod061211.htm>

⁹Afanador G. Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario. Revista Inalde [Internet]. Disponible en: [http://www.inalde.edu.co/sala-](http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle_blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/)

[de-prensa/revista-inalde/detalle_blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/](http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalle_blog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/) 2013.

¹⁰Correa A. Baja capacidad hospitalaria. Periódico El Colombiano, septiembre del 2013 [Internet]. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/B/baja_capacidad_hospitalaria/baja_capacidad_hospitalaria.asp

¹¹Specchia M, Poscia A, Volpe M, Parente P, Capizzi S et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? BMC Health Serv Res. 2015, 142.

preocupación en muchas instituciones médicas por implementar políticas de salud y programas que propicien la reducción del exceso de días de hospitalización optimizando los recursos sanitarios.¹²

Antecedentes

Edgar Rolando Ruíz Semba, et.al; realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal y no experimental con el objetivo de determinar los factores asociados a una estancia hospitalaria prolongada (> 9 días) en un servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo comprendido entre diciembre del 2015 a mayo del 2016. Resultados: Un total de 314 pacientes que fueron dados de alta, 168 (53,50 %) registraron estancia hospitalaria prolongada, con una media de 17,2 días/paciente. Los pacientes > 65 años presentaron mayores días de hospitalización en relación a los pacientes < 65 años con una media de 17,68 días versus 14,73 días respectivamente $p < 0,05$) fueron también factores de riesgo importantes que contribuyeron a prolongar la estancia. Conclusiones. Se reporta una alta incidencia de estancia hospitalaria prolongada con algunos factores susceptibles de ser modificables que contribuyan a reducir el exceso de días de hospitalización, optimizando los recursos y mejorando la calidad de atención.¹³

Ceballos Acevedo, et.al; 2014, realizó el estudio **Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención.** Señala que la estancia hospitalaria prolongada constituye una preocupación mundial, ya que genera efectos negativos en el sistema de salud como, por ejemplo: aumento en los costos, deficiente accesibilidad a los servicios de hospitalización, saturación de las urgencias y riesgos de eventos adversos. Igualmente, enumera las causas más comunes encontradas en la prolongación de la estancia y las metodologías de logística

hospitalaria más aplicadas para su estudio y mejoramiento. Resultados: los factores causales de estancias prolongadas más encontrados en la literatura son: demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, necesidad de atención en otro nivel de complejidad, situación sociofamiliar y edad del paciente.¹⁴

Planteamiento del problema

Los sistemas de salud en América Latina enfrentan retos en cuanto a equidad, eficiencia y acceso a los servicios asistenciales. Conocer la forma de afrontarlos partiendo de un análisis integral que considere todos los escenarios posibles en los que se da el proceso de la atención médica, es la base para una correcta toma de decisiones en salud.

La cama hospitalaria es uno de los recursos más importantes del sistema hospitalario de cualquier seguro de salud. El desequilibrio entre la demanda y la provisión de camas afecta la planificación estratégica y la política de admisión de los hospitales, independientemente de su nivel de resolución.

La utilización de las estancias se ve influenciada por el tipo de pacientes que atiende el hospital. El primer paso es conocer esa tipología de pacientes, para lo que resulta imprescindible medir la casuística atendida. Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) brindan información sobre la tipología de pacientes (el tipo de GRD) que atiende el hospital y el grado de complejidad que estos tienen. Las unidades médicas hospitalarias son espacios de atención en las que interactúan diversas especialidades médicas, así como otras disciplinas científicas de las áreas administrativas, que en su conjunto conforman la red de procesos de la atención médica siendo además el lugar donde se

¹²Brouns A, Stassen P, Lambooj S, Dieleman J, Vanderfeesten I et al Organisational factor induce prolonged emergency department length of stay in elderly patients: A retrospective cohort study. Plos One 2015; 10(8) e0135066

¹³. Edgar Rolando Ruíz Semba; Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna hospital nacional arzobispo Loayza 2016

¹⁴ Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>.

atienden los problemas de salud más complejos de la población.

La duración de la estancia hospitalaria del paciente es un asunto muy importante debido a su relación con hechos administrativos, así como con asuntos sociales y culturales y de diagnóstico clínico. Hay una relación directa entre la prolongación de la hospitalización, con el aumento de los costos, el alto riesgo de infecciones intrahospitalarias y el aumento en la mortalidad. Además, en estos casos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se retardan, así como el deseo del personal de salud para realizarlos.

A partir de la problemática anterior, este estudio sobre la **Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada** centró su análisis en identificar si existen diferencias significativas relacionadas con la presentación de estancias hospitalarias prolongadas así como mostrar el comportamiento de algunas características ligadas al proceso de hospitalización de pacientes con estancias hospitalarias prolongadas; la percepción que tienen los pacientes hospitalizados con estancias hospitalarias prolongadas sobre el trato recibido por el personal médico y de enfermería del hospital y la percepción que tienen sobre el proceso de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal para determinar la relación entre el prestador de servicio salud y la estancia prolongada en el Hospital Regional Docente Dr. Alejandro Cabral San Juan de la Maguana, febrero-abril 2018. **Universo.** Estuvo conformado por 1100 pacientes que se estiman fueron hospitalizados durante el periodo de referencia y por todo el personal médico de las áreas de estancia prolongada. **Muestra.** Se partió de seleccionar a todos los pacientes (49) con estancias prolongadas admitidas durante el periodo de febrero-abril, 2018 y a 15 médicos seleccionados al azar que laboran en las áreas de estancias prolongadas en el hospital. **Material y Métodos.** Las fuentes de información estuvieron conformadas por encuestas estructuradas que fueron aplicadas a los directivos y a los

empleados de los distintos servicios del hospital Alejandro Cabral y los registros de Historia Clínica de los usuarios hospitalizados. Las informaciones obtenidas fueron procesadas mediante el programa de análisis estadístico para Ciencias Sociales SPSS-25.0, En el análisis se utilizó la prueba de Ji-Cuadrada considerándose un nivel de significación estadística $p=0.05$. La investigación fue realizada con estricto apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

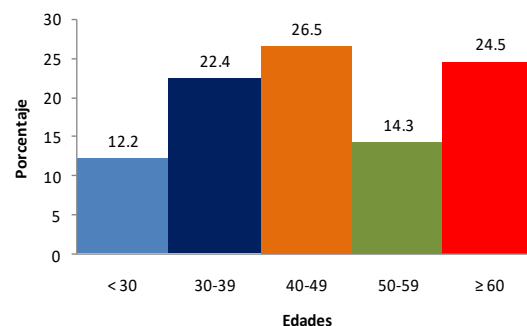
RESULTADOS

CONDICIÓN DE LOS USUARIOS DE ESTANCIAS PROLONGADAS

Uno de los propósitos del estudio fue conocer si existen diferencias significativas relacionadas con la presentación de estancias hospitalarias prolongadas y algunas variables sociodemográficas, tales como edad, sexo y procedencia.

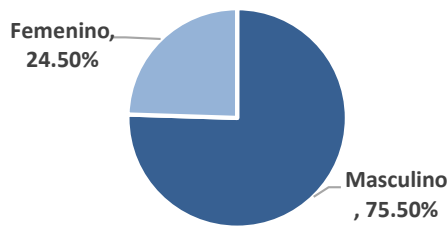
Fueron evaluados 49 expedientes de pacientes con estancia prolongada donde el 34.6% tenían menos de 40 años, el 26.5% entre 40 a 49 años y el 38.8% eran mayores de 50 años. La edad promedio fue de 44.76 años (± 14.7 De).

Gráfico 1. Distribución de los pacientes evaluados de estancia prolongada, según edad. Hospital Regional Docente Dr. Alejandro Cabral, San Juan De La Maguana, Abril 2018.



La mayoría de los hospitalizados de estancia prolongada corresponden al sexo masculino (75.5%) y apenas cerca de una cuarta parte (24.5%) son mujeres.

Gráfico 2. Distribución de los pacientes evaluados de estancia prolongada, según sexo

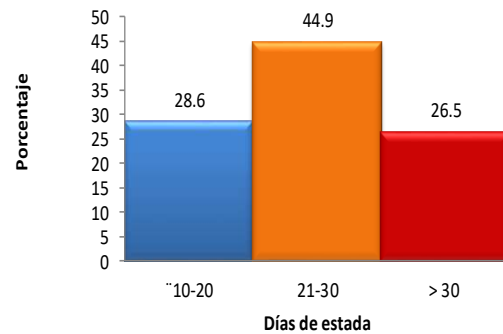


Se destaca el elevado porcentaje de provenientes del área rural (77.6%) en relación a los de origen urbano que tan solo explican el 22.4%, por lo que sería importante profundizar sobre las causas que originaron esta importante diferencia

Comportamiento de la Estancia Prolongada

Otro de los objetivos centrales del estudio fue conocer el comportamiento de los 49 pacientes de estancia prolongada evaluados. Los resultados muestran que el 28.6% duraron ocupando una cama entre 11 a 20 días, un elevado porcentaje (44.9%), duraron entre 21 a 30 días, sin embargo, llama la atención que hubo más de una cuarta parte (26.5%) que duraron más de un mes ocupando una cama hospitalaria, cifra a considerar al momento de la planificación gerencial de las acciones hospitalarias ya que una exagerada y prolongada estancia hospitalaria conlleva al aumento de las infecciones intrahospitalaria y la erogación de elevados gastos hospitalarios asociados con la atención médica, recursos humanos, gastos de alimentación y de hospedaje, entre otros.

Gráfico 4. Distribución de los pacientes evaluados de estancia prolongada, según días de estada.



Al relacionar la edad de los pacientes con los días de estancia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F = 0.77$; $p = 0.759$ Ns).

Cuadro 5. Edad promedio de los pacientes evaluados de estancia prolongada, según días de estada.

Días estada	Edad promedio		
	Total	Media	Desv. Estándar
11-20 días	13	46.15	15.36
21-30 días	22	45.50	14.99
30 y mas	14	42.29	14.29
Total	49	44.76	14.67

$F = 0.77$ $P = 0.759$ Ns

Igualmente, los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo y al tiempo que dura un paciente ocupando una cama (Pearson Chi-Square Tests 1.158 $p = 0.561$ Ns). Igual situación ocurre al analizar el comportamiento de la estancia prolongada y la zona de procedencia donde el análisis estadístico de los resultados así lo confirman (Pearson Chi-Square Tests 0.675, $p = 0.714$ Ns)

Distribución de los pacientes evaluados de estancia prolongada por sexo, según días de estada

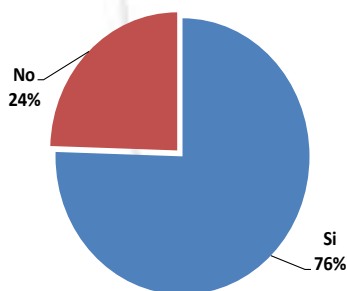
Días estada	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
11-20 días	9	24.3	4	33.3	13	26.5
21-30 días	16	43.2	6	50.0	22	44.9
30 y mas	12	32.4	2	16.7	14	28.6
Total	37	100.0	12	100.0	49	100.0

Pearson Chi-Square Tests 1.158 $p = 0.561$ Ns

Proceso de hospitalización de pacientes con estancias prolongadas

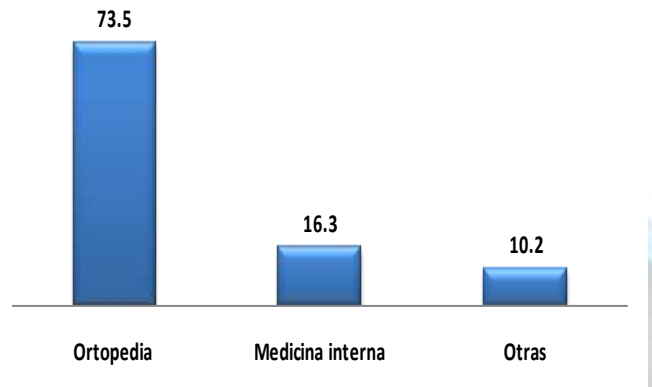
También se indagó acerca del proceso de hospitalización de pacientes con estancias prolongadas (primera vez que estuvo hospitalizado, ingresado por emergencia, especialidad médica de ingreso y sobre el tiempo que tiene ingresado). De los 49 pacientes evaluados, alrededor de tres cuartas partes de ellos (75.5%) había sido hospitalizado en este centro de salud por primera vez, cerca de una cuarta parte (24.5%) eran subsecuentes.

