



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

**RAZONES DEL USO DE CELULARES QUE IMPLICAN RIESGO PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES EN UNA
CLÍNICA DE TRUJILLO**

Tesis para obtener el grado académico de:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

Autor:

Dany Rubén Soriano Ramírez (0000-0002-0375-9931)

Asesor:

Dra. Eliana Guzmán Avalos (0000-0003-2833-5665)

Línea de investigación:

Seguridad del Paciente

Trujillo – Perú

2019

DEDICATORIA

Dedico ésta tesis a mis padres Jorge y Teresa, quienes siempre inculcaron y promovieron el estudio a sus hijos, como única herramienta para progresar en la vida.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a la vida, por brindarme el apoyo en cada decisión que he tomado, así mismo le agradezco por haberme dado una familia íntegra, digna y bondadosa, virtudes que siempre cultivaré en mi caminar profesional.

JURADO

DRA. MIRYAM GRISELDA LORA LOZA

Presidente

DRA. GLADYS LOLA LUJAN JOHNSON

Secretario

DRA. ELIANA JACKELINE GUZMÁN AVALOS

Vocal

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Dany Rubén Soriano Ramírez, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 18149529, con la tesis titulada **“RAZONES DEL USO DE CELULARES QUE IMPLICAN RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES EN UNA CLÍNICA DE TRUJILLO”**.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada, ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se construirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción deriven sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, 10 de agosto del 2019



Dany Rubén Soriano Ramírez

DNI: 18149529

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PÁGINA DEL JURADO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MÉTODO	23
2.1 Tipo y diseño de investigación	23
2.2 Escenario de investigación.....	23
2.3 Población, Muestra y Muestreo	23
2.4 Técnicas e instrumentos de Investigación	24
2.5 Procedimientos.....	26
2.6 Métodos de análisis de la información	27
2.7 Aspectos éticos de la investigación	28
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	39
V. CONCLUSIONES	44
VI. RECOMENDACIONES.....	45
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
VIII ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 01. Primera Reunión de Grupo Focal	31
Tabla 02. Grado de concordancia de los participantes de la Primera Reunión de grupo Focal	32
Tabla 03. Segunda Reunión de Grupo Focal	34
Tabla 04. Grado de concordancia de los participantes de la Segunda Reunión de Grupo Focal	35
Tabla 05. Tercera Reunión de Grupo Focal.....	36
Tabla 06. Grado de concordancia de los participantes de la Tercera Reunión de Grupo Focal	37

RESUMEN

Con el objetivo de analizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones, se realizó una investigación hermenéutica de perspectiva médico social y diseño analítico-interpretativo. Se realizaron 3 reuniones de Grupos Focales con la participación de 6 médicos especialistas, 3 médicos cirujanos, 6 enfermeras y 7 técnicas de enfermería de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019. Se encontró ocho razones: a) El uso de celulares como derecho privado; b) El desconocimiento de la existencia de normas que limitan el uso de celulares en sala de operaciones; c) El control del uso de celulares en todo escenario y momento de la atención al paciente; d) No poder aceptar frente a terceros haber tenido eventos adversos tras el uso de celulares; e) El celular forma parte de su estilo y forma de trabajo profesional; f) Están preparados para evitar accidentes que pongan en riesgo la seguridad del paciente; g) Cualquiera se puede olvidar poner el celular en modo de avión y; h) Nunca ha sido problema el usar celular en el trabajo. Se caracterizó con un grado de concordancia Muy Alto (89,3%) a las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones como: a) Jurídicas de derecho privado, socio-laborales, sociocultural y laboral-profesional. Con un grado de concordancia muy Alto (97,9%) las necesidades de información más valoradas fueron: Responsabilidad y ética profesional en torno al uso de celulares y especialmente en sala de operaciones; la normatividad nacional e internacional sobre el uso de celulares durante la atención hospitalaria y especialmente en sala de operaciones y; Métodos y estilos de trabajo profesional compatibles con el uso adecuado del celular en salud.

Palabras clave: Uso de celulares en sala de operaciones, riesgo, seguridad del paciente.

ABSTRACT

In order to analyze the reasons for the use of cell phones that imply a risk for the safety of the patient in the operating room, a hermeneutic investigation of social medical perspective and analytical-interpretive design was carried out. Three Focus Group Meetings were held with the participation of 6 specialist doctors, 3 surgeons, 6 nurses and 7 nursing technicians at the Fatima Clinic of Trujillo, 2019. Eight reasons were found: a) The use of cell phones as a private right; b) Ignorance of the existence of regulations that limit the use of cell phones in the operating room; c) The control of cell phone use in every scenario and moment of patient care; d) Not being able to accept against third parties having had adverse events after the use of cell phones; e) The cell phone is part of his style and form of professional work; f) They are prepared to avoid accidents that put the patient's safety at risk; g) Anyone can forget to put the cell phone in airplane mode and; h) It has never been a problem to use cell phones at work. The reasons for the use of cell phones that involve risk for the safety of the patient in the operating room were characterized with a Very High level of agreement (89.3%) as: a) Legal private, socio-labor, sociocultural and labor law -professional. With a very high degree of agreement (97.9%), the most valued information needs were: Responsibility and professional ethics regarding the use of cell phones and especially in the operating room; national and international regulations on cell phone use during hospital care and especially in the operating room and; Methods and styles of professional work compatible with the proper use of cell phones in health.

Keywords: Use of cell phones in the operating room, risk, patient safety.

I. INTRODUCCION

La OMS (2018), refiere que en el mundo cada año, millones de pacientes padecen de eventos adversos fatales como consecuencia de actividad médica insegura. Aproximadamente uno de cada 10 pacientes presenta algún daño al recibir atención de salud en hospitales de alta complejidad. Así mismo señala que, en la mayoría de países en vías de desarrollo de África, Asia, América Latina y el Caribe, por no contar con registros confiables de dichos eventos adversos, se desconoce acerca de la carga de la atención insegura real en instituciones públicas o privadas de menor complejidad, donde se presta el mayor número de servicios de atención de salud del mundo (OPS, 2013).

En países en vías de desarrollo de África, Asia, América Latina y el Caribe también se atribuían hasta hace una década, como causales únicos de la atención insegura a las limitantes económicas de los establecimientos de salud, que afectaba y afecta a todas las áreas como infraestructura, equipos biomédicos y recursos humanos. Los gastos anuales se estimaban entre 6,000 a 29,000 millones de dólares por año (OMS, 2014). Sin embargo, hoy en día las principales causas de los eventos adversos son atribuidas a los descuidos inducidos por usos de TIC, especialmente Tablets y Celulares de última generación, por parte del personal de salud, en todas las áreas de la prestación de servicios hospitalarios (OMS, 2016; OPS 2019).

Los estudios o investigaciones dirigidos a mejorar la seguridad del paciente fueron impulsados fundamentalmente por la Organización para la Excelencia de la Salud (OES), en estos últimos años (solo desde hace 5 años) y considerando a los eventos adversos de la atención hospitalaria provocados por descuidos asociados al uso de celulares, como un elemento constitutivo de la Gestión de la Cadena Cliente Proveedor Interno. Su papel fue encontrar soluciones que ofrezcan mejorar la seguridad de la atención de salud y prevenir posibles daños a los pacientes. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende las siguientes facetas: Determinar la gravedad del daño, la cantidad y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes; comprender la causa principal del daño ocasionado a los pacientes; encontrar diversos caminos para conseguir que la atención de salud sea más segura y evaluar cómo y cuánto impacta dichas medidas en situaciones de la vida real (OES, 2019).

Los primeros resultados fueron sistematizados por la OMS el año 2018, encontrándose que el 80% del personal asistencial en hospitales del mundo han experimentado errores en la atención por uso indebido de TIC (celulares y Tablets), por lo menos de 5 a 10 veces durante el año y no se han sentido nada bien con ello ni individual ni colectivamente (OMS, 2018). Casi el 30% del personal asistencial cuestiona su propio papel o participación en los casos, asumiendo responsabilidades profesionales denunciadas y no denunciadas por los pacientes y/o sus familiares, mientras que los establecimientos de salud solían asumir fuertes multas económicas y penalidad judiciales al respecto (OES, 2019). A raíz de dichos resultados los establecimientos de salud han desarrollado una cultura de culpabilidad en contra del profesional de salud haciendo que el paciente se sienta inseguro e insatisfecho con la atención recibida (OMS, 2018).

Las estrategias laborales en los establecimientos de salud solo se enfocaron en identificar y analizar los errores e incidentes y luego para controlar los temas de seguridad del paciente, pero no encontraron una manera eficaz de evitarlos. Por ejemplo, en el Reino Unido el interés central fue realizar una investigación de campo para determinar el impacto del uso del teléfono celular por parte del personal de salud y que generaba alta inseguridad en la atención del paciente hospitalizado. Después de analizar los casos de 178 hospitales encontró que el 43% de los incidentes de interferencia en la atención al paciente se debieron al uso del teléfono celular por parte del personal de salud y esto afectaba directamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención recibida (Alcaraz, 2018).

En otros países europeos como España, Italia, Hungría, Bulgaria, Bélgica, Suiza y Suecia, entre otros, un elemento fundamental de sus estrategias de atención hospitalaria se centró en el establecimiento de sistemas de notificación de incidentes para detectar y registrar incidentes. Este modelo fue reconsiderado rápidamente, debido a un informe realizado por parte de los médicos asociados en redes científicas europeas y latinoamericanas sobre la aceptación gradual de la imposibilidad de resolver el creciente número de problemas detectados en los sistemas de notificación que afectaban la seguridad del paciente y que repercutían la calidad de la atención recibida (Comisión Europea, 2014).

Los conceptos, técnicas laborales y estrategias sanitarias fueron cambiando en la medida que en países como el nuestro se confrontaron los modelos tradicionales de mejora de la

seguridad del paciente y la calidad de la atención, así como de los problemas específicos que surgían cuando se trataba de la satisfacción del paciente hospitalizado (OES, 2015). Para ello, a finales de la década pasada los investigadores en el campo de la seguridad, los profesionales de la salud y los gerentes tomaron los conceptos, técnicas y métodos del campo de la seguridad industrial y los aplicaron a la atención médica. Estos incluyeron un mayor énfasis en el papel de las condiciones latentes en la organización, lo que llevó al desarrollo de métodos de análisis de incidentes derivados de este modelo (MSC, 2010).

También se prestó mayor atención a los factores humanos y ergonómicos, tras el éxito en la mejora del diseño de interfaces y equipos en la industria de la ingeniería médica, el uso de tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) y un enfoque científico para la gestión de las condiciones de trabajo, el estrés y la fatiga (Prieto et al, 2013).