Cuadro 5. Distribución de los pacientes evaluados de estancia prolongada, según es la primera vez que estuvo hospitalizado.



Con relación al área del servicio que el paciente fue admitido, cabe destacar que todos los pacientes (100%) fueron ingresados por emergencia, la mayoría fueron hospitalizados por Ortopedia (73.55), el 16.3% por medicina interna y el 10.2% por otras especialidades.

Gráfico 6. Distribución de los pacientes evaluados, según especialidad médica de ingreso. Hospital Regional Docente Dr. Alejandro Cabral, San Juan De La Maguana, febrero-abril, 2018

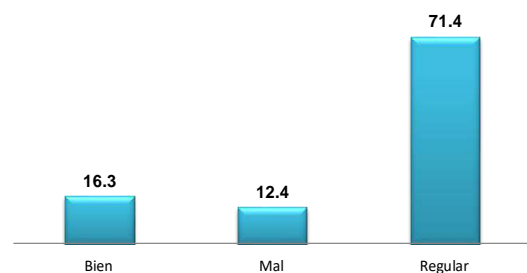


Percepción del trato y de la atención médica

Fue de interés conocer la percepción que tienen los pacientes hospitalizados con estancias hospitalarias prolongadas sobre el trato recibido por el personal médico y del personal de enfermería del hospital, por lo que se indagó acerca del trato del médico y/o enfermera, sobre el tiempo de hospitalización, si recibió del personal médico orientación sobre su estado de salud y la medicación por parte de enfermería, el pase de visita y si considera que el hospital cuenta con los insumos y equipos necesarios para su atención.

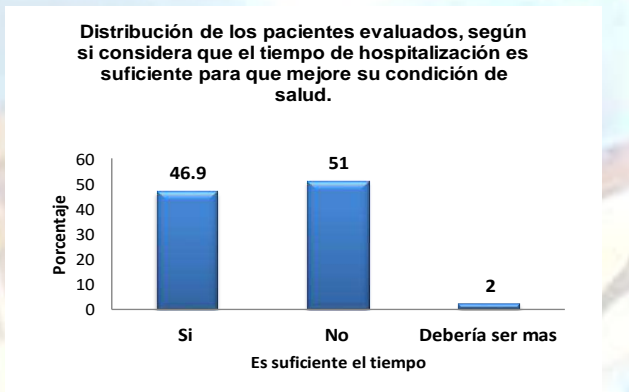
Con relación a la atención recibida por el personal médico durante su hospitalización, cabe señalar que solamente el 16.3% de los pacientes entrevistados la considera buena, el 71.4% regular y el 12.4% como mala.

Distribución de los pacientes evaluados, según cómo considera la atención por parte del personal médico durante su hospitalización



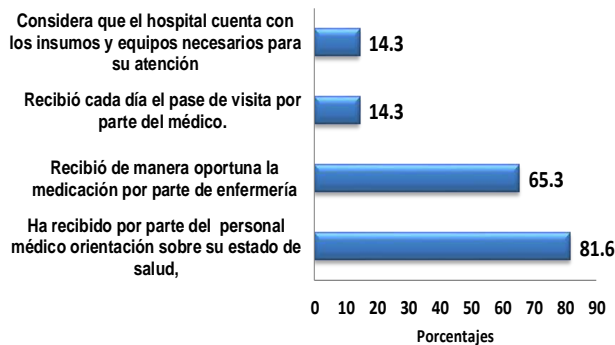
En cuanto a la percepción del tiempo de hospitalización, el 51.0% consideran que no es suficiente para que mejore su condición de

salud, el 46.9% lo considera suficiente y el 2.0% dice que debería ser más.



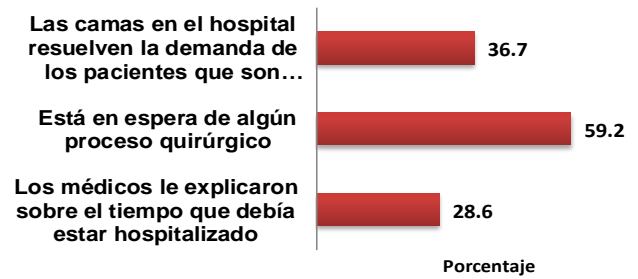
En lo que se refiere a la percepción de la atención médica, los resultados revelan que el 81.6% recibe orientación sobre su enfermedad, un 65.3% recibió de manera oportuna la medicación por parte de enfermería, el 14.3% recibió cada día el pase de visita por parte del médico e igual porcentaje opinó que el hospital cuenta con los insumos y equipos necesarios para su atención.

Gráfico 10. Distribución de los pacientes evaluados, según su percepción sobre la atención médica recibida. (n = 49)



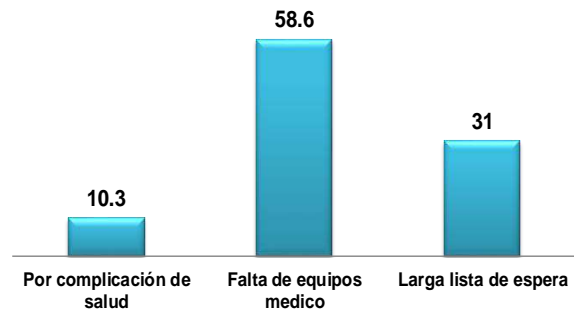
Los pacientes fueron cuestionados sobre algunos aspectos vinculados con el proceso de hospitalización, por lo que se recabó información acerca de la percepción sobre el tiempo de estada, si está a la espera de un proceso quirúrgico, así como si las camas hospitalarias son suficientes para atender la demanda hospitalaria. Solo el 28.6% de estos pacientes le explican sobre el tiempo que debe estar hospitalizado, el 59.2% estaban en espera de un proceso quirúrgico (29 pacientes) y el 36.7% dicen que las camas en el hospital no resuelven la demanda.

Distribución de los pacientes evaluados, según su percepción sobre el proceso de hospitalización. (n = 49)



A los 29 pacientes que estaban a la espera de un proceso quirúrgico se les indagó las razones por la cual no había sido operado, la principal razón tiene que ver con falta los equipos médicos (58.6%), seguido por la larga lista de espera (31%) y en el 10.3% por complicaciones de salud.

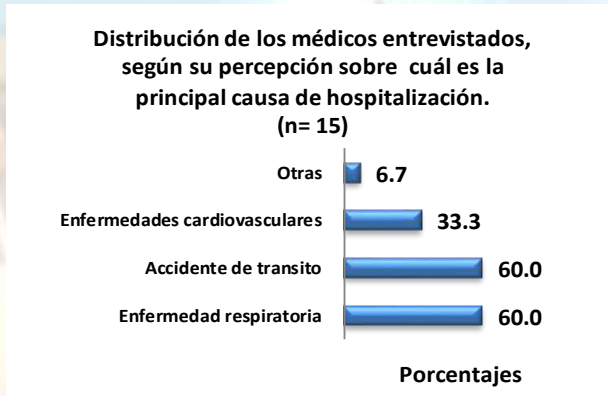
Gráfico 11. Distribución de los pacientes evaluados, según su percepción sobre la razón por la cual no ha sido operado. (n = 49)



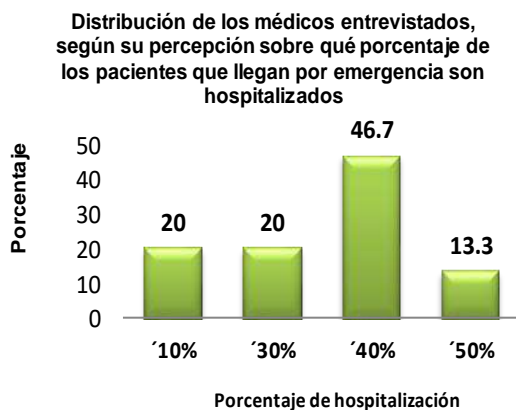
Relación del personal médico y estancia prolongada

Para conocer la relación que existe entre el prestador de servicios de salud y los pacientes con estancias prolongadas, se aplicó un cuestionario a 15 médicos que laboran fundamentalmente en estas áreas para revelar cuál es la principal causa de hospitalización; que porcentaje de los pacientes que llegan por emergencia son hospitalizados; las causas que prolonga la hospitalización; así como cuál es la satisfacción que presentan estos pacientes; si se les informa el tiempo que permanecerá ingresado; cómo influye una estancia prolongada en la salud de un paciente en el hospital y sobre que causa provocaría una larga estancia del paciente ingresado. Se destaca que el 60% de los

médicos dicen que la causa principal de hospitalización es la enfermedad respiratoria, igual porcentaje alcanza los accidentes de tránsito, seguido de las enfermedades cardiovasculares (33%).



En cuanto a la percepción que tiene el médico acerca de qué porcentaje de pacientes que llegan por emergencia son hospitalizados, el 46.7% (7 de los 15 médicos) dicen que él solo; el 40% de los que llegan por emergencias son hospitalizados, solo dos médicos perciben que el 50% se hospitalizan.



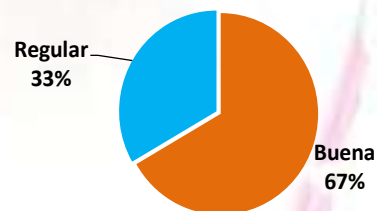
El 40% (6 médicos) piensa que se hospitalizan entre el 10 al 30% de estos pacientes. Al ser cuestionados sobre cuáles son las principales causas que originan la estancia prolongada de los pacientes, el 66.7% (10 médicos) dicen que es la condición de gravedad del paciente, el 20% la lenta recuperación y la larga lista de espera para cirugía.

Distribución de los médicos entrevistados, según su percepción sobre cuáles causas prolongan la hospitalización a los pacientes. (n= 15)



En cuanto a que tan satisfecho está el paciente con su hospitalización, los resultados revelan que el 66.7% de los médicos opina que los pacientes presentan una satisfacción buena y el 33.3%, regular.

Distribución de los médicos entrevistados, según su percepción sobre satisfacción que presentan los pacientes hospitalizados



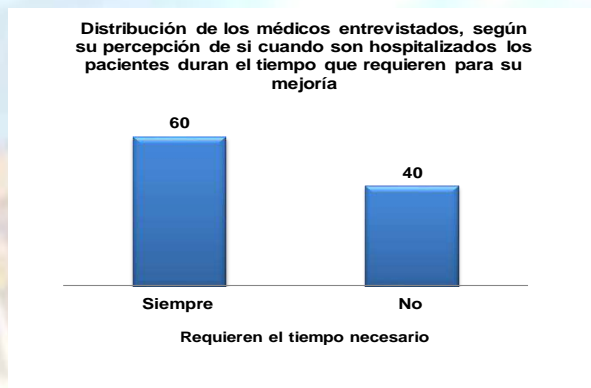
Desde el punto de vista del paciente, el cual requiere ser informado sobre su proceso de hospitalización, de los 15 médicos entrevistados sólo el 6.7% percibe que se le informa sobre el tiempo que permanecerá ingresado en el hospital y el 93.3% reveló que no se les informa o que no es necesario informarles a los pacientes sobre el tiempo de su estadía.

Distribución de los médicos entrevistados, según si a los pacientes hospitalizados se les informa el tiempo que permanecerá ingresado.



Igualmente, es la percepción del 60% de los 15 médicos entrevistados que los pacientes duran el

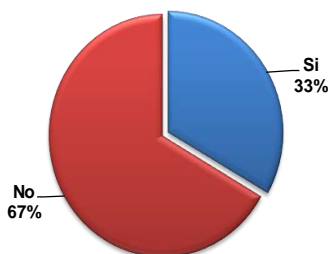
tiempo necesario para su mejoría y el 40% percibe que no.



En lo que se refiere a cómo influye una estancia prolongada de un paciente en el hospital con relación a su salud, 100% de los 15 médicos entrevistados perciben que una estancia prolongada influye a que el paciente pueda contraer otras enfermedades.

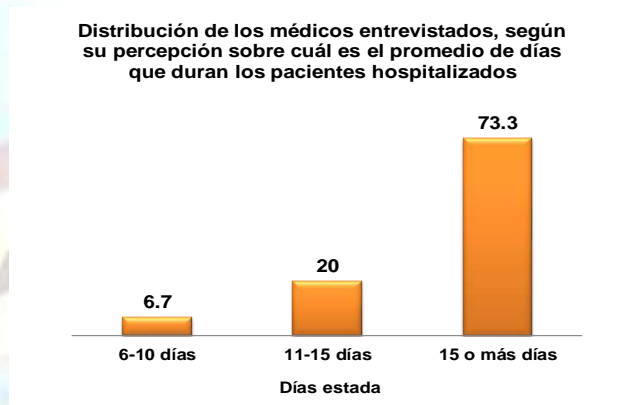
Para caracterizar aún más la relación entre el prestador de servicios de salud y la estancia prolongada, se indagó sobre la percepción que tienen los 15 médicos entrevistados acerca de si la cantidad de camas del hospital resuelve la demanda de los pacientes que asisten a estos servicios en el hospital. Es de opinión del 66.7% que la cantidad de cama no resuelven la demandad de los pacientes que asisten y sólo un tercio de ellos (33.3%) percibe que son suficientes.

Distribución de los médicos entrevistados, según su percepción si la cantidad de camas en el hospital resuelve la demanda de los pacientes que asisten



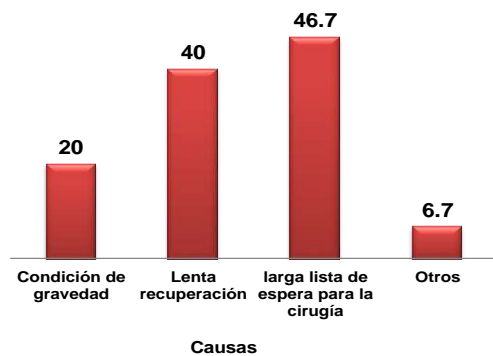
Aunque se definió conceptualmente como estancia prolongada aquellos pacientes que ocupan una cama hospitalaria por más de 10 días, al ser cuestionado sobre la percepción de la estadía hospitalaria, solo uno de los 15 médicos de estos servicios de estancia prolongada, percibe que los pacientes duran entre 6 a 10 días, sin embargo, un 20% (4 médicos) percibe que

duran entre 11 a 15 días, y la mayoría de ellos (11 médicos) que el promedio de días de estada en el servicio es superior a los 15 días (73.3%).



Al ser cuestionados sobre cuáles son las causas que originan una larga estancia del paciente hospitalizado, el 46.7% dice que la larga lista de espera para la cirugía provoca que la estancia de los pacientes sea más larga, el 40% la lenta recuperación, el 20% la condición de gravedad.

Distribución de los médicos entrevistados, según su percepción sobre cuál causa provocaría una larga estancia del paciente ingresado



Discusión

El 26.5 por ciento de los pacientes tenían entre 40 a 49 años. No relacionándose con el estudio realizado por Edgar Rolando Ruiz Sembra en el Hospital Nacional Arzobispo Loaya en el 2016, donde el 20.8% tenían entre 55 a 64 años. El 75.5% eran del sexo masculino. No coincidiendo con el estudio realizado por Jade Frías Orozco et al., en la Universidad de Cartagena en el 2013, donde el 60% eran del sexo femenino.

El 100% fueron ingresados por emergencia. Coincidiendo con el estudio realizado por Edgar Rolando Ruiz Sembra en el Hospital Nacional Arzobispo Loaya en el 2016, donde el 88.7% fueron ingresados por emergencia. El 73.5%

fueron hospitalizados por ortopedas. No coincidiendo con el estudio realizado por Edgar Rolando Ruiz Sembrera en el Hospital Nacional Arzobispo Loaya en el 2016, donde el 24.4% fueron hospitalizados por gastroenterólogos. Estas diferencias son esperadas debido al nivel de complejidad y tipo de servicios de larga estancia considerados.

El 44.9% de los pacientes tenía un tiempo ingresados entre 21 a 30 días. No coincidiendo con el estudio realizado por Edgar Rolando Ruiz Sembrera en el Hospital Nacional Arzobispo Loaya en el 2016, donde el 72.6% tenían entre 10 a 19 días hospitalizados. El 71.4% considera regular la atención del personal médico. En un estudio realizado por Jade Frías Orozco et. al., en la Universidad de Cartagena en el 2013, donde el 90% de los pacientes considera la atención del personal como excelente.

El 51.0% de los pacientes consideran que el tiempo de hospitalización no es suficiente para que mejore su condición de salud. No coincidiendo con el estudio realizado por Edgar Rolando Ruiz Sembrera en el Hospital Nacional Arzobispo Loaya en el 2016, donde el 75% percibe que el tiempo de hospitalización es suficiente para mejorar su condición de salud. El 81.6% opinó que sí recibe orientación sobre su enfermedad de parte del personal médico, coincidiendo con el estudio realizado por Jade Frías Orozco et. al., en la Universidad de Cartagena en el 2013, donde el 95% dice que si recibe información sobre su enfermedad. El 85.7% no recibe el pase de visita del día por parte del médico. No coincidiendo con el estudio realizado por Jade Frías Orozco et. al., en la Universidad de Cartagena en el 2013, donde el 81% recibe el pase de visita del día. El 60% de los médicos dicen que la causa principal de hospitalización es la enfermedad respiratoria y accidente de tránsito. En un estudio realizado por Dially Ysabel Karin Chero Farro y Angella Danae Cabanillas Olivares en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA) en el 2016, donde el 43.2% de los médicos menciona que la causa principal de hospitalización de los pacientes es por la hipertensión arterial.

El 46.7% de los médicos dicen que el solo el 40% de los que llegan por emergencias son hospitalizados. Relacionándose con el estudio

realizado por Dially Ysabel Karin Chero Farro y Angella Danae Cabanillas Olivares en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA) en el 2016, donde el 56.8% de los médicos dicen que el 60% llegan por emergencia. El 66.7% de los médicos dicen que la causa que prolonga la hospitalización es la condición de gravedad. Coincidiendo con el estudio realizado por Dially Ysabel Karin Chero Farro y Angella Danae Cabanillas Olivares en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA) en el 2016, donde el 75% de médicos afirman que la causa de prolongada de hospitalización en la condición de gravedad.

El 60% de los médicos opina que los pacientes duran el tiempo necesario para su mejoría. Coincidiendo con el estudio realizado por Rubén Darío Agudelo Loaiza en la Universidad Católica de Manizales en el 2014, donde el 55% de los médicos dicen que los pacientes duran el tiempo necesario para su mejoría. El 66.7% de los médicos percibe que la cantidad de cama no resuelven la demanda de los pacientes que asisten. En un estudio realizado por Roxana Sánchez Fernández en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2017, donde el 50.5% de los médicos dicen que la cantidad de camas no resuelven la demanda de los pacientes que asisten. El 46.7% o de los médicos opina que la larga lista de espera para la cirugía provoca que la estancia de los pacientes sea más larga.

A partir de los resultados del estudio se recomienda desarrollar estrategias y políticas que estén orientadas a mejorar la desproporción entre oferta y demanda de servicios de salud que podría superar la capacidad de los hospitales para atender pacientes; establecer programas de mejoras sobre la gestión de la calidad que incluya a todas las actividades de la organización y la participación activa de todo el personal en todos los niveles con el propósito de favorecer la reducción de costos; mayor rentabilidad, mejoras en la productividad; fortalecer y eficientizar los servicios de urgencia, puerta de entrada a la hospitalización, considerando que la eficiencia es una condición importante debido a que los recursos son limitados; acciones dirigidas a disminuir el promedio de la estancia hospitalaria de pacientes, indicador de eficiencia, porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados

en los hospitales, ya que estancias prolongadas de pacientes pueden considerarse como indicador de falta de eficiencia e inequidad. Además, de la relación directa entre la prolongación de la estancia y la disponibilidad de camas, también se aumentan los costos de la atención, el riesgo de eventos adversos y la mortalidad. Acciones orientadas a mejorar la relación entre el prestador y los usuarios de los servicios de estancias prolongadas. Incluye acciones para mejorar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados sobre el trato recibido por el personal médico y de enfermería del hospital, disponibilidad de equipos e insumos necesarios para su atención, disminución de la larga lista de espera y de las complicaciones de salud originadas por las estancias prolongadas o están en espera de un proceso quirúrgico y que no han sido y la implementación de protocolos médicos de manejo y seguimiento de pacientes de estancias prolongadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosswell M. Medición de la calidad médica mediante estadísticas vitales Basadas en áreas de servicio hospitalario. *AMJ PubHealth*, 2013;42:276-286.
2. García A, Ramos I, García J, Gálvez A. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. *Escuela Nacional de Salud Pública*; 2012. [Internet]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1211/infd061211.htm>.
3. Afanador G. Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario. *Revista Inalde* [Internet]. Disponible en: <http://www.inalde.edu.co/sala-de-prensa/revista-inalde/detalleblog/ic/atencion-segura-y-de-calidad-al-paciente-a-traves-del-manejo-del-proceso-hospitalario/icac/show/Content/2013>.
4. Correa A. Baja capacidad hospitalaria. *Periódico El Colombiano*, septiembre del 2013 [Internet]. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/B/baja_capacidad_hospitalaria/baja_capacidad_hospitalaria.asp.
5. Specchia M, Poscia A, Volpe M, Parente P, Capizzi S et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC Health Serv Res*. 2015, 142.
6. Brouns A, Stassen P, Lambooj S, Dieleman J, Vanderfeesten I et al Organisational factor induce prolonged emergency department length of stay in elderly patients: A retrospective cohort study. *Plos One* 2015; 10(8) e0135066
7. Edgar Rolando Ruíz Semba; Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna hospital nacional arzobispo Loayza 2016.
8. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít.Salud*.2014;13(27):274-295.<http://dx.doi.org/10.11144/Javerianargy ps13-27.dehm>.
9. Correa A. Baja capacidad hospitalaria. *Periódico El Colombiano*, septiembre del 2010 [Internet]. Disponible en: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/B/baja_capacidad_hospitalaria/baja_capacidad_hospitalaria.asp
10. Perales P, Amores P, Escrivá R, Pastor A, Alvarruiz J, De la Calzada J. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. *Revista Emergencias*. 2013; 16: 111-5.
11. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública*. 2013; 30 (1).
12. Tell W, Nataraja S. Next-Generation Capacity Management. Collaborating for Clinically Appropriate and Efficient Inpatient Throughput. *Advisory Board International*; 2013.
13. Álvarez Hernández Mario. La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano: cien años de historia. Universidad Nacional. Bogotá 2014. 39p.
14. Belletti GA, Enders J, Serra G, Yorio MA. Score predictor de días de estancia para sala común. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2012;65(1):8-16.
15. Arias M. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en neonatos. *Revista chilena de pediatría*. 2014;85(2):164-73.
16. Rivero A, Sendino M, Cózar R, Pascual M, García J, García C, et al. Análisis y desarrollo