Todo ello derivó en políticas sanitarias que buscaban la certificación de los servicios hospitalarios bajo exigencias para la aplicación de programas de gestión de riesgos y nuevos indicadores en la seguridad del paciente. La seguridad y la gestión de riesgos se volvieron mucho más relevantes y hubo muchas iniciativas nuevas en el cuidado de la salud, pero el impacto en la seguridad del paciente seguía siendo desconocido puesto que la casuística promedio no varió significativamente, es más, en países como el nuestro, aumentó en más de un 20% (Estudio IBEAS, 2011; Alcaraz, 2018).

Se comenzó en todo el mundo a especular sobre la falta de compromiso por parte del profesional de la salud con respecto a la seguridad del paciente y se trasladaron las responsabilidades institucionales a responsabilidades individuales por el trato directo y diario con los pacientes, a pesar que, en la gran mayoría de hospitales y otros entornos de atención médica, por no decir todos, las actitudes y los valores de seguridad estaban lejos de ser óptimos (OMS, 2018; OMS, 2015).

En nuestro país se desarrolló una especie de cultura de culpabilidad, presiones para lograr un mayor rendimiento, falta de transparencia para el paciente, niveles variables de monitoreo del trabajo en equipo entre las prácticas clínicas y entre las diferentes áreas, hicieron no solo que se afecten más directamente la seguridad del paciente, sino también, la satisfacción del mismo con la atención recibida (OPS, 2013).

Las soluciones o estrategias basadas en la aplicación de paquetes o modelos de prácticas clínicas, poco o nada han dado resultados esperados. Pero, como al principio, los logros que se mostraban en los indicadores de sanitarios comenzaron a ser alentadores, esto llevó a hacer creer que la seguridad del paciente aumentaría progresivamente a medida que se establecieran nuevas intervenciones o modelos de prácticas clínicas más flexibles en cuanto a adaptabilidad en nuestra realidad hospitalaria. Sin embargo, la mejora de seguridad del paciente hospitalizado ha resultado ser mucho más complicada tras el uso de las TIC por parte del personal asistencial. La principal diferencia entre las perspectivas actuales y las que se imaginaron a mediados de la década del 2000 y 2010 es que los logros y las recompensas ahora se esperan en el mediano o largo plazo en lugar de un período de tiempo muy corto (Montserra- Capella, et al, 2015)

Uno de los productos residuales de estos procesos investigativos que tienen lugar hasta hoy en todo el mundo, es señalado por la propia OES (2019), que en países en vías de desarrollo como el nuestro, el uso de TIC (especialmente las Tablets y celulares) por parte de los profesionales de salud, se agregaba como problema mayor del mal estado de las instituciones públicas de salud. Es decir, se unió específicamente al mal estado de la infraestructura, los equipos biomédicos, la grave escasez de recursos financieros, la falta de calidad de los medicamentos, el bajo nivel de gestión de procesos de servicios de salud y en la lucha contra las infecciones, la falta de capacitación y formación del personal.

Las investigaciones más recientes a nivel internacional tenemos: Hernández, Castañeda y Arias (2017) que se propusieron analizar el uso de celulares y el riesgo de infecciones intrahospitalarias. El estudio bibliográfico concluyó en que el personal de salud debe reconocer al teléfono móvil como un fómite de bacterias patógenas y evitar su manipulación y uso dentro de las áreas hospitalarias, además de cumplir constantemente las normas de bioseguridad y procedimientos de asepsia (como la higiene de manos) dentro de la unidad de salud, considerando realizarla después de la manipulación del teléfono celular, así como llevar a cabo de forma rutinaria procedimientos de asepsia en la superficie de los teléfonos con agentes bactericidas como alcohol etílico al 70%.

Por su parte Pacheco, Estévez, Barco y Sánchez (2016) en México, se propusieron evaluar la repercusión de los dispositivos móviles en la atención de enfermería a usuarios en estado crítico. El estudio descriptivo, transversal midió los tiempos de interrupción del

cuidado de enfermería en el uso de dispositivos móviles de comunicación; se describió la exposición de estos artefactos con los equipos biomédicos por medio de una guía observacional, además se tomó muestra de los dispositivos móviles para su cultivo en agar nutritivo. Se encontró que el 75,00 % de los enfermeros estudiados hacían uso de los dispositivos móviles dentro de su jornada laboral; el 68,00 % hizo uso de algún dispositivo móvil mientras realizaba alguna actividad con el paciente; el 64,0% tenía contacto con equipo biomédico; el 100,00 % no se lavaba las manos antes y después de usarlos; en el 100,00 % de las muestras tomadas y cultivadas hubo crecimiento de Unidades Formadoras de Colonias a las 48 horas. Concluyeron en que los dispositivos móviles son distractores, adictivos y cuentan con carga bacteriológica, esto afecta en la atención directa al paciente, su uso aún no está regulado.

Así mismo Medina y Ponce (2015) en Ecuador se propuso determinar por qué el personal de la enfermería usa celulares durante su trabajo diario en el Quirófano del Hospital Universitario y evaluar el impacto que tiene esta situación en la seguridad y calidad de la atención al paciente, durante el periodo comprendido desde septiembre del 2014 a febrero del 2015. El estudio descriptivo y de diseño transversal, aplicó una encuesta a 36 enfermeras(os), encontrando que el 50% desconocen a profundidad los impactos negativos que puede ocasionar el uso del celular en áreas críticas, 44% del personal utilizó celulares Smartphone con Internet y sin protector en el Quirófano, sin que se haya observado un protocolo que prohíba expresamente el uso de estos dispositivos en las áreas críticas, lo que puede afectar la seguridad del paciente por distracción (50%), estrés, interferencia de equipos (45%) o como medio de transporte de agentes patógenos. El 97% del personal no esterilizó su celular previo a su ingreso a esta área crítica hospitalaria.

Un estudio interesante fue el que desarrolló Paz et al (2015) en Cali-Colombia, su objetivo fue determinar la presencia de microorganismos en dispositivos electrónicos ingresados al quirófano por el equipo quirúrgico en un hospital de tercer nivel en Cali. La investigación descriptiva de diseño transversal, involucro a una muestra de 14 dispositivos. Se realizaron muestreos de superficies anterior y posterior de los celulares. Los datos se analizaron con Excel y SPSS, encontrándose un promedio del 28.5 unidades formadoras de colonia, identificando *Staphylococcus* sp., *Streptococcus* sp., *Bacillus* sp, *Lactobacillus* sp., *Pseudomonas* sp., *Proteus* sp., *Actinomyces* sp., una levadura. Se

concluyó que las bacterias Gram positivas y Gram negativas aisladas demuestran la portación de microorganismos por los teléfonos móviles.

Por su parte Varela S (2014), en el hospital Universitario de Ferrol de la Coruña-España se propuso conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias. El estudio descriptivo transversal aplicó la encuesta Hospital Survey on Patient Culture a 29 profesionales. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6.8 sobre 10. Además, las dimensiones mejor valoradas son “Trabajo en equipo en la unidad” y “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad” con un 81% y 71% de respuestas positivas respectivamente. Las peor valoradas fueron “Dotación de personal” (62% de respuestas negativas) y “Percepción global de seguridad” (44%), las que junto con las dimensiones “Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente” y “Respuesta no punitiva a los errores” constituyen un 54%. Concluye en que la nota media de seguridad del paciente (6.8) es claramente mejorable, para lo que se han diseñado acciones de mejora para las dimensiones peor valoradas y de esta manera incrementar el nivel de cultura del personal de Enfermería de este servicio.

En todos estos estudios se parte de la premisa que el uso de celulares es una herramienta de mucha ayuda en todos los ámbitos y la sala de operaciones no es la excepción. Ya sea por las llamadas de emergencia recibidas o remitidas o por el uso de internet en situaciones emergentes, es así que un gran porcentaje de médicos manejan casi la totalidad de su información profesional desde éste dispositivo, generando una fuerte dependencia y no considerando que es una distracción con alto riesgo en la salud de sus pacientes de áreas críticas.

Sin embargo se reconoce que el uso de equipos celulares, específicamente en sala de operaciones, debe estar alineado a las recomendaciones señaladas por el Colegio Americano de Cirujanos (ACS), teniendo en cuenta que: el uso no controlado de equipos celulares en sala de operaciones por el cirujano o por otros integrantes del equipo quirúrgico puede distraer y colocar en estado de riesgo al paciente; los médicos dentro de sala de operaciones deben tener el apoyo de la comunicación vía celular con el personal asistencial; evitar la interferencia de los equipos de monitorización de pacientes con teléfonos celulares; el uso de celular en sala de operaciones debe ser exclusivo a llamadas

de emergencia o urgentes; una alarma audible puede ser empleada para las llamadas de emergencia; los equipos celulares o sus accesorios no deben atentar contra la integridad del campo estéril, de preferencia deben ser alejados de la zona; la utilización o manejo de los teléfonos cableados en la sala de operaciones también deben seguir las mismas recomendaciones que los equipos móviles; el tomar fotografías o filmar el acto quirúrgico debe estar dentro de los regímenes de la institución de salud respetando la confidencialidad o derechos de privacidad del paciente (Pérez, 2018).

De acuerdo con el estudio más reciente de TNS (2012), los temas principales del uso de celulares en centros laborales de atención hospitalaria serían la pertenencia, filiación o adherencia que en su conjunto empezaría en la adolescencia. Los jóvenes no solo toman decisiones acerca de las compras que se relacionan individualmente con ellos, sino que también se tienen en cuenta sus opiniones cuando se compran productos que son integrados al funcionamiento del hogar, especialmente cuando un producto o servicio es consumido por toda una familia. Esto durante su formación profesional los convierte en prescriptores eficientes de productos y servicios de tecnología digital, incluso cuando no los utilizan directamente. Por lo tanto, es importante que las instituciones de salud que contratan los servicios profesionales conozcan sus hábitos, gustos, preferencias, preocupaciones e incluso su capacidad para influir en otros.

El estudio también revela que los profesionales jóvenes, indistintamente de sus profesiones, son marquistas les gustan contar con aparatos celulares de última generación, incluso si no lo usan para cosas productivas. Pasan el tiempo libre conectado a las redes sociales con sus amigos, en la casa o en la calle, se divierten, cuidan el medio ambiente, comen alimentos saludables y tienen cierto rechazo a las drogas. A diferencia de otras generaciones, en su mayoría son nativos digitales porque no tenían que ajustar sus conocimientos analógicos al entorno virtual. No hay tecnología en su mundo antes y después, porque la tecnología es una parte esencial de sus vidas. Un profesional de salud digitalizado es un ser conectado permanentemente que pasa mucho tiempo o más solo con las máquinas que con su familia o amigos. El tiempo de ocio que les queda está muy preocupado por cuestiones relacionadas con la tecnología antes que con cuestiones en las que desempeña un papel decisivo (TNS, 2012).