- de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2012 Disponible en: <http://www.msps.es/estad> Estudios/estadisticas/docs/analisis.pdf (última revisión 19-05-2014).
17. Kellerman A. Crisis in the emergency department. *N Engl J Med.* 2013 Sep 28;355(13):1300-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/> DOI: 10.1056/NEJMp068194.
 18. Handel D, Hilton J, Ward M, Rabin E, Zwemer F, Pines J. Emergency department throughput, crowding, and financial outcomes for hospitals. *Acad Emerg Med.* 2012 Aug;17(8):840 - 7. Disponible en: <http://dx.doi.org/> DOI: 10.1111/j.1553-2712.2010.00814.x
 19. Ministerio de Salud. NTS N° 042-MINSA. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. 2011.
 20. Ministerio de Salud. RM N° 064-2001-SA/DM /Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencia de establecimientos de salud. 2000. La Contraloría General de la República. Informe_N292-2012-CG "Veeduría a la Implementación y Cumplimiento de las Normas Técnicas en las Áreas Críticas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales". 2012.
 21. La Contraloría General de la República. Informe_ N348-2012-CG "Veeduría a la Implementación y Cumplimiento de las Normas Técnicas en las Áreas Críticas del Hospital Maria Auxiliadora". 2012.
 22. González Angulo IJ. Plan de Acción 2012 del Programa de Mejoría de la Calidad, Acervo Normativo HCAGGSSN 2012.
 23. Arredondo A. Costos económicos en la producción de Servicios de Salud: del costo de los insumos al costo del manejo de casos. *Salud Pública Méx.*, 2013; 39:117-124
 24. Vargas-Fuentes Mauricio Gerencia de Servicios de Salud. Instituto Centroamericano de Salud Pública (ICAP). Costa Rica 2012.
 25. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.
 26. Chirinos E., Rivero E., Goyo A., Méndez E., Figueredo. Indicadores de Gestión para medir la Eficiencia Hospitalaria. *Negotium: revista de ciencias gerenciales* 2013;4(10):50-63
 27. Jiménez Paneque Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Mar 09]; 30(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es
 28. Carreño A. Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá. *Revista Universidad & Empresa.* 2013;17:203-222.
 29. Kuri-Morales P, Chávez-Cortés C. La transformación de sistema y los espacios de la salud pública. *Gaceta Médica de México* 2012; 148:509-517.
 30. Kuntz L, Scholtes S, Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *Eur J Health Econ.* 2015;8(3):213-223.
 31. Jones SA, Joy MP, Pearson J. Forecasting demand of emergency care. *Health care Manag Sci* 2015 (4):297-305.

PRÁCTICAS DE BIOSEGURIDAD ANTE EL COVID-19 UTILIZADAS POR EL PERSONAL DE SALUD Y PERCEPCIÓN SOBRE LAS FACILIDADES DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN OFRECIDAS POR LA GERENCIA EN DOS HOSPITALES ESPECIALIZADOS DEL DISTRITO NACIONAL (DICIEMBRE 2020)

Coordinadores del trabajo: *Ramón Jiménez (MA) y Manuel Tejada (MA)*

AUTORES

Hospital A: *Francis González; Carlos Domenech; Rubiela Peña; Ingrid Cuevas; Nancy Cuevas; Carlos Jiménez; Yoselin Núñez; Reginald Canon; Yaquelin Félix; Niulca Díaz; Agustina Soriano; Yosmairy Carvajal*

Hospital B: *Yokarelis Díaz; Angela Núñez; Lisbety Hernández; Paola Hernández Grechi Ozoria; Francisca De Oleo.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con la finalidad de evaluar las prácticas de bioseguridad ante el COVID-19 utilizadas por el personal de salud que ofrece servicios en áreas de prevención y tratamiento del COVID-19 y la percepción sobre las facilidades del equipo de protección ofrecido por la gerencia hospitalaria en dos centros hospitalarios públicos del Distrito Nacional, diciembre 2020. La muestra estuvo constituida por todo el personal de salud (90) que labora en esta área (médicos, enfermeras, bioanalistas, camilleros personal de conserjería). **Resultados:** El grupo de edad más frecuente fue de 30 a 44 (50%), predomina el sexo femenino (56.7%). Se destaca un importante porcentaje de personas en soltería (32.2%) y de personas casadas o unidas (60%). El 45.6% son médicos, más de un tercio enfermeras, un 12.2% camilleros y el 6.7%, bioanalistas. **Conocimientos COVID-19:** El 40% tienen conocimientos. Más del 90% conoce las medidas de protección y de cómo se transmite esta enfermedad. **Prácticas de prevención del COVID-19:** Alrededor del 40% cuenta con adecuadas prácticas para la

prevención de esta enfermedad. Alrededor del 80% utilizan guantes y todo el equipo de protección. Un 76.7% se cambian los guantes entre pacientes. **Percepción de facilidades:** El 43% percibe como adecuadas o moderadas estas facilidades y más del 50% como escasas. Se observan diferencias significativas en las facilidades según centros de salud, siendo mayor las facilidades en el Hospital B ($p = 0.000$). Menos de un 80% de los casos identifican que el centro ofrece facilidades; los protocolos solo están disponible en el 71.1% de los casos; más del 80% define como adecuadas las medidas de bioseguridad. **Percepción de la calidad y riesgos ocupacionales del COVID-19:** El 24.4% percibe como alto el riesgo de exposición al COVID-19, un 16.7% moderado y cerca del 60% a escaso riesgo. Los riesgos ocupacionales fueron superiores en el personal de salud del área de atención al COVID del Hospital B (72.2%) con relación al 12.5% observado en el Hospital A ($p = 0.000$). El 78.9% percibe que el material de bioseguridad es de calidad y que se ha expuesto de manera prolongada a un número alto de pacientes COVID

Palabras Clave: *COVID-19, conocimientos, prácticas, percepción de facilidades, riesgos ocupacionales.*

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study was carried out in order to evaluate the biosecurity practices in the face of COVID-19 used by health personnel who offer services in areas of prevention and treatment of COVID-19 and the perception of the facilities of the equipment protection offered by the hospital management in two public hospitals in the National District, December 2020. The sample consisted of all health personnel (90) who work in this area (doctors, nurses, bioanalysts, orderlies, concierge staff). **Results:** The most frequent age group was from 30 to 44 (50%), the female sex predominated (56.7%). A significant percentage of single people (32.2%) and married or united people (60%) stand out. 45.6% are doctors, more than a third nurses, 12.2% orderlies and 6.7%, bioanalysts. **COVID-19 knowledge:** 40% have knowledge. More than 90% know the protection measures and how this disease is transmitted. **COVID-19 prevention practices:** Around 40% have adequate practices for the prevention of this disease. Around 80% use gloves

and all protective equipment. 76.7% change gloves between patients. **Perception of facilities:** 43% perceive these facilities as adequate or moderate and more than 50% as scarce. Significant differences are observed in the facilities according to health centers, the facilities being greater in Hospital B ($p = 0.000$). Less than 80% of the cases identify that the center offers facilities; the protocols are only available in 71.1% of the cases; more than 80% define biosafety measures as adequate. **Perception of the quality and occupational risks of COVID-19:** 24.4% perceive the risk of exposure to COVID-19 as high, 16.7% moderate and close to 60% at low risk. Occupational risks were higher in health personnel in the COVID care area of Hospital B (72.2%) compared to the 12.5% observed in Hospital A ($p = 0.000$). 78.9% perceive that the biosafety material is of quality and that it has been exposed for a long time to a high number of COVID patients.

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que el COVID-19 ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Aunque no son representativos, los datos de muchos países de todas las regiones de la OMS indican que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general.²

En República Dominicana, los hospitales públicos se han visto abarrotados de casos de COVID-19, asimismo se ha reportado que el personal hospitalario se ha contagiado a pesar de los protocolos de bioseguridad implementados en los centros de atención a la salud. No obstante, se ha manifestado que algunos carecen de todos los equipos de protección necesarios para hacer frente a la pandemia del COVID-19. Por lo tanto, el propósito del presente estudio es analizar las prácticas de bioseguridad ante el COVID-19 utilizadas por el personal de salud y percepción sobre las facilidades del equipo de protección ofrecido por la gerencia hospitalaria, en dos hospitales especializados del Distrito Nacional.

Un estudio realizado por Saqlain et al.³, con el objetivo de identificar el estado actual del conocimiento, la actitud y la práctica con respecto a COVID-19 entre los trabajadores sanitarios en Pakistán, e identificar las fuentes de información utilizadas y las barreras para el control de infecciones percibidas por los trabajadores sanitarios mediante un cuestionario autoadministrado mostró que los trabajadores sanitarios tienen buen conocimiento (93.2%, N = 386), una actitud positiva [media 8.43 (desviación estándar 1,78)] y buenas prácticas (88.7%, N = 367) con respecto a COVID-19. Los trabajadores sanitarios percibieron que el

material limitado para el control de infecciones (50,7%, N = 210) y el escaso conocimiento sobre la transmisión (40,6%, N = 168) eran las principales barreras para el control de infecciones. El análisis de regresión indicó que era más probable que los farmacéuticos demostraran buenas prácticas que otros trabajadores sanitarios (razón de momios 2.247, intervalo de confianza del 95% 1.11–4.55, p = 0.025). Este estudio encontró que los trabajadores sanitarios en Pakistán tienen buenos conocimientos, pero existen lagunas en aspectos específicos del conocimiento y la práctica que merecen atención.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve hasta qué punto la protección de los trabajadores de la salud es clave para garantizar el funcionamiento del sistema de salud y de la sociedad. El COVID-19 ha expuesto a los trabajadores de la salud y a sus familias a niveles de riesgo sin precedentes. Aunque no son representativos, los datos de muchos países de todas las regiones de la OMS indican que el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud es mucho mayor que entre la población general.²

El COVID-19 se ha convertido en una amenaza para la salud mundial. Con la transmisión comunitaria en curso de personas asintomáticas, se espera que aumente la carga de morbilidad. Como resultado, habrá una necesidad continua de trabajadores de atención médica (TAM) de primera línea en roles de cara al paciente. Debido a que este trabajo requiere una exposición personal cercana a los pacientes con COVID-19, los TAM de primera línea tienen un alto riesgo de infección, lo que contribuye a una mayor propagación. Las estimaciones iniciales sugieren que los TAM de primera línea podrían representar 10-20% de todos los diagnósticos.⁴

La literatura sugiere que la falta de conocimiento y los malentendidos entre los TAM llevan a un diagnóstico tardío, la propagación de la enfermedad y una práctica deficiente en el control de infecciones. Ya se han infectado varios miles de trabajadores sanitarios, por tanto, la prevención de la transmisión intrahospitalaria de esta enfermedad transmisible es una prioridad.³

Es fundamental garantizar la salud y la seguridad de los TAM porque tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles, incluidos los virus respiratorios que se propagan por gotitas, debido a su alto nivel de exposición en el trabajo⁵, por lo que reviste especial interés en conocer cuáles son las prácticas de bioseguridad ante el COVID-19 utilizadas por el personal de salud y percepción sobre las facilidades del equipo de protección ofrecido por la gerencia hospitalaria, en estos centros de salud, diciembre 2020, por lo que profundiza en describir el perfil sociodemográfico del personal de salud vinculados a los servicios de COVID-19; identificar los conocimientos de bioseguridad para el manejo del COVID-19 del personal de salud; identificar las prácticas de bioseguridad ante el COVID-19, revelar la percepción sobre las facilidades del equipo de protección ofrecido al personal de salud y de la calidad de la protección contra el COVID-19.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal con la finalidad de evaluar las prácticas de bioseguridad ante el COVID-19 utilizadas por el personal de salud y la percepción sobre las facilidades del equipo de protección ofrecido por la gerencia hospitalaria, en dos hospitales especializados del Distrito Nacional, diciembre 2020.

Universo y muestra

Estuvo conformado por todos el personal de salud que ofrece servicios en áreas de prevención y tratamiento del COVID-19 en los referidos centros hospitalarios y la muestra conformada por todo el universo.

Material y métodos

Antes de la aplicación del cuestionario, los encuestadores le explicaron al personal de salud detalladamente los objetivos del estudio, y se les aplicó el cuestionario a quienes firmaron el consentimiento informado. A través de la

aplicación de un cuestionario, se identificó el perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil); tipo de personal de salud; percepción de facilidades de obtención de los equipos de protección ofrecidos al personal de salud; percepción de calidad de los equipos de protección ofrecidas al personal de salud; prácticas de bioseguridad; y conocimiento sobre bioseguridad ante COVID-19

El cuestionario fue elaborado luego de una exhaustiva revisión de la literatura, y se tomaron y modificaron algunos ítems de autores como Matsuda¹⁰ y Saqlain³. La prueba piloto se realizó antes de la recolección de datos y a partir de los resultados fueron identificados y corregidos los errores de redacción y preguntas ambiguas.

Una vez recolectada toda la información, se procedió a tabular los datos mediante el uso de los softwares SPSS-25.0 y el Microsoft Excel 2010. Sus resultados fueron presentados en cuadros estadísticos y se utilizaron medidas descriptivas como promedios, intervalos de confianzas y la prueba de Chi cuadrado de Perarson para apoyar el análisis de los resultados.

Criterio de inclusión

- Personal de salud vinculados a las áreas de atención y prevención del COVID
- Personal de salud vinculados a las áreas de atención y prevención del COVID que acepten de manera voluntaria participar en la investigación.

Criterio de exclusión

- Personal de salud vinculados a las áreas de atención y prevención del COVID que no acepten de manera voluntaria participar en la investigación
- Personal de salud que laboran en las áreas de atención y prevención del COVID que no estaban presentes al momento de la encuesta (embarazadas, de licencia de maternidad, licencia médica o inactivos al momento de la investigación)

Criterios éticos

La presente investigación cumplió con los principios éticos de declaraciones internacionales como la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg. El presente estudio fue realizado con la autorización de la gerencia de los referidos centros hospitalarios. Antes de la aplicación del cuestionario se solicitó la autorización del personal de salud Hospital, respetando el principio de consentimiento informado; sin identificar el nombre al cuestionario para mantener la confidencialidad.

RESULTADOS

Fueron entrevistados un total de 90 personas que laboran en esta área, de los cuales, 72 para el 80% corresponden al Hospital A y 18 (20%) en el Hospital B.

El instrumento de recolección cuenta con cinco secciones. La primera sección está dirigida a conocer el perfil del personal que labora en las áreas del COVID en estos centros hospitalarios, la segunda evalúa los conocimientos sobre bioseguridad que tiene el personal de salud que labora directamente en las áreas de COVID-19. Esta sección está constituida por 6 preguntas codificadas de acuerdo a la escala de Likert con valores de 1 al 5 donde puntuaciones menores de tres, (1 **Nunca**, 2 **Rara vez**, 3 **A veces**) muestran un escaso conocimiento y valores mayores de tres, (4 **Casi siempre** y 5 **Siempre**) se asocia a adecuados conocimientos. Cada una de las respuestas de estas preguntas fueron sumadas por lo que la mínima puntuación esperada en conjunto en esta sección es de 6 y la máxima de 30 puntos, pasando luego a ser recodificadas de acuerdo a los siguientes percentiles:

- a) < 60% escaso conocimiento,
- b) 60 a 79% conocimiento moderado
- c) 80% y Tiene conocimientos

Las demás secciones están orientadas a conocer las prácticas sobre bioseguridad, así como sobre la percepción de facilidades que ofrece el centro para la prevención del COVID-9 y la de identificar la percepción de la calidad y riesgos ocupacionales del COVID-19. Cada una de ellas fue igualmente recodificada y sus percentiles agrupados tal como se procedió en la sección sobre conocimientos.

Perfil sociodemográfico del personal de salud

Uno de los objetivos fue el de describir el perfil sociodemográfico del personal de salud que trabaja en las áreas de atención al COVID-19, por lo que estos fueron indagados sobre su edad, sexo, estado civil y tipo de profesional de la salud presentados en el Cuadro 1.

En lo que concierne a la edad, los resultados presentados en el Cuadro 1, muestran que este personal es relativamente joven con un 36.7% menores de 30 años de edad y solo un 13.3% mayores de 45 años. Cabe destacar que fue un poco mayor la participación del sexo femenino vinculados a esta área de COVID (56.7% femenino).

En cuanto al estado civil se observa que alrededor de un tercio son solteros, el 60% está casado o vive en unión libre y un 7.8% divorciados o separados.

La mayoría de los entrevistados fueron médicos (45.6%); tanto médico general (18.9%) como especialistas (26.7%), un 35.6% fueron enfermeras, camilleros un 12.2% y el 6.7% bioanalistas.

Cuadro 1. Perfil sociodemográfico del Personal de salud de atención COvid-19 encuestados, diciembre 2020

Perfil	Total	%
Centros de Salud		
Hospital A	72	80.0
Hospital B	18	20.0
Edad/años		
< 30 años	33	36.7
30- 44 años	45	50.0
45 y + años	12	13.3
Sexo		
Masculino	39	43.3
Femenino	51	56.7
Estado Civil		
Soltero	29	32.2
Casado	23	25.6
Unión libre	31	34.4
Divorciado	7	7.8
Personal de salud		
Médico general	17	18.9
Médico especialista	24	26.7
Enfermeros	32	35.6
Camilleros	11	12.2
Bioanalistas	6	6.7

Total	90	100.0
--------------	-----------	--------------

Fuente: Encuesta directa al Personal de salud de atención COvid-19

Conocimiento sobre bioseguridad ante COVID-19

El nivel de conocimiento sobre el COVID-19 que tiene este personal fue evaluado a través de la formulación de seis preguntas relacionadas con: si recomienda una cuarentena durante 14 días a una persona no tiene síntomas, pero cree que he estado expuesto a la COVID; si lavarse las manos con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol mata los virus que pueda haber en sus manos; si recomienda mantener una distancia mínima de un metro para prevenir el COVID-19; si se propagan a través de gotículas; sobre el tiempo que transcurre entre la exposición a la COVID 19 y el momento en que comienzan los síntomas y si se propaga por transmisión entre seres humanos.

Los resultados presentados de manera general en el Cuadro 2, ponen de manifiesto que solo alrededor de un tercio de los profesionales de la salud del Hospital A tienen conocimientos sobre esta enfermedad, en cambio, este nivel es dos veces superior (66.7%) en el Hospital B. En ambos centros de salud el 47.8% cuentan con escasos conocimientos según puede observarse en el Cuadro 2. De un valor máximo esperado de 30 se obtuvo una puntuación promedio de 26.01 (IC95%: 24.93 a 27.09). La prueba de Chi-cuadrado de Pearson (7.733) muestra diferencias en el nivel de conocimientos estadísticamente significativas respecto al centro de salud (Prueba de chi-cuadrado de Pearson $\chi^2=7.733$; $p=0.021$) y no significativas de acuerdo al sexo del personal de salud entrevistado ($\chi^2=1.315$, $p=0.518$ Ns)

Cuadro 2: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por hospitales, según su conocimiento sobre esta enfermedad.

Conocimiento	Centro de Salud					
	Hospital A		Hospital B		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escaso conocimiento	37	51.4%	6	33.3%	43	47.8%
Conocimiento moderado	11	15.3%	0	0.0%	11	12.2%
Tiene conocimientos	24	33.3%	12	66.7%	36	40.0%
Total	72	100.0%	18	100.0%	90	100.0%

Puntuaciones medias = 26.01 (IC95%: 24.93 a 27.09)

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 7.733, p=0.021

Cuadro 3: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por sexo, según su conocimiento sobre esta enfermedad.

Conocimiento	Sexo					
	Masculino		Femenino		Ambos sexos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escaso conocimiento	21	53.8%	22	43.1%	43	47.8%
Conocimiento moderado	5	12.8%	6	11.8%	11	12.2%
Tiene conocimientos	13	33.3%	23	45.1%	36	40.0%
Total	39	100.0%	51	100.0%	90	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 1.315, p=0.518Ns

A manera individual, se observa en el Cuadro 4 que alrededor del 90% de este personal casi siempre o siempre conoce que lavarse las manos con agua y jabón o con un desinfectante previene de esta enfermedad, que esta se puede propagar a través de

gotículas y por transmisión entre seres humanos. En menor porcentaje (76.7%) estos recomiendan una cuarentena durante 14 días si una persona no tiene síntomas, pero cree que ha estado expuesta al COVID.

Cuadro 4: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9, según cuáles conocimientos posee sobre esta enfermedad.

Indicadores	Nunca, rara vez o a veces		Casi siempre o siempre	
	Total	%	Total	%
Si una persona no tiene síntomas, pero cree que he estado expuesto a la COVID ¿recomienda que haga una cuarentena durante 14 días?	21	23.3%	69	76.7%
Lavarse las manos con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol ¿mata los virus que pueda haber en sus manos?	10	11.1%	80	88.9%

¿Se recomienda mantener una distancia mínima de un metro entre usted y los demás para prevenir el COVID-19?	12	13.3%	78	86.7%
¿El COVID-19 se propagan a través de gotículas?	9	10.0%	81	90.0%
¿El tiempo que transcurre entre la exposición a la COVID 19 y el momento en que comienzan los síntomas suele ser de alrededor de cinco o seis días, pero puede variar entre 1 y 14 días?	21	23.3%	69	76.7%
¿El COVID-19 se propaga por transmisión entre seres humanos?	10	11.1%	80	88.9%

Prácticas de bioseguridad

Otro de los objetivos centrales del estudio fue indagar sobre las prácticas de bioseguridad que utiliza este personal para prevenir esta enfermedad, por lo que los entrevistados fueron cuestionados sobre un conjunto de ocho preguntas relacionadas con: la frecuencia que utiliza guantes durante los tratamientos, sobre si cambia las mascarillas entre pacientes y utiliza todo el equipo de protección personal como mascarilla clínica guantes, bata de manga larga y protección ocular (gafas o pantalla facial). Igualmente, sobre la frecuencia que cambia las mascarillas entre pacientes, si se lava las manos antes de colocarte los guantes o después de atender al paciente y si al llegar a su casa, toma

las medidas de protección del Covid-19 (uso de mascarilla, quitarse ropa y calzados, lavado etc.).

Las ocho afirmaciones relacionadas con estas prácticas, analizadas de manera conjunta, revelan que un poco menos del 60% de los 90 entrevistados fueron considerados de contar con escasas prácticas y el 40.2% de prácticas moderadas o de adecuadas prácticas tal como se evidencia en el Cuadro 5. De los 40 puntos máximos esperados se obtuvo una puntuación promedio de 32.78 puntos (IC95%: 31.51 a 34.05), siendo el personal de esta área del Hospital A los que presentan mejores prácticas ($\chi^2 = 20.508, p = 0.000$)

Cuadro 5: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por centros de salud, según prácticas de bioseguridad que emplea para prevenir esta enfermedad.