Asimismo, el gasto medio en tecnología digital en profesionales jóvenes variaba al 2012 entre según los datos revelados por el estudio TNS (2012), entre 180 euros por mes y más de 2,160 por año. Esta cifra ha ido aumentando suponiendo actualmente un importe que supone unos 3,640 euros anuales. Al respecto, una contribución interesante es la desarrollada por la Fundación Española Atenea (2010) para el Ministerio de Salud, entre la población universitaria española, el informe revela que más del 80% de la población española está involucrada en escuchar música, usar internet e ir a bares. Estas actividades de ocio varían mucho dependiendo de si tienen lugar entre semana o los fines de semana. Si bien durante los días laborales o de responsabilidades académicas y reglas familiares son estrictas, al final de la semana, se considera como un período en el que los horarios y las normas se relajan, dedicándose a actividades gratuitas y sociales (Citado en De Sola, 2014; pag. 77-80).

Estas características de los estilos de vida de la mayoría de las personas en el mundo van marcando el paso a los comportamientos laborales futuros y las rutinas o las actividades laborales se van amoldando a comportamientos basados en el uso de tecnologías digitales y no al revés. Un estudio realizado por TNS (2012) revela que un gran porcentaje de profesionales admite que su actividad de ocio favorita es estar con sus amigos a través del internet (41%). Su tiempo libre gira en torno a la navegación en el ciberespacio.

El segundo tema que se analiza se relaciona con las diferencias basadas en los temas de desarrollo profesional en base a logros específicos relacionados con el uso de las TIC, es decir, se resisten a dejar sus estilos de vidas digitales, se manifiestan favorablemente en el uso de internet en todos los campos incluyendo el laboral y el recreativo, mientras que descartan más probabilidades de usar las interacciones sociales de recreación. Es más, muchos autores relacionan los estilos de vidas de los profesionales en salud con la dependencia de esta población con el teléfono móvil. Los profesionales de salud reportan haber experimentado algo de angustia y sufrimiento cuando se les acaba la batería y comentan incluso sobre el uso excesivo de éste (Frutos, Sánchez & Vázquez T. (2012).

Para los investigadores en el campo de la sociología, el fenómeno de internet es más que una preferencia por un medio. Internet es un espacio para la interacción, las relaciones y el intercambio en un entorno fuera del mundo de las responsabilidades sociales. A diferencia de otros medios masivos, las oportunidades que ofrecen los medios interactivos

en términos de participación, expresión de identidad, relaciones con pares, etc., representa un lugar en el que se desarrolla personalmente (Frutos y Vázquez, 2011).

Pero, nadie se vuelve dependiente o adicto al uso de los celulares por más que se abuse de ello. Todos estamos expuestos a la recompensa de un entorno estimulante que puede ser mal utilizado sin que necesariamente avance hacia la adicción. Y aquí viene el juego entre la vulnerabilidad que está precedida por la impulsividad como antecedente en el comportamiento individual y social y el sentido que le damos al concepto evolutivo de la personalidad, como el impulsor de rasgos de una alta sensibilidad a la amplificación actual del uso de celulares, a la necesidad de buscar en y con ellos sensaciones o estímulos novedosos (Búsqueda de sensaciones, Búsqueda de novedad). Se estructura así una baja autoestima, intolerancia a la frustración, ausencia o dificultad para lidiar con las circunstancias y problemas de la vida cotidiana, así como la tendencia a un estado de ánimo disfuncional, falta de afecto y pobreza en las relaciones sociales o familiares (Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010).

El hecho de que varios comportamientos adictivos incluyen prácticamente los mismos mecanismos biológicos y activaciones cerebrales nos lleva a la existencia de una conformación fenotípica progresiva continua de los circuitos nerviosos, esencialmente asociada con la dopamina, no nos hace ni más ni menos vulnerables a la adicción en el uso de celulares. Esto explicaría en parte el hecho de que las adicciones no son únicas, pero que generalmente se dividen dos o más conductas adictivas con o sin implicancias para la vida laboral o social (West, 2011).

Sin embargo, la característica de la vulnerabilidad más relevante en el comportamiento adictivo es la impulsabilidad o al menos el más prominente, y puede definirse como una tendencia a actuar sin conciencia, premeditación, juicio o estimaciones de sus consecuencias y esto implica acciones rápidas, no planificadas. Es decir, más allá de su función puramente adaptativa la vulnerabilidad se asociaría con conductas perjudiciales para acciones sociales individuales o inapropiadas donde existe un alto grado de conducta de desincentivo (Verdejo et al., 2010).

El Diagnostico de Salud Mental (DSM-5) de la American Psychiatric Association CIE/OMS describe a la impulsabilidad en la categoría de "trastornos" de desórdenes,

control de impulsos y otros cambios de comportamiento e incluye dificultades en el autocontrol y la autorregulación de las emociones y comportamientos que pueden conducir a problemas sociales. La CIA (2013) lo define, por otra parte, dentro de la "alteración de los hábitos y el control de los impulsos" como un comportamiento que no tiene una motivación racional clara y que generalmente daña al individuo y los impulsa a realizar acciones que no pueden ser controladas.

Sin embargo, las diferencias entre uso, abuso y dependencia son por lo tanto importantes cuando se analizan las tendencias de la persona al consumo de ciertas sustancias, como el alcohol o el tabaco en términos razonables, puede ser común, así como el abuso esporádico. Incluso si el abuso se vuelve continuo, no necesariamente conduce a una mayor dependencia. Y aquí es donde se mencionará el concepto de vulnerabilidad y explicaría por qué no siempre existe el desarrollo de la adicción en quienes abusan de algo como el uso del celular (CIA, 2013).

Todo este debate se da porque existe una tendencia natural a buscar sensaciones y refuerzos en la vida cotidiana. De hecho, el circuito de refuerzo nervioso se activa constantemente a diario en casi todas nuestras acciones, experiencias y comportamientos. Sin embargo, la evolución normal implica necesariamente la maduración progresiva de los circuitos cortical frontal en el desarrollo natural del control y la inhibición. Esto implicaría la búsqueda de refuerzo inmediato cuando fuera conveniente o supiera cómo demorarlos, según las circunstancias. Por otro lado, una búsqueda de sensaciones o una alta sensibilidad a la novedad estimula la activación del comportamiento en la búsqueda y prueba de experiencias (Cuesta & Gaspar, 2013).

Este comportamiento evolutivo es más frecuente durante la adolescencia; pero hasta ahora no hay nada anormal en torno al uso de celulares en los profesionales de la salud que trascendieron digitalmente sus estilos de vida laboral y social, y tiene algún sentido. Sin embargo, esto ocurre con la presencia simultánea de la característica del impulso donde la prueba y el consumo se vuelven potencialmente peligrosos. La búsqueda de satisfacción y los refuerzos positivos actuales están acelerando esta prueba y consumo, explicado anteriormente por Koob y Volkow (2010), que describiría el paso de las primeras y alostáticas transformaciones homeostáticas más tarde con el inicio de la disforia y la ansiedad y, desde aquí, la búsqueda compulsiva como refuerzo negativo. Por

lo tanto, el impulso sería, entre otras cosas, un factor de vulnerabilidad que, en relación con la búsqueda de sensaciones y novedades para estimular, precederá el comportamiento adictivo que se cometió en el círculo cada vez más cerrado del ambiente laboral (en este caso hospitalario).

Sabemos que este riesgo y vulnerabilidad aumentan con ciertas patologías psiquiátricas asociadas que conducen a la impulsividad como un síntoma relevante, que las convertiría inmediatamente en plataformas de adicción, un aspecto que siempre debe tenerse en cuenta en una evaluación antes del tratamiento (Kórmendi et al, 2016).

La identificación temprana de estos factores de vulnerabilidad, sugieren el tratamiento de la impulsividad misma como parte de la terapia de adicción. Por lo tanto, teniendo en cuenta las definiciones revisadas, los conceptos de tolerancia, dependencia, abstinencia, así como las consecuencias negativas para su propia salud, situación personal o social, se comprenden los ejes de referencia en la conceptualización de comportamientos adictivos al uso de celulares en espacios laborales y sociales. Pero, para redondear la idea, necesitamos agregar a este "deseo" o deseo intenso de consumo, las perturbaciones debidas al abuso de la tecnología, en la medida en que es un concepto derivado de la dependencia, en este caso al uso del celular (Kórmendi et al, 2016).

En el Perú no se evidencia el interés para investigar el uso de los equipos celulares en las áreas críticas de las instituciones de salud, así mismo se puede señalar que no se conocen cuántas clínicas y hospitales, tienen y cumplen con los procesos de seguridad del paciente, referente a la prohibición del equipo celular. Tampoco se sabe si esta problemática responde a un desconocimiento de los fundamentos de la seguridad en la atención sanitaria o solo es una expresión que se asientan en la cultura de seguridad que puedan tener los profesionales de la salud. Consecuentemente la casuística no es evaluada desde esta perspectiva, sólo se tiene cierta idea o percepción sobre los usos de los celulares en los ambientes donde se atiende a los pacientes. A lo mucho se ha llegado a señalar que muchos profesionales han admitido haberse distraído con el uso de un celular y que se deben establecer políticas restrictivas enfocándose en brindar mayor seguridad en la atención al paciente y asegurar una mayor utilidad de dichos equipos durante el acto médico (Rocco y Garrido, 2017).

Desde esta perspectiva médico social, la presente investigación se estructuró en base al siguiente problema: ¿Cuáles son las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en una clínica de Trujillo?, cuyo propósito práctico es identificar y analizar las razones del uso de celulares en la sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, ya que ello impacta en la salud de los pacientes, debido a que éstos pueden ser vehículos para el transporte de patógenos, considerando que hay pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas con heridas abiertas y puede aumentar el riesgo de infecciones intrahospitalarias. Así mismo, los equipos celulares pueden provocar interferencias con los equipos biomédicos, así como distraer al personal asistencial que debe tener una concentración absoluta en un área crítica como es una sala de operaciones.

Desde el punto de vista médico social la presente investigación servirá para sensibilizar al personal asistencial de sala de operaciones, especialmente de la Clínica Fátima de Trujillo, sobre los riesgos que puede tener el uso de celulares o dispositivos móviles para la seguridad del paciente y de ellos mismos. Así mismo se aumentaría la satisfacción y confianza del paciente y la de sus familiares, sobre los servicios que reciben.

Desde el punto de vista teórico la presente investigación permitirá desarrollar el corpus teórico sobre las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en la sala de operaciones o quirófano. Desde este punto de vista servirá de referente para consulta de estudios futuros sobre el área temática.

Esto significa que, con la conclusión de dicho estudio, se logrará tener una plataforma valorativa amplia sobre el área temática y las autoridades peruanas de salud en general puedan elaborar o mejorar las políticas de seguridad del paciente en los establecimientos de salud.