Prácticas	Centro de Salud					
	Hospital A		Hospital B		Ambos centros	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escasa prácticas	49	68.1%	4	22.2%	53	58.9%
Prácticas moderadas	14	19.4%	3	16.7%	17	18.9%
Buenas prácticas	9	12.5%	11	61.1%	20	22.2%
Total	72	100.0%	18	100.0%	90	100.0%

Puntuaciones medias = 32.78 (IC95%: 31.51 a 34.05)

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 20.508, p = 0.000$).

Al comparar si existían diferencias en las prácticas para la prevención del COVID respecto al sexo, el análisis estadístico mediante la Pruebas de chi-cuadrado revela mejores

prácticas en mujeres siendo estadísticamente significativas las diferencias observadas (Pearson $\chi^2 = 12.108, p = 0.002$).

Cuadro 6: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por sexo, según prácticas de bioseguridad que emplea para prevenir esta enfermedad.

Prácticas	Sexo		
	Masculino	Femenino	Ambos sexos

	Total	%	Total	%	Total	%
Escasa prácticas	31	79.5%	22	43.1%	53	58.9%
Prácticas moderadas	4	10.3%	13	25.5%	17	18.9%
Buenas prácticas	4	10.3%	16	31.4%	20	22.2%
Total	39	100.0%	51	100.0%	90	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 12.108, p=0.002.

El análisis particular de este conjunto de afirmaciones presentado en el Cuadro 7 revela que, en tres de ellas, un poco más del 80% casi siempre o siempre utilizan guantes durante los tratamientos, utilizan todo el equipo de

protección, se lavan las manos después de atender al paciente y al llegar a su casa, toma las medidas de protección del Covid-19 (uso de mascarilla, quitarse ropa y calzados, lavado etc.). El 76.7% se cambian los guantes entre pacientes, Las prácticas que menos usan es la del cambio de mascarillas entre pacientes (31.1%)

Cuadro 7: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9, según cuáles prácticas de bioseguridad emplea para prevenir esta enfermedad. (N= 90)

Indicadores	Nunca, rara vez o a veces		Casi siempre o siempre	
	Total	%	Total	%
¿Con qué frecuencia utilizas guantes durante los tratamientos?	11	12.2%	79	87.8%
¿Con qué frecuencia te cambias los guantes entre pacientes?	21	23.3%	69	76.7%
¿Con qué frecuencia te cambias las mascarillas entre pacientes	62	68.9%	28	31.1%
¿Con qué frecuencia utiliza todo el equipo de protección?	13	14.4%	77	85.6%
¿Con qué frecuencia te cambias las mascarillas entre pacientes?	39	43.3%	51	56.7%
¿Con qué frecuencia te lavas las manos antes de colocarte los guantes?	18	20.0%	72	80.0%
¿Con qué frecuencia te lavas las manos después de atender al paciente	12	13.3%	78	86.7%
Al llegar a tu casa, ¿toma las medidas de protección del Covid-19 (uso de mascarilla, quitarse ropa y calzados, lavado etc.)	15	16.7%	75	83.3%

Percepción de facilidades

También fue de interés conocer la percepción de las facilidades que ofrece el centro para prevenir esta enfermedad, por lo que se indagó sobre cuatro preguntas que tienen que ver con la disponibilidad de material de bioseguridad para el control de infecciones, sobre si la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo se cumplen completamente; si el área de los desechos de los materiales de bioseguridad es adecuada y si

conocen si está disponible un protocolo de bioseguridad.

El Cuadro 8, revela que alrededor de un 23.3% de los entrevistados opinaron que son adecuadas las facilidades que otorga el centro, el 20% lo considera como moderadas y el 59.7% opina que son escasas facilidades. De una puntuación esperada de 20 puntos en estas cuatro preguntas se obtuvo una puntuación promedio de 16.67 (IC95%: 16.00 a 17.33). Se observan diferencias

significativas en las facilidades según centros de salud, siendo mayor las facilidades para la prevención del COVID en el hospital B ($X^2=30.289$

$p=0.000$). De acuerdo al sexo los resultados mostrados en el Cuadro 9 no revelan diferencias importantes ($X^2=4.483$, $p=0.106$)

Cuadro 8: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por sexo, según su percepción de las facilidades que ofrece el centro para prevenir esta enfermedad.

Facilidades	Centro de Salud					
	Hospital A		Hospital B		Ambos centros	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escasas facilidades	48	66.7%	3	16.7%	51	56.7%
Facilidades moderadas	16	22.2%	2	11.1%	18	20.0%
Adecuadas facilidades	8	11.1%	13	72.2%	21	23.3%
Total	72	100.0%	18	100.0%	90	100.0%

Puntuaciones medias = 16.67 (IC95%: 16.00 a 17.33)

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 30.289 $p=0.000$

Cuadro 9: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por sexo, según su percepción de las facilidades que ofrece el centro para prevenir esta enfermedad

Facilidades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Ambos sexos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escasas facilidades	26	66.7%	25	49.0%	51	56.7%
Facilidades moderadas	8	20.5%	10	19.6%	18	20.0%
Adecuadas facilidades	5	12.8%	16	31.4%	21	23.3%
Total	39	100.0%	51	100.0%	90	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 4.483 $p=0.106$ Ns

En las cuatro afirmaciones sobre facilidades antes mencionadas, en tres de ellas, el porcentaje que opinaron que casi siempre o siempre el centro ofrece facilidades fue un poco más del 80% que perciben que está disponible el material de bioseguridad para el control de infecciones, que la limpieza y desinfección de las

áreas de trabajo se cumplen completamente y que es adecuada el área de los desechos de los materiales de bioseguridad. En menor porcentaje la disponibilidad de protocolos solo está disponible siempre o casi siempre en el 71.1 de los casos.

Cuadro 9: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9, según su percepción de cuáles facilidades ofrece el centro para prevenir esta enfermedad

Indicadores	Nunca, rara vez o a veces		Casi siempre o siempre	
	Total	%	Total	%
¿Percibe que el material de bioseguridad proporcionado por el hospital está disponible para el control de infecciones?	15	16.7%	75	83.3%
¿Percibe que la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo se cumplen completamente?	18	20.0%	72	80.0%

¿El área de los desechos de los materiales de bioseguridad es adecuada?	17	18.9%	73	81.1%
¿Conoce si está disponible un protocolo de bioseguridad?	26	28.9%	64	71.1%

Percepción de la calidad y riesgos ocupacionales del COVID-19

En esta sección fueron incluidas seis preguntas relacionadas con la calidad y riesgos ocupacionales relacionadas con la percepción de la calidad del material de bioseguridad proporcionado por el hospital; sobre si la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo se realizan con calidad; si trabaja en un departamento de alto riesgo para el COVID-19 y realiza jornadas de largas horas en ese servicio; si se ha expuesto de manera prolongada aun un número alto de pacientes COVID-19.

En resumen, los resultados mostrados en el Cuadro 10, muestran también que el 24.4% de los entrevistados perciben que están expuestos a un alto riesgo de COVID-19, un 16.7% perciben este riesgo como moderado y el 58.9% considera que este riesgo ocupacional es escaso.

La máxima puntuación esperada en esta sección de 6 preguntas es de 30 puntos siendo el promedio realmente observado de 19.70 puntos (IC95%: 18.66 a 20.74). Se observan en el Cuadro 10 diferencias estadísticamente muy significativas en cuanto a la exposición de riesgos ocupacionales con relación al centro de salud, siendo esta exposición muy superior en el personal de salud del área de atención al COVID del Hospital B (72.2%) con relación al 12.5% observado en el Hospital A ($X^2=29.733$, $p=0.000$).

En lo que concierne al sexo, tal como se observa en el Cuadro 11, no se encontraron diferencias significativas lo que explica que tanto los hombres como las mujeres están sometidos al mismo riesgo ocupacional ($X^2 = 5.122$ $p=0.077$ Ns)

Cuadro 10: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por centro de salud, según su percepción sobre cuáles riesgos ocupacionales está expuesto por el COVID-19.

Facilidades	Centro de Salud					
	Hospital A		Hospital B		Ambos centros	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escaso riesgo	51	70.8%	2	11.1%	53	58.9%
Riesgo moderado	12	16.7%	3	16.7%	15	16.7%
Alto riesgo	9	12.5%	13	72.2%	22	24.4%
Total	72	100.0%	18	100.0%	90	100.0%

Puntuaciones medias = 19.70 (IC95%: 18.66 a 20.74)

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 29.733, $p=0.000$

Cuadro 11: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9 por sexo, según su percepción sobre a cuáles riesgos ocupacionales está expuesta por el COVID-19.

Percepción del riesgo	Sexo					
	Masculino		Femenino		Ambos sexos	
	Total	%	Total	%	Total	%
Escaso riesgo	27	69.2%	26	51.0%	53	58.9%
Riesgo moderado	7	17.9%	8	15.7%	15	16.7%
Alto riesgo	5	12.8%	17	33.3%	22	24.4%

Total	39	100.0%	51	100.0%	90	100.0%
-------	----	--------	----	--------	----	--------

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson 5.122 p=0.077

El análisis particular de cada una de las preguntas relacionadas a los riesgos ocupacionales presentado en el Cuadro 12, destaca que es muy bajo el porcentaje de entrevistados que perciben que casi siempre o siempre han estado expuesto a esta enfermedad. Los mayores porcentajes que consideran que casi siempre o siempre perciben que el material de bioseguridad es de calidad (78.9%) y que se ha expuesto de manera

prolongada a un número alto de pacientes COVID (61.1%), alrededor del 50% percibe que la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo son realizadas con calidad y trabajan en un departamento de alto riesgo. Cabe destacar que el 86.7% de este personal nunca, rara vez o a veces participan en actividades de capacitación sobre el COVID.

Cuadro 12: Personal de salud encuestado en el área de atención al COVID-9, según su percepción sobre cuáles riesgos ocupacionales está expuesto por el COVID-19.

Indicadores	Nunca, rara vez o a veces		Casi siempre o siempre	
	Total	%	Total	%
¿Qué tanto percibe que el material de bioseguridad proporcionado por el hospital es de calidad?	19	21.1%	71	78.9%
¿Qué tanto percibe que la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo se realizan con calidad?	44	48.9%	46	51.1%
¿Trabaja Usted en un departamento de alto riesgo para el COVID-19?	43	47.8%	47	52.2%
¿Trabaja Usted jornadas de largas horas en este servicio?	58	64.4%	32	35.6%
¿Se ha expuesto usted de manera prolongada aun un número alto de pacientes COVID-19?	35	38.9%	55	61.1%
Participan en actividades de capacitación sobre el COVID	78	86.7%	12	13.3%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Debido a que el COVID-19 es un virus nuevo del cual a la fecha se podría cuestionar cuál es su medio de transmisión, ha representado un gran reto para los organismos de salud la protección del personal y las facilidades para que la misma sea posible.

A partir del análisis de los resultados de los 72 entrevistados que laboran en áreas de atención al COVID en estos centros de salud se establecen las siguientes conclusiones

Perfil sociodemográfico

- El grupo de edad más frecuente fue de 30 a 44 años con un 50%, predomina el sexo femenino

(56.7%). Se destaca un importante porcentaje de personas en soltería (32.2%) y de casados(as) o viven en unión libre (60%).

- El 45.6% de los entrevistados son médicos, tanto médico general (18.9%) como especialistas (26.7%), 35.6% enfermeras, camilleros un 12.2% y el 6.7% bioanalistas.