Bajo estas premisas la investigación se orientará por el Objetivo General siguiente: Analizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones de una clínica de Trujillo. Específicamente en la investigación se buscó: a) Explorar y comprender las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019; b) Caracterizar las razones del uso de celulares que implican riesgo

para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019; c) Identificar las necesidades de información sobre los riesgos que implican el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

Hermenéutica de perspectiva médico social y diseño analítico-interpretativo. El objeto es explorar, comprender y caracterizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones. En este tipo de investigaciones el objetivo no es solo comprender una vivencia como proceso interpretativo que ocurre en un contexto donde el investigador es partícipe, sino también, analizar el contenido de dichas razones. Es decir, este tipo y diseño de investigación permite verificar las implicancias del uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones a través de la cuantificación de datos y comparación de frecuencias sobre los mismos. De hecho, la frecuencia es el criterio de valoración a través del cual se puede producir conclusiones que llevan a caracterizar cada una de las razones estudiadas sobre el uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones.

2.2 Escenario de investigación

Sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

2.3 Población, Muestra y Muestreo

2.3.1 Participantes

La población de éste estudio lo constituyó el 100% (22) del personal que labora en la sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

2.3.2 Muestra

Se consideró al 100% de la población universo, 100% (22) del personal que labora en la sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

2.3.3 Muestreo

Se practicó un muestreo estratégico por asignación, cuya distribución se expone en el Cuadro N° 1.

	Tipo de Personal	Edad	Genero	Nº	%
1	Médicos especialistas en cirugía y anestesiología	>40 años	Masculino	6	27,3
2	Médicos cirujanos	>40 años	Masculino	3	13,6
3	Enfermeras	>40 años	Femenino	4	18,2

4	Técnicas de enfermería	>40 años	Femenino	7	31,8
5	Enfermeros	>40 años	Masculino	2	9,1
				22	100,0

2.3.4 Criterios inclusión:

- Personal asistencial técnico de enfermería y licenciadas de enfermería en planilla de Clínica Fátima de Trujillo.
- Personal médico del staff de Clínica Fátima de Trujillo y aquellos médicos de cortesía o invitados.

2.3.5 Criterios de exclusión:

Personal asistencial técnico de enfermería y licenciadas de enfermería que no estén en planilla de Clínica Fátima de Trujillo.

2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

2.4.1 Técnica

- Aplicación de 3 Reuniones de Grupos Focales.- Ésta técnica como lo afirman Hernández, Fernández y Baptista (2014), se desarrolla en base a una conversación grupal dirigida por unas directrices o tópicos determinados previamente, pero flexibles, donde se exponen de una forma espontánea opiniones personales respecto a los temas a tratar.

Como elemento de recurso para facilitar el registro se empleará grabadora, filmadora y cámara fotográfica permitiendo procesar la información durante la conversación.

La información obtenida mediante la estrategia de Reuniones de Grupo Focales tiene como propósito registrar cómo los participantes definen grupalmente las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en concordancia con su propia experiencia y realidad.

Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (cultural, social), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad

de Reuniones de Grupos Focales es abierta y estructurada a la vez: oralmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas, preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma de acuerdo con los objetivos de investigación. En este sentido se diferencia de una conversación coloquial porque el investigador plantea previamente las temáticas y si es el caso, el tópico no se da por agotado retomando nuevamente una y otra vez, ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido.

Esta técnica permite analizar y seleccionar la información de una manera tal que ayuda a los investigadores a encontrar cual es el asunto importante y cual no lo es, cual es el discurso real y cual el ideal. Como resultado, la brecha existente entre lo que la gente dice y lo que hace puede ser mejor entendida. Sus múltiples comprensiones y significados son revelados por los participantes; en consecuencia, las múltiples explicaciones de sus conductas y actitudes serán más rápidamente reelaboradas y comprendidas por los investigadores.

No obstante, ninguna de estas técnicas ha sido utilizada para obtener productos acabados o inmutables, ya que por esencia están en constante construcción y reconstrucción.

- Análisis de contenido. Ésta técnica, como lo afirman Hernández, Fernández y Baptista, 2014, se usa como proceso de sistematización. Para ello se llevará como ayuda memoria un diario analítico de notas en el cual (durante todo el proceso de investigación) se anotarán todas las ideas, hipótesis, preguntas, posibles referencias, etc., que pudieran ayudar a la interpretación de los resultados de la reunión de grupos focales.

Posteriormente, a partir de la comparación continua de patrones y variaciones en los datos, se realizó una codificación en fino, mucho más detallada que la originada en las primeras lecturas y análisis, lo que

posibilitó y facilitó la inclusión de categorías y conceptos emergentes, permitiendo tener una lectura más integral del objeto de estudio.

También se tuvo en cuenta en este proceso el orden sintáctico que alude a la relación "sujeto-acción", donde se dan las conexiones morfológicas y funcionales entre términos del sistema semiótico que aparece en el discurso, donde se determinan formas y modos de hablar o exponer las consideraciones y conclusiones de los grupos focales.

2.4.2 Instrumentos de investigación:

- Guía Técnica de Reunión de Grupos Focales.

2.5 Procedimiento

- Procedimientos, caracterización, aplicación de intervenciones, proceso de triangulación para la sistematización de la forma en que fueron aplicadas las Reuniones de Grupos Focales: Se establecieron cinco momentos, donde se especifica qué actividad se realizó, el número de sesiones, los objetivos, el instrumento y cómo se dio la participación del personal asistencial que labora en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, considerados como los informantes clave.

MOMENTOS DE REUNIONES DE GRUPOS FOCALES	ACTIVIDADES	REFLEXION DESDE LO QUE SE QUIERE COMUNICAR	TECNICA/ INSTRUMENTO
MOMENTO 1 SESIONES	Contacto con el personal asistencial de sala de operaciones de la clínica Fátima de Trujillo 2019, en los ambientes de la institución.	Presentación del proyecto negociación y acuerdos entre las autoridades y el investigador	Técnicas: - Información y sensibilización
MOMENTO 2 CUESTIONARIOS	Aplicación de Cuestionarios.	Presentación del instrumento y orientación para su correcta aplicación.	Técnicas: - Guía de Reunión de grupo focal consensuado con asesor
MOMENTO 3 REUNIONES DE GRUPOS FOCALES	Aplicación de guía para las reuniones de grupos focales.	Presentación del evento y la metodología de su desarrollo y orientación para su correcta aplicación.	Técnicas: - Trabajo de grupos con plenaria para conclusiones

MOMENTOS DE ANÁLISIS DE CONTENIDOS	ACTIVIDADES	REFLEXION DESDE LO QUE SE QUIERE COMUNICAR	TECNICA/ INSTRUMENTO
MOMENTO 4 4 SESIONES	Explorar, comprender y caracterización las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones	Resumen y conclusiones de reuniones de grupos focales. Conversación: lo que cada uno conoce e intercambia expectativas.	Técnica: Sistematización de resultados de Reunión de Grupo Focal. Instrumento: Guía de campo.
MOMENTO 5 2 SESIONES	Equipo investigador (investigador, conductor y colaboradores/as)	Retroalimentación común de resultados finales y aporte a la construcción de los significados.	Escenario conversacional. Sugerencias y conclusiones del trabajo.

2.6 Métodos de análisis de la información

2.6.1 Métodos Generales:

Se utilizaron los siguientes métodos generales: **Análisis, síntesis, inducción y deducción.**

2.6.2 Métodos Específicos:

Exegético: Se utilizó al momento de analizar los derechos del paciente cuando es sometido a eventos adversos que ponen en riesgo su seguridad en sala de operaciones. Se toma en cuenta la legislación de la Constitución Política del Perú y comentarla con relación a la seguridad del paciente en sala de operaciones y como se toma en cuenta en nuestro país.

Derecho comparado: Se utilizó al momento de analizar las implicancias de las razones del uso de celulares sobre la seguridad del paciente en sala de operaciones. Se revisaron casos de diferentes naciones con problemáticas médicos-sociales similares para determinar en qué manera reconocían las implicancias negativas del uso de celulares sobre la seguridad del paciente en sala de operaciones.

Dogmático: Se utilizó este método al momento de analizar diversas opiniones de autores a nivel de libros o revistas para la mejor comprensión del concepto de seguridad y la manera de como vincularla con el uso de celulares por parte del personal asistencial en sala de operaciones.

2.7 Aspectos Éticos

2.7.1 Criterios de calidad

La investigación utilizó la guía de discusión grupal (reunión de grupo focal) para seguir el modelo de jerarquías de respuesta, propuesta y desarrollada por Gibson J, Gibson J, y Ivancevich J. (1983). Estos modelos basados en la aplicación de Reuniones de Grupos Focales son predominantes modelos de investigación de mercados considerados los más antiguos. Comenzaron a desarrollarse en la década de 1960. Su objetivo era explorar y comprender una secuencia jerárquica que comienza desde el aspecto cognitivo (pensamiento), afectivo (sentimiento) y comportamiento (hacer). Esta secuencia implica que en cualquier investigación se pueda identificar las necesidades de información del público objetivo en la perspectiva que pueda cambiar a futuro su actitud o indicarle de alguna manera cual es el camino del cambio.

Todos estos modelos asumen que la población objetivo cambia del estado cognitivo al estado afectivo y a otros comportamientos sociales, culturales y laborales en este orden. El comportamiento solo puede cambiar en la medida en que la población objetivo es más sensible al cambio en función, en este caso, del sentido que se le da al trabajo que se realiza en sala de operaciones.

La finalidad de seguir este modelo de trabajo es garantizar el hecho que no se puedan tomar decisiones allí donde exista un mayor riesgo de equivocarse respecto a lo que se quiere cambiar. Se establece por ello una mayor diferenciación entre los aportes o productos importantes y aquellos considerados de bajo interés.

Este modelo también desarrolla mensajes subliminales efectivos, que permiten atraer atención, desarrollar interés, desafiar el deseo y tomar acción. Este modelo le da mayor importancia a los factores cognitivos y lo deja intacto si las emociones tienen lugar antes o después del proceso que se quiere corregir (uso de celulares en sala de operaciones).

La secuencialidad de este modelo es: Atención, Interés, Deseo y Acción. El modelo esta complementado con el llamado Refuerzo de Prueba que indica el camino a seguir para futuras investigaciones. La experiencia de participar en el proceso activamente es lo que lleva al personal de salud a mejorar el sentido de cambio y de satisfacción con el cambio: El papel principal de hacer que el personal de salud se convenza a sí mismos a través de la experiencia directa de explorar y comprender y caracterizar e identificar sus propias necesidades de información.