Nivel de conocimientos COVID-19

- El 40% de los profesionales de la salud entrevistados tienen conocimientos sobre esta enfermedad, Del máximo valor esperado en esta dimensión (30 puntos) se alcanzó una puntuación media de 26.01 (IC95%: 24.93 a 27.09). Se observaron diferencias significativas en el nivel de conocimientos

respecto al centro de salud ($p=0.021$) y no significativas de acuerdo al sexo ($p=0.518$ Ns)

- Cerca del 90% de este personal conoce las medidas de protección y cómo se transmite esta enfermedad entre seres humanos. Aunque en menor porcentaje (76.7%) recomiendan una cuarentena durante 14 días si una persona no tiene síntomas y creen que ha estado expuesta al virus del COVID-19.

Prácticas de prevención del COVID-19

- Alrededor del 40% de los entrevistados cuentan con moderada o buenas prácticas para la prevención de esta enfermedad y el 58.9% de escasas prácticas. De los 40 puntos máximos esperados se obtuvo una puntuación promedio de 32.78 puntos (IC95%: 31.51 a 34.05), siendo el personal de esta área del Hospital B los que presentan mejores prácticas ($p=0.000$). No hubo diferencias en las prácticas de acuerdo al sexo ($p=0.487$ Ns).
- Alrededor del 80% de los entrevistados utilizan guantes durante los tratamientos, así como todo el equipo de protección y se lavan las manos después de atender al paciente.
- Un 76.7 % se cambian los guantes entre pacientes. Las prácticas que menos usan es la del cambio de mascarillas entre pacientes (27.8%).

Percepción de facilidades

- Se percibe a partir de las respuestas de los entrevistados que en el 43.3% de los casos clasifican como adecuadas o moderadas las facilidades que otorga el centro, sin embargo, el 57.7% las clasifica como escasas. De una puntuación esperada de 20 puntos en estas cuatro preguntas se obtuvo una puntuación promedio de 16.67 (IC95%: 16.00 a 17.33). Se observan diferencias significativas en las facilidades según centros de salud, siendo mayor las facilidades para la prevención del COVID en el Hospital B ($p=0.000$). De acuerdo al sexo los resultados no revelan diferencias importantes ($p=0.106$)

- En menos de un 80% de los casos identifican que el centro ofrece facilidades, los protocolos solo está disponible en el 71.1% y un poco más del 80% define como adecuadas las medidas de bioseguridad y que siempre está disponible el material de bioseguridad para el control de infecciones, así como de adecuada el área de los desechos de los materiales de bioseguridad.

Percepción de la calidad y riesgos ocupacionales del COVID-19

- El 24.4% de los entrevistados perciben que están expuestos con alto riesgo al COVID-19, un 16.7% percibe un riesgo moderado y cerca del 60% lo clasifica de escaso. De un valor esperado de 30 puntos, se obtuvo una puntuación promedio 19.70 puntos (IC95%: 18.66 a 20.74). Los riesgos ocupacionales fueron superiores ($p=0.000$) en el personal de salud del área de atención al COVID del Hospital B (72.2%) con relación a los del Hospital A (12.5%). No se encontraron diferencias significativas respecto al sexo ($p=0.077$ Ns)
- Se destaca que es muy bajo el porcentaje de entrevistados que perciben que han estado expuesto a esta enfermedad.
- Un porcentaje significativo percibe que el material de bioseguridad es de calidad (78.9%) y que se ha expuesto de manera prolongada a un número alto de pacientes COVID (61.1%).
- El 51.1% considera que siempre o casi siempre la limpieza y desinfección de las áreas de trabajo son realizadas con calidad y trabajan en un departamento de alto riesgo.
- Un 35.6% siempre o casi siempre trabaja jornadas de largas horas en este servicio.
- Es escaso el porcentaje del personal de salud que labora en el área del COVID-19 que siempre o casi siempre participan en actividades de capacitación sobre el COVID (13.3%).

Recomendaciones

Luego de haber realizado esta investigación, surgen las siguientes recomendaciones:

1. La gerencia hospitalaria debe implementar protocolos apropiados para el manejo, almacenamiento y envío de muestras y asegurar el cumplimiento de medidas de bioseguridad a todos los trabajadores del laboratorio. El embalaje, envío y transporte de muestras que se sospeche o se sepa que están contaminados con SARS-CoV-2 deben estar regulados.
2. Capacitar a todo el personal de laboratorio sobre cualquier procedimiento adicional desarrollado por el hospital para manipular de manera segura las muestras de pacientes con COVID-19 sospechosos o confirmado. Esto incluye capacitación sobre los procedimientos de comunicación vigentes entre el personal clínico y de laboratorio para garantizar la notificación oportuna y adecuada de las muestras contaminadas con SARS-CoV-2 sospechosas o confirmadas.
3. Revisar de forma rutinaria las prácticas de laboratorio estándar y los procedimientos de seguridad y salud con los trabajadores de laboratorio; capacitar y probar la competencia de los trabajadores en la implementación adecuada de estos procedimientos y prácticas; y asegurar una adherencia constante a ellos.

El personal de laboratorio debería:

4. Seguir los requisitos aplicables, incluidos los patógenos transmitidos por la sangre, equipo de protección personal, protección respiratoria y exposición ocupacional a sustancias químicas peligrosas en laboratorios.
5. Debe informar inmediatamente a su supervisor sobre cualquier incidente o accidente que implique una exposición potencial o real al SARS-CoV-2, así como el desarrollo de síntomas compatibles con COVID-19.
6. Asegurarse de que sus instalaciones y precauciones cumplan con el Nivel de Bioseguridad apropiado para el tipo de trabajo realizado (incluidos los agentes biológicos específicos, en este caso, SARS-CoV-2) en el laboratorio.
7. Todos los trabajadores de salud (médicos, enfermeras, bioanalistas, camilleros, etc.) deben estar completamente equipados con el equipo de protección personal (EPP) necesario diseñado para proteger la piel, los ojos, las membranas mucosas, las vías respiratorias y la ropa del usuario en contacto con agentes infecciosos. Estos incluyen: guantes, batas / delantales (proteger la piel y / o la ropa), máscaras, respiradores, gafas y protectores faciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. Ginebra: OMS; [acceso 13 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. 17 de septiembre de 2020, comunicado de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/17-09-2020-keep-health>.
3. Saqlain et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *Journal of Hospital Infection*. 2020; 105 (3): 419-423.
4. Nguyen et al. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study. medRxiv: the preprint server for health sciences. 2020.
5. Nabil A et al. Prevalence of positive COVID-19 among asymptomatic health care workers who care patients infected with the novel coronavirus: A retrospective study. *Annals of Medicine and Surgery*. 2020; 57: 14-16.
6. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/symptoms-causes/syc-20479963>.
7. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
8. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Síntomas de la enfermedad del coronavirus [sede Web]. CDC; [20 de marzo del 2020; 29 de abril del 2020]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronav>.
9. Centers for Disease Control and Prevention [sede Web]. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/>.
10. Matsuda JK, Grinbaum RS, Davidowicz H. The assessment of infection control in dental practices in the municipality of São Paulo. *Braz J Infect Dis*. 2011; 15(1): 45-51.
11. Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado 27 agosto 2020]. 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9
12. Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G. Kraemer, K. Khan, Pneumonia of unknown etiology in wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. *J. Trav. Med.*[Internet]. 2020 [Citado 18 mar 2020]. 2(1). Disponiblle en: URL <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>.
13. Who.int. World Health Organisation. 2020. [actualizado 12 enero de 2020, citado 19 mar 202]. Disponible en: URL <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
14. L.L. Ren, Y.M. Wang, Z.Q. Wu, Z.C. Xiang, L. Guo, T. Xu, et al., Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study, *Chinese Med J* [Internet] 2020 [citado 10 mar 2020] 30 (5). Disponible en: URL <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000>

[00722](#).

15. C. Huang, Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 19 mar 2020] 395 (10223). Disponible en: URL 497–506, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
16. Lu, H. (2020). Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). *BioScience Trends*. [Internet] 2020 [citado 18 mar 2020] 14 (1). Disponible en: URL doi:10.5582/bst.2020.01020
17. Rothan H., Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*. [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 17 (1). Disponible en: URL <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
18. Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*. [Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 20 (3). Disponible en: URL doi:10.1002/jmv.25689
19. <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/consecuencias-de-la-pandemia-del-covid-19-en-las-desigualdades-s.html#:~:text=Muchos%20factores%20asociados%20a%20la,del%20COVID%2D19%3B%20podr%C3%ADan%20llevar>
20. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
21. Ong SW, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MS, et al. Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. *JAMA*. 2020 Mar 4 [epub disponible antes de su publicación]
22. Zhang Y, Chen C, Zhu S et al. [Isolation of 2019-nCoV from a stool specimen of a laboratory-confirmed case of the coronavirus disease 2019 (COVID-19)]. *China CDC Weekly*. 2020;2(8):123–4 (en chino)
23. <https://www.xataka.com/medicina-y-salud/ritmo-reproduccion-r0-covid-19-doble-que-se-estimaba-cinco-veces-mayor-que-gripe>
24. Dehan Liu, Lin Li, Xin Wu, Dandan Zheng, Jiazheng Wang, Lian Yang, and Chuansheng Zheng Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19)
25. Pneumonia: A Preliminary Analysis. *American Journal of Roentgenology* 2020 215:1, 127-132. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.20.23072>
26. Polak, S. B., Van Gool, I. C., Cohen, D., von der Thüsen, J. H., & van Paassen, J. (2020). A systematic review of pathological findings in COVID-19: a pathophysiological timeline and possible mechanisms of disease progression. *Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41379-020-0603-3>
27. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence [published online ahead of print, 2020 May 30]. *Brain Behav Immun*. 2020;S0889-1591(20)30954-5. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260522/>
28. Ojha V, Mani A, Pandey NN, Sharma S, Kumar S. CT in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review of chest CT findings in 4410 adult patients [published online ahead of print, 2020 May 30]. *Eur Radiol*. 2020;1-10. doi:10.1007/s00330-020-06975-7.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261039/>
29. Delpino, M. V., & Quarleri, J. (2020). SARS-CoV-2 Pathogenesis: Imbalance in the ReninAngiotensin System Favors Lung Fibrosis. *Frontiers in cellular and infection microbiology*, 10, 340. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00340>
30. Gentile, F., Aimo, A., Forfori, F., Catapano, G., Clemente, A., Cademartiri, F., Emdin, M., & Giannoni, A. (2020). COVID-19 and risk of pulmonary fibrosis: the importance of planning ahead. *European journal of preventive cardiology*, 2047487320932695. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/2047487320932695>
31. Sohail S. (2020). Radiology of COVID-19 - Imaging the pulmonary damage. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(Suppl 3)(5), S60–S63. <https://doi.org/10.5455/JPMA.21>
32. Bose, R., & McCarthy, J. R. (2020). Direct SARS-CoV-2 infection of the heart potentiates the cardiovascular sequelae of COVID-19. *Drug discovery today*, S1359-6446(20)30249-X. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2020.06.0213>
33. Babapoor-Farrokhran, S., Gill, D., Walker, J., Rasekhi, R. T., Bozorgnia, B., & Amanullah, A. (2020). Myocardial injury and COVID-19: Possible mechanisms. *Life sciences*, 253, 117723. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.117723>
34. Aggarwal, G., Cheruiyot, I., Aggarwal, S., Wong, J., Lippi, G., Lavie, C. J., Henry, B. M., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Association of Cardiovascular Disease With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Severity: A Meta-Analysis. *Current problems in cardiology*, 45(8), 100617. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2020.10.0617>

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ¿PURA O APLICADA?

AUTOR: José Luis Adames (PhD)

Director Dpto. de Planificación, Desarrollo Institucional y Aseguramiento de la Calidad de la UNIREMHOS

En nuestro país existe la tendencia natural a privilegiar los proyectos de investigación propios de las ciencias aplicadas más que de las ciencias puras. Hay razones importantes para esto, por ejemplo:

1. Las capacitaciones tradicionales de nuestras universidades se han centrado en carreras cuyas investigaciones son propias de las ciencias aplicadas.
2. Los proyectos de investigación aplicados son más directamente rentables para las empresas y el Estado. Para este último porque pueden tomarse como una base de conocimientos que orienten las políticas públicas; para las primeras porque generan entradas monetarias más realistas.
3. A la ciencia pura no se le puede exigir plazos de presentación de resultados, ni posibilidad de aplicación, inmediata o no, en beneficio de la sociedad.
4. La cultura de investigación es más fácilmente dirigible a la investigación aplicada que a la pura.

Nuestra tesis, sin embargo, es que la investigación pura es tan importante como la aplicada y el Estado debe tomar los correctivos para una mayor formación de recursos humanos e institucionales en estas áreas, dado el gran desbalance que actualmente tenemos.

a. Sobre la terminología. Dentro de las diversas formas de clasificar la investigación científica (o, simplemente, 'ciencia'), seguiremos la siguiente, quizás un tanto *sui generis*: ciencias puras versus ciencias aplicadas. Las primeras tienen como objetivo final producir conocimiento (ya sea con soporte empírico, como en la física, la biología o la sociología, o sólo formal como en las matemáticas), la segunda produce conocimiento de *casos* (espacio-temporalmente delimitados), en función de otro fin posterior no científico (como en las ciencias médicas, cuyo fin central es la salud; las criminológicas, cuyo fin primordial es

el tratamiento del delito con fines preventivos o penales; o las ciencias pedagógicas, cuyo fin último es una mejor humanización).

b. Ahora bien, es claro que no se puede llevar a cabo una investigación aplicada sin un conocimiento relativamente sólido de las ciencias puras. Un investigador que desea analizar una situación fáctica en la que se describe un caso particular, debe orientar su diseño investigativo por las leyes bien sustentadas de las ciencias teóricas. La ciencia médica, por ejemplo, debe conocer las leyes biológicas y químicas generales que rigen la evolución o comportamiento de los virus (incluso, leyes sociales, si se trata de su propagación por el entorno humano), si pretende estudiar las causas ambientales o de otra índole que provocan su generación o transmisión en ciertas poblaciones humanas, pongamos por caso, la población de Wuhan o toda la provincia de Hubei en la China central, entre los años 2019 y 2020. De no tenerse ese *background* teórico, y suponiendo de todas formas posible la investigación «aplicada» (que con ese presupuesto habría que cambiársele el nombre), podría pensarse erróneamente que, o bien son situaciones propias del entorno o, en el extremo opuesto, son generalizables a todas las regiones y tiempos; pero estas afirmaciones sólo corresponden, en principio, a las ciencias puras. O, peor aún, de no saberse con aceptable precisión estos detalles, los estudios poco servirían como depósito de experiencias aprovechables en otras latitudes o, incluso, en las mismas latitudes en otros tiempos.

Por otro lado, la sola producción de ciencia aplicada junto a la incapacidad de producir ciencias puras nos coloca, en el campo investigativo, en situación análoga al del campo del desarrollo industrial y tecnológico cuando nos dedicamos a la sola producción de bienes derivados del uso de las tecnologías importadas sin la capacidad de producir tecnologías propias. Es el panorama que sufrimos los países subdesarrollados o, como suele llamarse, en vías

de desarrollo, a la vez que una causa de esa misma situación: sabemos pescar (cuando sabemos...), pero somos incapaces de fabricar masivamente nuestras propias redes y aperos y, peor, los mismos instrumentos con los que las fabricamos. Y así como dependemos del vaivén de esas tecnologías, dependemos también de lo que los países desarrollados dictaminen como las mejores teorías científicas.

c. Sin embargo, hay que concientizar el hecho de que las teorías científicas no son un conjunto de declaraciones totalmente acabadas y definitivas. Existen siempre dudas y aspectos abiertos que, sin embargo, no detienen la puesta en práctica de sus presupuestos y resultados, de los que se sirven las ciencias aplicadas. Por ello Karl Popper creía que las teorías o leyes científicas nunca perdían su carácter de hipótesis. Pongamos algunos ejemplos. En la psicología, la teoría del desarrollo de la conciencia moral de Lawrence Kohlberg, que sigue el trabajo de Jean Piaget, supone ese desarrollo a través de 3 niveles, cada uno de dos etapas. Sin embargo, adolece, por ejemplo, de problemas para justificar los niveles más altos de desarrollo: no queda claro si algunas desviaciones a partir del segundo nivel (como el escepticismo ético) son precisamente desviaciones o, al contrario, nuevas posibilidades igualmente legítimas. O si ciertas etapas se alcanzan de forma natural o suponen que la persona asuma actitudes de forma consciente y libre.

Un ejemplo interesante es el nuevo brote de coronavirus SARS-CoV-2, causa de la enfermedad denominada *Covid-19*. Era hasta el presente un coronavirus desconocido. Pero, a partir de las teorías microbiológicas de los coronavirus parece poder sostenerse que estos brotes tienen una dinámica recurrente de propagación, aunque no es una dinámica perfectamente generalizable por estar basada en aspectos estadísticos. Se cree que el brote disminuiría con la llegada de la primavera porque estos tipos de virus suelen no resistir ambientes calurosos. De no ser cierto, las teorías microbiológicas, cuando se relacionan con dinámicas de propagación para este tipo de virus, tendrían que replantearse. Las ciencias aplicadas no pueden ser ciegas a estas limitaciones de las ciencias puras. Porque, si bien tienen una importancia vital, están supeditadas a los planteamientos de sus hermanas teóricas.

d. En realidad, la relación es simbiótica. Hemos tratado de dejar claro en este ensayo la supeditación de las ciencias prácticas a las teóricas. Pero, en aspectos heurísticos y de verificación, estas últimas suelen estar supeditadas a las primeras. El proceder de las ciencias prácticas es siempre una ocasión más para poner a prueba la misma validez de las ciencias teóricas. Si un científico social aplicando la teoría de Kohlberg en vistas, por ejemplo, de la creación de material didáctico para la enseñanza de la moral en ciertas etapas de desarrollo, acrecienta su base empírica de datos sobre desvíos de difícil reorientación en ese desarrollo, flaco servicio nos brindaría si no se atreve a modificar los presupuestos de esa teoría y mejorar su planteamiento o, quizás, invalidarla. También, heurísticamente, dada la realidad contextual siempre presente a las ciencias prácticas y su rica experticia en el manejo de la realidad circundante, las *sugerencias* de nuevas ideas y generalizaciones a leyes planteadas por sus hermanas teóricas son mayores. Esto último deja traslucir los aspectos difusos de sus diferenciaciones: el científico práctico podría verse en el apuro de hacer ciencia teórica al levantar su diagnóstico en vistas de un fin no científico, al igual que un fin no científico podría servir de inspiración a un científico puro para plantear sus teorías. Aún más, las ciencias médicas, por ejemplo, en realidad tienen un fuerte componente de ciencia pura que han desarrollado desde ellas mismas, incluso con apoyo institucional.

e. Esto último apunta a la necesidad de un equipo pluridisciplinario que vele por la práctica de la investigación científica. No sólo del Estado y de personal e instituciones dedicadas equilibradamente a los tipos de investigación mencionados (de ciencias exactas, naturales y sociales), sino de protagonistas de otras disciplinas que se muestran indispensables en nuestro mundo actual como son, por ejemplo, filósofos e intelectuales críticos. Y es que el discurso que presentamos acá se inscribe, en cualquier caso, en la reflexión filosófica y no en la producción científica. A este respecto, hagamos una reflexión final. En un conocido comercial de una cadena de noticias internacionales en español se dice más o menos esto: «Algunos dicen que este vaso está medio

lleno, otros dicen que está medio vacío, lo cierto, lo indudable, es que está por la mitad: porque los hechos son los hechos». En efecto, en general tenemos perspectivas distintas, y subjetivas, más allá de los hechos. Pero la misma emisora nos recuerda lo siguiente en otro comercial en el que promociona otro de sus segmentos de noticias en el que, al parecer, ahora poseen valor las *perspectivas*: «... porque el mundo es uno solo, pero las perspectivas son varias...». No repararemos en el hecho de que la emisora pudiera estar o no usando las dos afirmaciones dependiendo de si el viento sopla a su favor, sin embargo, se esconde acá una ineludible contradicción: O bien solo vemos en los hechos lo que nos inducen *nuestras perspectivas*, o bien captamos directamente *los hechos*. La mejor forma de salirle al paso a esta contradicción —o así tendemos a creer— es atenerse al método científico de generar conocimiento, pues, la ciencia no desea ser *una perspectiva* sino captar la lógica inherente a la concatenación invariable de los hechos.

La realidad es otra. Los «hechos» a los cuales accede la ciencia dependen decididamente de las categorías que las mismas ciencias han creado, y sus teorías no son más que *otra* de las variadas perspectivas al respecto. Un «vaso de agua por la mitad» es *también* un conjunto de moléculas interactuantes que conforman un material vidrioso, el aire y el líquido, encerrados en un cierto volumen, etc. para un científico natural, o la posibilidad médica de calmar la sed, o la oportunidad de interactuar simbólicamente con referencia a nuestros pares sociales, o la posibilidad psicológica de inducirnos a una cierta creencia en una propaganda, etc. Que un «vaso de agua por la mitad» sea claramente un vaso de agua por la mitad se puede precisar sólo si dejamos claro también la perspectiva desde la cual se le pretende observar. Los hechos no son de acceso inmediato como podría pensar la persona común, pues, como seres lingüísticos y culturales, siempre se nos presentan con un componente teórico que nos sirve de guía para precisar la mirada que deseamos darles o para delimitar el contexto en el cual lo sumergimos. La mente filtra los otros aspectos y cree estar en contacto con la realidad cruda, pero es más exacto decir que está sumergida en el «hecho» que *ella* discrimina y presenta ante ella libre de

otras relaciones o connotaciones. Es posible, dirán, que los hechos sean una comunión de todas esas perspectivas, pero sólo aclarándonoslo discursivamente podremos saberlo (y, entre otras cosas, saber cómo coordinar esas distintas perspectivas y cuál privilegiar o cómo). La ciencia, por su parte, pretende contribuir a esta tarea especializándose en las formas de descripción y explicación más universal y racionalmente aceptables de las relaciones entre los hechos, en suma, en la producción de conocimiento. Pero no deja con ello de ser *una perspectiva más* —diferenciada de las otras, claro está, por la connotada autoconciencia de sus propios límites cognitivos y de la necesidad de fundamentación a la vez empírica y racional.

f. Finalicemos con un aspecto ético. Las ciencias puras son en parte el resultado de la reflexión crítica y desprejuiciada y de la creatividad ínsita en los seres humanos. La *cultura investigativa pura e institucionalizada* —en toda su gama y complejidad: ciencias exactas, naturales y sociales, más el aporte de intelectuales y críticos—, *afinada conceptualmente*, claro está, por las mismas exigencias de las ciencias teóricas, de su revisión y aplicación crítica, es propicia para crear un ambiente cultural de discusión cívica y estilizada que irrigue las demás esferas reflexivas del ser humano, lo que crea mayor conciencia autocrítica de las reales necesidades del hombre y, por ende, un deseo mayor de una vida centrada en necesidades materiales y espirituales ni “hipo” ni “híper” infladas. La educación e institucionalización de las ciencias puras, por tanto, crea un ambiente propicio para la *educación moral* del hombre inquieto por aportar a la verdad humanamente alcanzable y por alcanzar una vida significativa y plena —y menos inquieto por vivir de prejuicios y ostentaciones.

Sirva toda esta reflexión, también filosófica, para hacer ver tanto la necesidad de aumentar urgentemente la cultura investigativa de nuestro país en áreas puras como la autonomía de pensamiento y producción científica que nos brinda.