2.7.2 Validación por expertos

Desde dicha perspectiva la “Guía de discusión grupal (reunión de grupo focal)” del estudio fue validada por cinco expertos siguiendo la referencia de la siguiente ficha técnica:

Ficha técnica de validación de instrumento

Titulo	Valicación de guía de discusión grupal (reunión de grupo focal)
Autor	Dany Rubén Soriano Ramírez (0000-0002-0375-9931)
Asesora	Dra. Eliana Guzmán Avalos (0000-0003-2833-5665)
Contexto	Proceso de investigación de la tesis “RAZONES DEL USO DE CELULARES QUE IMPLICAN RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES EN UNA CLÍNICA DE TRUJILLO.” En la Clinica Fátima de Trujillo, 2019, cuya población objetivo lo constituyeron 22 operadores de la salud que laboran en la sala de operaciones de dicha clínica.
Validación de estructura y desarrollo de proceso	Desde la prespectiva del modelo de jerarquías de respuesta, propuesta y desarrollada por Gibson J, Gibson J,y Ivancevich J. (1983) fue validada la guía de discusión grupal (reunión de grupo focal) por 5 jueces expertos con un nivel de concordancia mayor al 90% . Estos Jueces expertos son: <ul style="list-style-type: none"> - José Elías Cabrejo Paredes. - Julio Enrique Carranza Castillo. - Alejandro Mark Vásquez Gutierrez. - Roberto Espinoza Llerena. - César Eduardo Malca Polo.
Conclusión	Estando a lo expuesto en la base teórica y de acuerdo a lo concordado por los jueces expertos sobre la estructura y utilidad de la guía de discusión grupal (reunión de grupo focal) para el presente estudio, se concluye que dicha guía puede ser aplicada como instrumento de estudio en la investigación: “RAZONES DEL USO DE CELULARES QUE IMPLICAN RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES EN UNA CLÍNICA DE TRUJILLO.”, en la Clinica Fátima de Trujillo, 2019.

2.7.3 Estándares éticos

Esta investigación está sujeta a estándares éticos recomendados en el acuerdo de CION/OMS y la Declaración de Ginebra:

Utilidad: Esta investigación fue útil tanto para informantes participantes como para el investigador, que generalmente es el que requiere los servicios de un participante que proporciona algo de su tiempo y atención a la aplicación de los instrumentos de estudio; También beneficia a los que participan en el trabajo porque se aborda a través problemas que les afecta directamente a ellos y su vida laboral.

No maleficiencia: Esta investigación no hace daño a nadie; por el contrario, está vinculado al principio de la caridad, cada vez que su intención es brindar aportes para solución de problemas.

Autonomía: Todas las personas fueron respetadas y su salud protegida, nunca se afectó sus derechos individuales; El único propósito fue encontrar respuestas claras a los problemas planteados por una investigación, los cuales no presentan riesgos o daños a la salud de los involucrados.

Justicia: Este principio se basa en dar a cada persona lo que él o ella piensa que es apropiado y moralmente apropiado, por lo tanto, los participantes en la investigación tuvieron la posibilidad y libertad para retirarse cuando lo desee del proceso de investigación.

III. RESULTADOS

3.1 Objetivo Específico: Explorar y comprender las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones, en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Tabla 1: Primera Reunión de Grupo Focal con 7 informantes clave (3 médicos; 2 enfermeras/o; y, 2 técnicas de enfermería).

Ítems	Interrogantes clave	SI	NO	Observaciones/razones
1.	Existen suficientes razones para hacer uso de celulares en sala de operaciones.	2	5	Los que respondieron que Si señalaron que la razón principal era que el uso de celulares era su derecho y que nadie le podía impedir hacerlo. Los que respondieron que No, pusieron en duda su respuesta hasta en dos oportunidades
2.	Conoce de algún tipo de normativa que prohíbe el uso de celulares en sala de operaciones.	1	6	La razón del desconocimiento era que dichas normas no existen y que en consecuencia no las conocían.
3.	Cree que con el uso de celulares se pone en riesgo la seguridad del paciente en sala de operaciones.	5	2	Los que respondieron que No dieron como razón al hecho que el uso de celulares es controlable en todo escenario y momento de la atención al paciente.
4.	En sala de operaciones, ha sido testigo de algún tipo de interferencias con los equipos biomédicos tras el uso de celulares por parte del personal.	5	2	Los que respondieron que Si señalaron que todos han pasado esas experiencias solo que lo dirían o aceptarían frente a personas ajenas a la experiencia.
5.	Considera usted que es defendible el uso de celulares en sala de operaciones por parte del personal asistencial porque no trasgrede el ejercicio del derecho de los pacientes.	6	1	La razón argüida por la mayoría es que el celular forma parte de su estilo y forma de trabajo profesional por que no interfiere con sus labores.
6.	Cree usted que el uso de celulares en sala de operaciones no ocasiona distracciones al personal.	6	1	Los que dijeron que Si señalaron que la razón era que ellos están preparados para evitar que eso pase. Si estoy trabajando así suene el celular yo sigo mi trabajo, no dejo de hacer mi trabajo.

7.	Ha experimentado usted distracciones en la atención al paciente tras el uso de celulares en sala de operaciones.	2	5	Los que respondieron que Si señalaron que porque se olvidó de poner el celular en modo de avión.
8.	Cree que está capacitado para hacer uso adecuado de celulares en la atención al paciente en sala de operaciones.	5	2	Los que respondieron que Si señalaron como razón el hecho que nunca le ha sido problema el usar celular en el trabajo. Pero que alguna vez si se descuidaron y sonaba causando incomodidad en sus compañeros.

Tabla 2: Grado de concordancia de los participantes de la Primera Reunión de grupo Focal sobre la exploración y comprensión de las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Ítems/razones	Informantes Clave						
	1	2	3	4	5	6	7
1	0	1	1	1	1	0	1
2	0	1	1	1	1	1	1
3	0	1	1	1	0	1	1
4	1	0	1	1	1	0	1
5	1	1	0	1	1	1	1
6	1	0	1	1	1	1	1
7	1	1	0	1	1	1	0
8	1	1	1	0	1	1	0
Total	5	6	6	7	7	6	6

Grado de concordancia entre expertos:

$$T_a$$

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

$$T_a + T_d$$

b = Grado de concordancia entre expertos;

T_a = n° total de acuerdos;

T_d = n° total de desacuerdos.

43

$$b = \frac{\text{-----}}{43 + 13} \times 100$$

43 + 13

$$b = 76,8 \%$$

Ocho son las razones para el uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019. a) El uso de celulares como derecho privado; b) El desconocimiento de la existencia de normas que limitan el uso de celulares en sala de operaciones; c) El control del uso de celulares en todo escenario y momento de la atención al paciente; d) No poder aceptar frente a terceros haber tenido experiencias de eventos adversos durante la atención en sala de partos; e) El celular forma parte de su estilo y forma de trabajo profesional y por eso no interfiere con sus labores; f) Están preparados para evitar accidentes que pongan en riesgo la seguridad del paciente; g) Cualquiera se puede olvidar poner el celular en modo de avión; h) Nunca ha sido problema el usar celular en el trabajo a parte de la incomodidad de sus compañeros. En grado de concordancia sobre que estas razones para el uso de celulares implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, es Alto (76,8%).

3.2 Objetivo Específico: Caracterizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Tabla 3: Segunda Reunión de Grupo Focal con 7 informantes clave (3 médicos; 2 enfermeras/o; y, 2 técnicas de enfermería).

Ítems	Razones	SI	NO	Caracterización
1.	La razón es que el uso de celulares es un derecho y que nadie le puede impedir que lo use en sala de operaciones.	6	1	Razón de carácter Jurídica de derecho privado.
2.	La razón es que se desconoce sobre la existencia de normas que limitan el uso de celulares en sala de operaciones.	6	1	Razón de carácter socio-laboral.
3.	La razón es que el uso de celulares controlable en todo escenario y momento de la atención al paciente.	5	2	Razón de carácter socio-cultural.
4.	La razón es que todos han pasado esas experiencias solo que no lo dirían o aceptarían frente a personas ajenas a la experiencia.	7	0	Razón de carácter socio-cultural.
5.	La razón es que el celular forma parte de su estilo y forma de trabajo profesional y por eso no interfiere con sus labores.	7	0	Razón de carácter laboral-profesional.
6.	La razón es que ellos están preparados para evitar accidentes que pongan en riesgo la seguridad del paciente. Si estoy trabajando así suene el celular yo sigo mi trabajo, no dejo de hacer su trabajo.	7	0	Razón de carácter laboral-profesional.
7.	La razón es que cualquiera se puede olvidar poner el celular en modo de avión.	6	1	Razón de responsabilidad socio-laboral.
8.	La razón es que nunca le ha sido problema el usar celular en el trabajo. Pero que alguna vez si se descuidaron y sonaba causando incomodidad en sus compañeros.	6	1	Razón de responsabilidad socio-laboral.

Tabla 4: Grado de concordancia de los participantes de la Segunda Reunión de Grupo Focal sobre la caracterización de las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Ítems/razones	Informantes Clave						
	1	2	3	4	5	6	7
1	1	1	1	1	1	0	1
2	0	1	1	1	1	1	1
3	0	1	1	1	0	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	0	1	1	1	1
8	1	1	1	0	1	1	1
Total	6	8	7	7	7	7	8

Grado de concordancia entre expertos:

Ta

$$b = \frac{\text{Ta}}{\text{Ta} + \text{Td}} \times 100$$

Ta + Td

b = Grado de concordancia entre expertos;

Ta = n° total de acuerdos;

Td = n° total de desacuerdos.

50

$$b = \frac{50}{50 + 6} \times 100$$

50 + 6

$$b = 89,3 \%$$

El grado de concordancia sobre la caracterización de las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, es Muy Alto (89,3%). Estas razones son de carácter jurídico de derecho privado (1), socio-laborales (3), socioculturales (1) y laboral-profesional (3).

3.5 Objetivo Específico: Identificar las necesidades de información sobre los riesgos que implican el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Tabla 5: Tercera Reunión de Grupo Focal con 8 informantes clave (3 médicos; 2 enfermeras/o; y, 3 técnicas de enfermería).

Ítems	Necesidades de información	SI	NO	Observaciones
1.	Responsabilidad y ética profesional en torno al uso de celulares en la prestación de servicios de salud y especialmente en sala de operaciones.	7	1	Se señala como tema prioritario otorgando una valoración de 8 puntos en escala del 1 al 10
2.	La normatividad nacional e internacional sobre el uso de celulares durante la atención hospitalaria y especialmente en sala de operaciones.	7	1	Se señala como tema prioritario otorgando una valoración de 10 puntos en escala del 1 al 10
3.	La psico-dependencia en torno al uso de celulares en profesionales de salud: control, escenarios y momentos de la atención al paciente.	8	0	Se señala como tema prioritario otorgando una valoración de 7 puntos en escala del 1 al 10
4.	La dependencia cultural para ocultamiento de eventos adversos en salud: Transparencia y ética profesional.	8	0	Se señala como tema prioritario otorgando una valoración de 7 puntos en escala del 1 al 10
5.	Métodos y estilos de trabajo profesional compatibles con el uso adecuado del celular en la prestación de servicios de salud.	8	0	Se señala como tema prioritario otorgando una valoración de 9 puntos en escala del 1 al 10
6.	Como evitar eventos adversos que pongan en riesgo la seguridad del paciente a raíz del uso de celulares en sala de operaciones.	8	0	Se señala como tema prioritario otorgando una valoración de 7 puntos en escala del 1 al 10

Tabla 6: Grado de concordancia de los participantes de la Tercera Reunión de Grupo Focal sobre las necesidades de información sobre los riesgos que implican el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Necesidades de información	Informantes Calve							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	1	1	1	1	0	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	6	6	6	6	6	5	6	6

Grado de concordancia entre expertos:

Ta

$$b = \frac{\text{Ta}}{\text{Ta} + \text{Td}} \times 100$$

Ta + Td

b = Grado de concordancia entre expertos;

Ta = n° total de acuerdos;

Td = n° total de desacuerdos.

47

$$b = \frac{47}{47 + 1} \times 100$$

47 + 1

$$b = 97,9 \%$$

El grado de concordancia sobre las necesidades de información sobre los riesgos que implican el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, es Muy Alto (97,9%). Las necesidades de información más valoradas son: Responsabilidad y ética profesional en torno al uso de celulares en la prestación de servicios de salud y especialmente en sala de operaciones con una valoración de 8 sobre 10; la

normatividad nacional e internacional sobre el uso de celulares durante la atención hospitalaria y especialmente en sala de operaciones con una valoración de 10 puntos sobre 10 y; Métodos y estilos de trabajo profesional compatibles con el uso adecuado del celular en la prestación de servicios de salud, con una valoración de 9 sobre 10.

IV. DISCUSIÓN

Desde el enfoque eje de esta investigación los resultados sobre el grado de concordancia Alto (76,8%) respecto a que son ocho las razones sobre el uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019: a) El uso de celulares como derecho privado; b) El desconocimiento de la existencia de normas que limitan el uso de celulares en sala de operaciones; c) El control del uso de celulares en todo escenario y momento de la atención al paciente; d) No poder aceptar frente a terceros haber tenido experiencias de eventos adversos durante la atención en sala de operaciones; e) El celular forma parte de su estilo y forma de trabajo profesional y por eso no interfiere con sus labores; f) Están preparados para evitar accidentes que pongan en riesgo la seguridad del paciente; g) Cualquiera se puede olvidar poner el celular en modo de avión; h) Nunca ha sido problema el usar celular en el trabajo a parte de la incomodidad de sus compañeros.

Estas razones se basan en una práctica de abuso de los teléfonos móviles como un comportamiento que puede conducirse en adictivo al margen de las características sociodemográficas del personal asistencial. Obviamente, el abuso de un teléfono móvil incluye problemas personales, sociales, laborales, familiares o físicos, en particular con la entrada de sumas globales o acceso gratuito a "wifi". Nadie lo niega, principalmente si observamos que una de las razones es haber experimentado comportamientos inapropiados o peligrosos que pusieron en riesgo la seguridad del paciente durante el acto médico. Esto quiere decir, que no es cierto que pueda ser controlado o que existe la incapacidad de apagarlo en momentos inadecuados. Estamos convencidos de que éste no es un comportamiento antisocial descuidado o deliberado, sino una verdadera incapacidad para trabajar sin contacto con el teléfono móvil (Montserrat-Capella et al., 2015).

La pregunta es si éste es un comportamiento problemático en términos laborales, que es obvio para todos, cuales serían los impulsos que están detrás de ellos y que podrían estar llevando al personal a una dependencia problemática. Es decir, si el uso problemático pudiera pasar a un comportamiento compulsivo y automático con la adicción y la pérdida de control tendríamos que estar hablando de un serio problema de salud mental entre los profesionales y técnicos que laboran en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

En este sentido, una revisión de la casuística en las investigaciones citadas anteriormente muestra la existencia del uso problemático de un teléfono móvil con criterios similares a los establecidos para las adicciones y la vulnerabilidad de los comportamientos laborales (Chóliz, 2012; Merlo et al., 2013; Kwon et al., 2013; Roberts et al., 2014). Sin embargo, existe otra línea de investigación que no niega el concepto de adicción, pero le da mayor importancia a los problemas que implican la posibilidad de vivir con otras patologías (Moeller et al., 2001, Karakus & Taman, 2011). Para estos autores, los dispositivos móviles pueden conducir a un comportamiento problemático, y no necesariamente siempre deben considerarse adictivos (Jenaro et al., 2007; Tosell et al., 2015).

Por otro lado, es obvio que considerando que es un problema que surge y está estrechamente relacionado con el desarrollo tecnológico, aún carece de la coherencia y uniformidad de los criterios, definiciones y construcciones, lo que obliga a que muchos de los resultados publicados sean cautelosos. Se puede ver junto con la gran diversidad de herramientas de evaluación y abundantes signos de conveniencia, el uso que aún no está claro en términos del concepto de adicción, uso problemático o abuso, lo que explicaría la diversidad de datos sobre prevalencia con las consiguientes dificultades de comparabilidad (Tosell et al., 2015).

Si algo nos resulta difícil de entender en esta investigación, es la existencia de una fuerte creencia de que nos enfrentamos a procesos de adicción a comportamiento compulsivo y automático. Pero es evidente que no hay una equivalencia entre las razones concordadas con las manifestaciones problemáticas que se expresan a través de los criterios como fueron planteadas dichas razones. De plano, no estamos ante criterios de adicción a las drogas o ludopatía, pero la coexistencia de los conceptos que define ésta problemática, sí pueden considerarse compatibles incluso con el uso de sustancias tóxicas (Verdejo-García, et al., 2010).

En ese sentido, compartimos la declaración de Sansone y Sansone (2013) cuando enfatizan que aún existe la necesidad de conceptualizar el término, definiendo los límites entre abuso y adicción para conceptualizar las razones del uso de teléfonos celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones. En otras palabras, no todo uso abusivo o problemático con el teléfono móvil debe considerarse como

adictivo, ni tampoco debe excluirse esta característica si encontramos serias dificultades y trastornos en la vida cotidiana del personal que labora en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Del mismo modo, la mayoría de las investigaciones se centraron en los temas de impulsividad y la búsqueda de sensaciones, los cuales desempeñan un papel importante en esta vida de las personas y, por lo tanto, la presencia de problemas con los teléfonos móviles en el contexto laboral. Lo que pasa es que en sala de operaciones un solo descuido puede costarles la vida a los pacientes o al propio personal de salud. Sin embargo, se sabe poco de este tipo de consecuencias toda vez que no están sistematizados los mecanismos para su identificación, registro, monitoreo y tratamiento, menos sobre el propio paciente cuyos datos e investigaciones son escasos, existen algunas referencias al respecto (Lu et al., 2011; Merlo et al., 2013; Kwon et al., 2013; Smetaniuk, 2014), pero no son puntuales respecto a sala de operaciones y eventos adversos por uso de celulares de parte del personal de salud.

Sobre los resultados expuestos en las Tablas 3 y 4 en donde se establecen cuatro categorías para agrupar las razones del uso de teléfonos celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones: jurídico de derecho privado (1), socio-laborales (3), socioculturales (1) y laboral-profesional (3), responderían a una forma de representar en el ideario social una necesidad de justificación de un hecho que ellos mismos lo perciben como nocivo para la atención médica en sala de operaciones. Al parecer hay una necesidad de creer que no es malo lo que hacen y que pues un aspecto que no se condice con su responsabilidad laboral. Esto se estaría sustentando en el hecho que el celular es de común uso en el hogar, también es muy relevante en la calle, en el transporte público, en lugares de descanso, al hacer otras cosas o cuando está con personas en este orden, como promedio de uso diario. Entonces, ¿por qué no en el centro laboral?

Es decir, el uso del teléfono móvil mostró una evolución lógica con los teléfonos inteligentes donde las aplicaciones específicas monopolizaron gradualmente el interés de los usuarios por la voz, lo que llevó al uso que podría interferir con las actividades diarias incluso las laborales. En esto caen sobre todo las personas cuyo perfil es ser más joven, femenino, con más extraversión y uso más enfocado en mensajería instantánea y redes sociales (Ezoe y Toda, 2013).

Asimismo, gran parte de la caracterización de estas razones se estarían identificando con la lógica mediática a pesar que saben que están haciendo un uso problemático, observando los trastornos del sueño, la ansiedad, el estrés y, en menor medida, la depresión, especialmente entre los profesionales que enfrentan día a día episodios de muerte en sala de operaciones. Pero también, como en otras áreas de la atención hospitalaria, existe convivencia con patologías psiquiátricas y el uso de sustancias (Smetaniuk, 2014).

Por lo tanto, el historial de investigación apoyaría no solo la existencia de dichas categorías, sino que las precisaría en tres fundamentales jurídicas de derecho privado, socioculturales y profesionales. Lo profesional sería la resultante de comportamiento laboral o socio-laboral por lo que un uso problemático del móvil, puede evolucionar hacia la adicción que reproducirá el modelo de la droga, envolviendo de esta forma la lógica de separar lo laboral de lo profesional a través de comportamientos individuales y colectivos (Merlo et al., 2013; Kwon et al., 2013).

Sin embargo, consideramos que se necesita cierto cuidado para definir totalmente esta área temática en la medida en que no todo lo que es problemático con el móvil debe ser adictivo, al igual que no es toda la adicción necesaria si existiera con patologías psiquiátricas con falta impulsiva de control. Sin embargo, y confirmamos como correcta la categorización realizada por que inicialmente se basa en la propia experiencia del personal que labora en sala de operaciones. De esta manera la intencionalidad sobre este trabajo de categorizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones es transparente, consideramos que contamos con el apoyo científico suficiente para mejorar y desarrollar el eje de esta investigación, es decir, la existencia de dependencia en el comportamiento basado en el uso excesivo y problemático del celular (Kwon et al., 2013).

Al respecto de los resultados de las Tablas 5 y 6 sobre el grado Alto (97,0%) de concordancia en cuanto a las necesidades de información del personal de sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, en donde las necesidades de información más valoradas son: Responsabilidad y ética profesional en torno al uso de celulares en la prestación de servicios de salud y especialmente en sala de operaciones con una valoración de 8 sobre 10; la normatividad nacional e internacional sobre el uso

de celulares durante la atención hospitalaria y especialmente en sala de operaciones con una valoración de 10 puntos sobre 10 y; Métodos y estilos de trabajo profesional compatibles con el uso adecuado del celular en la prestación de servicios de salud, con una valoración de 9 sobre 10. Estos resultados estarían reconociendo las implicancias negativas del uso de celulares en sala de operaciones por parte del personal y estarían diciéndonos que el uso problemático de los teléfonos móviles estaría vinculado a cierto estado de ansiedad y la impulsividad (Kórmendi, et al, 2016)

Sin embargo, como manifestaciones psicológicas la ansiedad y la impulsividad serían los elementos a trabajar a través del flujo y transferencia de información y conocimientos, porque de hecho las áreas temáticas señaladas como prioritarias son las que permiten anticipar el abuso y la adicción al uso de celulares. Es decir, los resultados finalmente mostraron que la ansiedad y la impulsividad están entre aquellas urgencias positivas y negativas, que mantienen una mayor conexión con el uso problemático del celular en sala de operaciones (Kwon et al, 2013).

De hecho, consideramos que el futuro en este tipo de investigación es el uso de muestras grandes, con dispositivos para registrar el uso de terminales que se ocupan del comportamiento y el abuso fuera del cuestionario y la escala en ciertos períodos de tiempo y con un control importante de las variables. Como siempre, el problema radica en obtener una financiación muy cara.

V. CONCLUSIONES

1. Con un grado de concordancia Alto (76,8%) se acepta ocho razones para el uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019: a) El uso de celulares como derecho privado; b) El desconocimiento de la existencia de normas que limitan el uso de celulares en sala de operaciones; c) El control del uso de celulares en todo escenario y momento de la atención al paciente; d) No poder aceptar frente a terceros haber tenido experiencias de eventos adversos durante la atención en sala de operaciones; e) El celular forma parte de su estilo y forma de trabajo profesional y por eso no interfiere con sus labores; f) Están preparados para evitar accidentes que pongan en riesgo la seguridad del paciente; g) Cualquiera se puede olvidar poner el celular en modo de avión; h) Nunca ha sido problema el usar celular en el trabajo a parte de la incomodidad de sus compañeros.
2. Con un grado de concordancia Muy Alto (89,3%) se caracterizó a las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, como: a) Jurídicas de derecho privado (1), socio-laborales (3), socioculturales (1) y laboral-profesional (3).
3. Con un grado de concordancia muy Alto (97,9%) se identificó las necesidades de información más valoradas para evitar los riesgos que implica el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019, es Muy Alto (97,9%). Estas son: Responsabilidad y ética profesional en torno al uso de celulares en la prestación de servicios de salud y especialmente en sala de operaciones; la normatividad nacional e internacional sobre el uso de celulares durante la atención hospitalaria y especialmente en sala de operaciones y; Métodos y estilos de trabajo profesional compatibles con el uso adecuado del celular en la prestación de servicios de salud, con una valoración de 9 sobre 10.

VI RECOMENDACIONES

1. Sugerir no usar dispositivos móviles de comunicación durante una intervención quirúrgica u otro procedimiento médico o de apoyo de enfermería o enfermería técnica.
2. Estar atentos sobre la aparición de infecciones post operatorias, cuando se evidencian el uso previo de celulares en sala de operaciones.
3. Fortalecer al personal de salud con la realización de continuas capacitaciones sobre seguridad al paciente.
4. Disponer de algún tipo de normatividad en la institución de salud referente al uso de dispositivos móviles durante la ejecución de procedimientos en salud, así como de buscar la concientización de las autoridades de salud a nivel nacional y lograr una normativa general.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz J. (2018). Seguridad del paciente en los servicios de urgencias. Estudio regional de incidentes derivados de la atención en los servicios de urgencias hospitalarios del servicio murciano de salud. Murcia-España: Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Chóliz M. (2012). Mobile-Phone Addiction in adolescence: The Test of Mobile Phone Dependence (TMD). *Progress in Health Sciences*. 2. 33-44.
- Cía A.H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): Un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuropsiquiatría*. 76. 210-217.
- Comisión Europea (2014). Principales conclusiones y recomendaciones sobre sistemas de información y aprendizaje para incidentes de seguridad de pacientes en toda Europ. UE: PSQCWG.
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm
- Cuesta U. & Gaspar S. (2013). Análisis motivacional del uso del smartphone entre jóvenes: Una investigación cualitativa. *Historia y Comunicación Social*. 18. 435-447.
- De Sola Gutiérrez J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. *Evaluación e intervención terapéutica*.
Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 4. 1-28.
- Echeburúa E., Becoña E. & Labrador F.J. (2010). El juego patológico. Ed. Pirámide. Madrid.
- Estudio IBEAS (2011). Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España: MSCM.

- Ezoe S. & Toda M. (2013). Relationships of loneliness and mobile phone dependence with Internet addiction in Japanese medical students. *Open Journal of Preventive Medicine*. 3. 407-412.
- Frutos B, Sánchez M. & Vázquez T. (2012). Empirical analysis of values on interactive advertisement aimed at a teenage audience. *Communication & Society* 25(2), 175-202.
- Frutos, B. Y Vázquez, T., (2011). “Las redes sociales en adolescentes y jóvenes: un aprendizaje hacia la autorregulación”. En Roberto Aparici y otros, Educación mediática y competencia digital. La cultura de la participación. Congreso Internacional Segovia 13 -15 de Octubre, 2011
- Gibson J, Gibson J, y Ivancevich J. (1983). Organizaciones: Conducta, estructura, proceso. Traducción de Tejada L y Gutiérrez F. México: McGraw-Hill, 1983
- Hernández H, Castañeda J y Arias, E. Celulares y riesgo de infecciones intrahospitalarias. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*. Volumen 30, Número 2 • Abril-Junio 2017 • pp. 45-47.
- Hernández R, Fernández C y Baptista P. (2014). Metodología de la Investigación. México: Mac Graw Hill.
- Jenaro C., Flores N., Gomez-Vela M., Gonzalez-Gil & Caballo C. (2007). Problematic Internet and cell-phone use: Psychological, behavioral and health correlates. *Addiction Research and Theory*. 15. 309-320.
- Karakus G. & Taman L. (2011). Impulsive control disorder comorbidity among patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 52. 378-385.
- Koob G.F. & Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. 35. 217-238.

- Kórmendi, A., Brutóczy, Z., Végh, B. P. & Székely, R. (2016). Smartphone use can be addictive? A case report. *Journal of Behavioral Addictions*. 5. 548-552.
- Kwon M., Lee J.Y., Won W.Y., Park J.W., Min J.A., Hahn C., Gu X., Choi J.H & Kim D.J. (2013). Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *PLoS One*. 8 (2). e56936.
- Lu X., Watanabe J., Liu Q., Uji M., Shono M & Kitamura T. (2011). Internet and mobile phone text-messaging dependency: Factor structure and correlation with dysphoric mood among Japanese adults. *Computers in Human Behavior*. 27. 1702-1709.
- Medina D, y Ponce S. (2015). Usos de los celulares en el personal de enfermería en el quirófano del hospital universitario, y su impacto en la atención al paciente. Ecuador: UG.
- Merlo L J., Stone A.M. & Bibbey A. (2013). Measuring Problematic Mobile Phone Use: Development and Preliminary Psychometric Properties of the PUMP Scale. *Journal of Addiction*. 2013, Article ID 912807, 1-7.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC-Madrid. (2010). Seguridad del paciente. España: MSC-Madrid.
- Moeller F., Barrat E., Dougerty D.M., Schmitz J.M. & Swann A.C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*. 158. 1783-1793.
- Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L; Grupo AMBEAS (2015). Frecuencia de los eventos adversos de atención ambulatoria en los países de América Latina: el estudio de cohorte AMBEAS / OPS. *Int J Qual Health Care*. 2015 Feb; 27 (1): 52-9.
- Organización para la Excelencia de la Salud (OES). (2015). Organización para la Excelencia de la Salud: <http://www.oes.org.co/nosotros/nosotros.php>

- OMS, 2018. Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017. Ginebra-Suiza: OMS.
- OMS, (2016). Acción de la Organización Mundial de la Salud sobre la Seguridad del Paciente - Alto 5s OMS. [Internet] Seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. [Internet] Washington, DC: OPS, 2013. Calidad en Atención y Seguridad del Paciente. Chile: OPS
- OPS, (2019). Indicadores Básicos 2018. Situación de Salud en las Américas. Chile: OPS.
- Organización para la Excelencia de la Salud. OES (2019). Gestión de la cadena cliente proveedor interno: Un requisito para el éxito. Disponible en: <https://oes.org.co/.../gestion-de-la-cadena-cliente-proveedo.../>
- Pacheco P, Estévez R, Basset I, Barco A, Sánchez J. (2016) Repercusión de los dispositivos móviles en la atención de enfermería a usuarios en estado crítico. *Revista Cubana de Enfermería*. 32(4): 126-135.
- Paz G, Arana P Guzmán L y Rojas L (2015). Microorganismos ingresados al quirófano en dispositivos electrónicos en un hospital de tercer nivel de Cali 2014. Colombia UNC.
- Prieto J, Gutiérrez F, Jiménez C, Méndez D. (2013). El teléfono celular como distractor de la atención médica en un servicio de urgencias. *Revista Medicina Interna*. 2013;29(1):39-47.
- Roberts J.A., Petnji Yaya L.H. & Manolis CH. (2014). The invisible addiction: Cell-phone activities and addiction among male and female college students. *Journal of Behavioral Addictions*. 3. 254-265.

- Rocco C, Garrido A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 28(5): 649–812.
- Sansone R.A. & Sansone L.A. (2013). Cell phones: The Psychosocial Risks. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 10. 33-37.
- Smetaniuk P. (2014). A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use. *Journal of Behavioral Addictions*. 3. 41-53.
- TNS (2012). “Digital life 2012” Disponible en: http://www.tnsglobal.es/sites/tnsglobal.es/files/index_jul_13_web.html
Consultado el 24 de enero 2019.
- Tosell C, Kortum P, Shepard C, Rahmati A & Zhong L. (2015). Exploring Smartphone Addiction: Insights from Long-Term Telemetric Behavioral Measures. *Paper.iJIM 9*. <http://dx.doi.org/10.3991/ijim.v9i2.4300>.
- Varela S (2014). Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería. España: Universidad Da Coruña.
- Verdejo-Garcia A., Lozano, O., Moya M., Alcazar, M. A. & Pérezgarcía, M. (2010). Psychometric properties of a spanish version of the UPPS–P impulsive behavior scale: reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. *Journal of personality assessment*, 92.70-77.
- West R. (2011). *Models of Addiction*. Report for EMCDDA. University College of London. London.

VIII. ANEXOS

7.1 ANEXO 1

GUÍA DE DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)

1. POBLACIÓN: Personal de Sala de Operaciones de la Clínica Fátima, 2019.
2. NÚMERO DE PARTICIPANTES POR GRUPO: 7 a 8 personas en cada una.
3. RANGO DE EDAD: Mayor de 25 años.
4. TIEMPO DE SERVICIO EN SALA DE OPERACIONES: Mayor de 3 años.
5. TEMA DE LA DINÁMICA:
Grupo Focal 1. Explorar y comprender las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Grupo Focal 2. Caracterizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.

Grupo Focal 3. Identificar las necesidades de información sobre los riesgos que implican el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones de la Clínica Fátima de Trujillo, 2019.
6. DURACIÓN POR SESIONES: 2 horas.
7. HORARIOS POSIBLES: Sábados a partir de las 4pm.
8. PRESUPUESTO: 200 nuevos soles en promedio por grupo focal.
 - 8.1 Recursos humanos:
Investigador del estudio:
- Dany Rubén Soriano Ramírez.

Asesora:

- Dra. Guzmán Ávalos Eliana.

8.2 Materiales:

Papelógrafos (8) por grupo focal.

Plumones (8) por grupo focal.

Papel bulky (10) por grupo focal.

Diapositivas (10) por grupo focal.

Grabadora (una reportera), por grupo focal.

8.3 Otros:

Refrigerios (20) por grupo focal.

Movilidad local.

Movilidad interprovincial.

9. DESARROLLO DE LA DINÁMICA

PREPARACIÓN, EXPLICACIÓN Y PRESENTACIONES. (Facilitador/a)

- EXPLICAR EL OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD (Investigador).

“Buenas tardes/Buenos días/Buenas noches”. Antes de comenzar quería agradecerles su asistencia. Les hemos convocado para hablar sobre las **RAZONES DEL USO DE CELULARES QUE IMPLICAN RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES** en la institución donde trabajamos. Estamos realizando una investigación médico-social sobre éste tema y para ello estamos realizando reuniones como ésta, en la que se trata de que ustedes discutan sobre el tema como en una mesa redonda, abordándolo de la manera que les parezca más oportuna y relevante. Como comprenderán para esta investigación es de vital importancia que sometan aquí a discusión sus opiniones y comenten todo cuanto se les ocurra sobre el tema. No van a ser evaluados y no hay opiniones correctas o incorrectas, verdaderas o falsas sino opiniones (es decir lo que piensan y creen al respecto). Posteriormente tendremos una pequeña conferencia informativa.

CREACIÓN DE UN AMBIENTE PROPICIO

- Explicitar las reglas fundamentales de la participación en el grupo.
- Pedir voto de confidencia al grupo. Todo lo que compartamos en el grupo quedará sólo en el grupo.
- Franqueza. No es un examen, se invita a ser lo más honesto y franco posible, pero si no quieren decir algo muy personal pueden no hacerlo. Todos debemos de participar y escuchar con atención y respeto las opiniones de los otros.

PRESENTACIÓN: Dinámica Activa Participativa

PREGUNTAS CLAVES:

1° Grupo Focal	2° Grupo Focal	3° Grupo Focal
¿Existen suficientes razones para hacer uso de celulares en sala de operaciones? ¿Porque?	¿Cómo caracterizar las razones del uso de celulares que implican riesgo para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019?	¿Cuáles serían las necesidades de información sobre los riesgos que implican el uso de celulares para la seguridad del paciente en sala de operaciones en la Clínica Fátima de Trujillo, 2019?
¿Conoce de algún tipo de normativa que prohíbe el uso de celulares en sala de operaciones? ¿Porque?		
¿Cree que con el uso de celulares se pone en riesgo la seguridad del paciente en sala de operaciones? ¿Porque?		
¿En sala de operaciones, ha sido testigo de algún tipo de interferencias con los equipos biomédicos tras el uso de celulares por parte del personal? ¿Porque?		
¿Considera usted que es defendible el uso de celulares en sala de operaciones por parte del personal asistencial porque no trasgrede el ejercicio del derecho de los pacientes? ¿Porque?		
¿Cree usted que el uso de celulares en sala de operaciones no ocasiona distracciones al personal? ¿Porque?		
¿Ha experimentado usted distracciones en la atención al paciente tras el uso de celulares en sala de operaciones? ¿Porque?		
¿Cree que está capacitado para hacer uso adecuado de celulares en la atención al paciente en sala de operaciones? ¿Porque?		

10. CIERRE DE GRUPO FOCAL

- Resaltar aspectos positivos de la dinámica grupal.
- Ofrecer teléfonos y direcciones de servicios de atención.
- Devolución: invitación a plática y café.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE LA GUÍA
DE DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ

Nombre:

Profesión:.....

Grado Académico:

Institución donde trabaja:.....

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Leguaje apropiado			
Expresa procedimientos observables			
Adecuado al avance de la ciencia			
Predice una organización lógica			
Comprende cantidad y calidad			
Basado teorías científicas			
Responde al propósito de estudio			
Es adecuado para la investigación			

Valoración General

.....

Firma del Juez Experto (A)

CMP

ANEXO 3

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

FORMATO AIKEN DE ANALISIS DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES

Ítems	Criterios	N° de Jueces				
		1	2	3	4	5
1	Leguaje apropiado	1	1	1	1	1
2	Expresa procedimientos observables	1	1	1	1	1
3	Adecuado al avance de la ciencia	1	1	1	1	1
4	Predice una organización lógica	1	1	1	1	1
5	Comprende cantidad y calidad	1	0	1	1	1
6	Basado teorías científicas	1	1	1	1	1
7	Responde al propósito de estudio	1	1	1	1	1
8	Es adecuado para la investigación	1	1	1	1	1
Total		8	7	8	8	8

Si = 1 No = 0

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b = Grado de concordancia entre jueces;

Ta = n° total de acuerdos;

Td = n° total de desacuerdos.

$$b = \frac{39}{39 + 1} \times 100$$

Coefficiente de concordancia (CC) = 97,5

ANEXO 4

Reportes de Jueces Expertos

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE LA GUÍA DE
DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ

Nombre: José Elías Cabrejo Parades

Profesión: Médico

Grado Académico: DOCTOR

Institución donde trabaja: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBHO

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Leguaje apropiado	X		
Expresa procedimientos observables	X		
Adecuado al avance de la ciencia	X		
Predice una organización lógica	X		
Comprende cantidad y calidad	X		
Basado teorías científicas	X		
Responde al propósito de estudio	X		
Es adecuado para la investigación	X		

Valoración General

.....

Firma del Juez Experto (A)

CP:

Dr. José E. Cabrejo Parades MD, PhD, MPH
Doctor en Medicina/Doctor en Gestión Pública
Maestro en Salud Pública
Asesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina - UNT

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE LA GUÍA
 DE DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ

Nombre: Julio Enrique Carranza Castillo
 Profesión: Médico
 Grado Académico: Especialista en Cirugía General
 Institución donde trabaja: ESSALUD

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Leguaje apropiado	✓		
Expresa procedimientos observables	✓		
Adecuado al avance de la ciencia	✓		
Predice una organización lógica	✓		
Comprende cantidad y calidad	✓		
Basado teorías científicas	✓		
Responde al propósito de estudio	✓		
Es adecuado para la investigación	✓		

Valoración General


 Julio E. Carranza Castillo
 MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA
 C.M.P. 33196 R.N.E 15457

Firma del Juez Experto (A)

CP:

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE LA GUÍA
 DE DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ

Nombre: Alejandro Mark Vázquez Gutiérrez
 Profesión: Médico
 Grado Académico: Médico Especialista en Anestesiología
 Institución donde trabaja: Instituto Regional de Oftalmología

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Leguaje apropiado	X		
Expresa procedimientos observables	X		
Adecuado al avance de la ciencia	X		
Predice una organización lógica	X		
Comprende cantidad y calidad		X	
Basado teorías científicas	X		
Responde al propósito de estudio	X		
Es adecuado para la investigación	X		

Valoración General


 Dr. Alejandro Mark Vázquez Gutiérrez
 MÉDICO CIRUJANO
 ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
 C.M.P. 46656 R.N.E. 28005

Firma del Juez Experto (A)

CP: 48656

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE LA GUÍA
 DE DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ

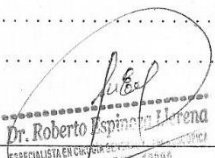
Nombre: ROBERTO ESPINOSA LLERENA
 Profesión: QUIRURJANO GENERAL
 Grado Académico: MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
 Institución donde trabaja: M. I. I. F. A.

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Leguaje apropiado	X		
Expresa procedimientos observables	X		
Adecuado al avance de la ciencia	X		
Predice una organización lógica	X		
Comprende cantidad y calidad	X		
Basado teorías científicas	X		
Responde al propósito de estudio	X		
Es adecuado para la investigación	X		

Valoración General


 Dr. Roberto Espinosa Llerena
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
 CP: 46523
 RNE 29990

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DE LA GUÍA
 DE DISCUSIÓN GRUPAL (REUNIÓN DE GRUPO FOCAL)

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE JUEZ

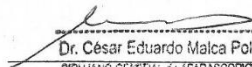
Nombre: CESAR EDUARDO MALCA POLO
 Profesión: MEDICO
 Grado Académico: ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
 Institución donde trabaja: CLINICA FATIMA

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Leguaje apropiado	✓		
Expresa procedimientos observables	✓		
Adecuado al avance de la ciencia	✓		
Predice una organización lógica	✓		
Comprende cantidad y calidad	✓		
Basado teorías científicas	✓		
Responde al propósito de estudio	✓		
Es adecuado para la investigación	✓		

Valoración General


 Dr. César Eduardo Malca Polo
 CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCOPICO
 Firmado el 01 de Mayo de 2011 (A)
 CP: 32998

ANEXO 5



Trujillo, 20 de mayo del 2019

SR. BR.

DANY RUBÉN SORIANO RAMÍREZ

Presente.-

Yo, CESAR EDUARDO MALCA POLO, Gerente General de Clínica Fátima de Trujillo, brindo AUTORIZACIÓN a Usted para la realización de la investigación: "*Razones del uso de celulares en sala de operaciones según profesión y edad, que implican riesgo en la seguridad del paciente en clínica*", como parte de su maestría de Gerencia en los Servicios de Salud cursada en la Universidad César Vallejo de Trujillo, la cual se desarrollará hasta el mes de agosto 2019.

Atentamente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "César", is positioned above the printed name and title.

Dr. César Eduardo Malca Polo
CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO
R.N.E. 33572 C.M.P. 37998

DR. CESAR EDUARDO MALCA POLO

ANEXO 6
REGISTRO FOTOGRÁFICO



