UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
UPEC

POSGRADO

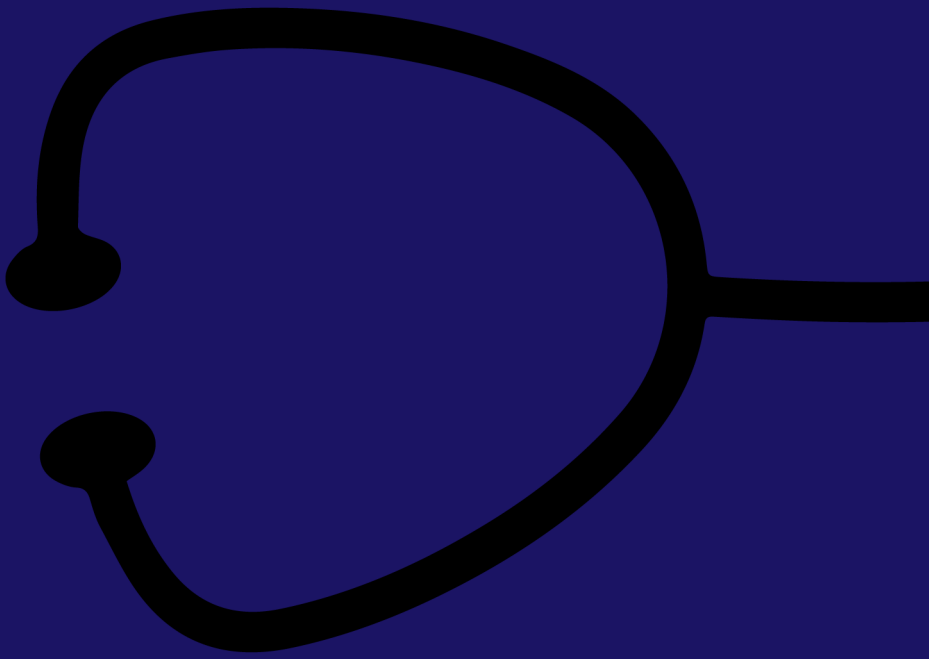
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

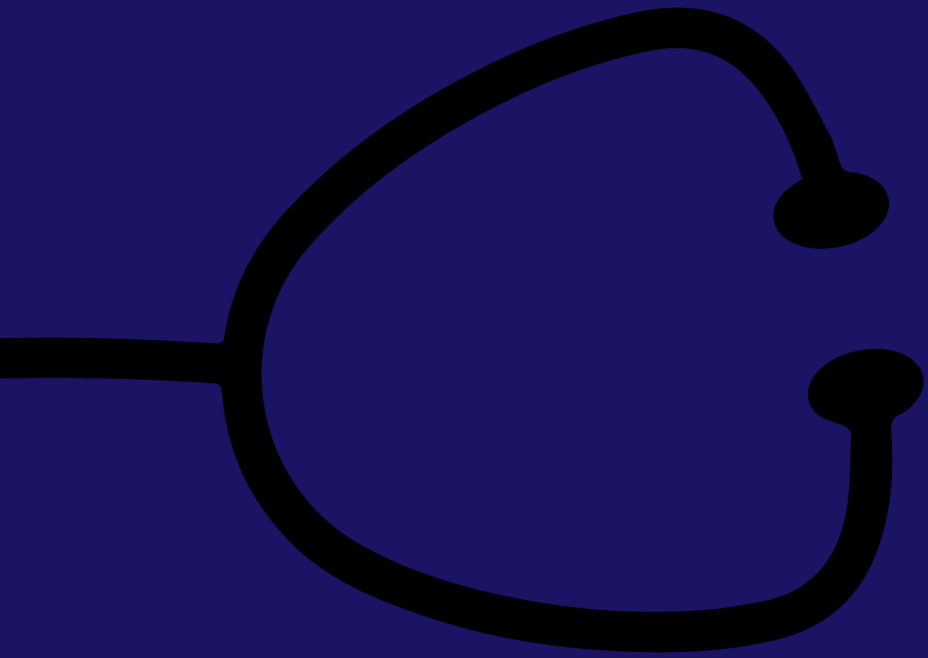
Un reto para el siglo XXI



COLECCIÓN CÓNCLAVE

Lennys Beatriz Berutti Suarez
Compiladora





Enfermería familiar y comunitaria

Un reto para el siglo XXI





Maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria Primera Cohorte

Posgrado

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Lennys Beatriz Berutti Suarez
Compiladora

Enfermería familiar y comunitaria

Un reto para el siglo XXI

POLITÉCNICA DEL CARCHI
UNIDAD DE PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN ACADÉMICA Y CIENTÍFICA

Para referenciar este libro:

Rebutti Suárez, L. B. (2025). *Enfermería familiar y comunitaria: un reto para el siglo XXI.* Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

1. Enfermería; 2. Familia; 3. Comunidad; 4. Salud.

Clasificación Thema: 610.736 - Enfermería especializada

Clasificación Dewey: MQCX - Enfermería comunitaria

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
Dr. Jorge Mina – Rector
Dra. Gladys Urgilés – Vicerrectora
Dr. Jesús Aranguren - Director de Posgrado

PROCESO EDITORIAL
MSc. David Herrera – Director de Investigación
MSc. Johana Morillo – Responsable de la Unidad de Producción y Difusión Académica y Científica
MSc. Fernando Pazmiño – Diagramación y diseño
Dr. Duván Ávalos – Editor

AVAL ACADÉMICO
MSc. Mora Cuastusa Damaris Elizabeth – Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán
MSc. Mora Pérez Roselia del Carmen – Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán

DATOS DE PUBLICACIÓN
Título: Enfermería familiar y comunitaria: un reto para el siglo XXI
Autora: Lennys Beatriz Berutti Suarez - lennys.berutti@upec.edu.ec - https://orcid.org/0000-0003-3512-6247
Diseño de portada: MSc. Fernando Pazmiño
Imagen de portada: Adobe Firefly
Concepto de portada: Asdrúbal Paganos
Comentario de la solapa: Unidad de Producción y Difusión Académica y Científica
DOI: https://doi.org/10.32645/9789942625427
ISBN PDF: 978-9942-625-42-7
ISBN EPUB: 978-9942-625-43-4
Disponibilidad digital: https://www.publicacionesupec.org/index.php/carchi
Edición: Primera, Abril del 2025.

© Universidad Politécnica Estatal del Carchi © Lennys Beatriz Berutti Suarez

Calle Antisana y Avenida Universitaria, Tulcán, Carchi, Ecuador.

Tel: 06 2 224 079 / 06 2 224 080 / 06 2 224 081 Ext: 1300 / 1301
publicaciones@upec.edu.ec / publicacionesupec@gmail.com
Ecuador, Tulcán. Abril del 2025

Prohibida la reproducción de este libro, por cualquier medio,
sin la previa autorización por escrito de los propietarios del copyright.

Índice

Presentación

Sección I: Cuidado integral en los niños

Cultura alimentaria del pueblo awá y la desnutrición infantil
Luis Diego Hernández Romero
Widmark Enrique Báez Morales

Desnutrición infantil y el rol de las políticas públicas
Mary Norfalia Hualpa Hualpa
Jhon Jairo Parra García

Problemas de la lactancia materna exclusiva para elaborar un instrumento educo-comunicacional
Cenaida Morocho Arévalo
Anita Eloisa Milano Cardoza

Plan de intervención de enfermería para promover el crecimiento óptimo en niños menores de 3 años
Zuleyma Guancha Fuertes
Carmen Marlene Potosí Villarreal

Sección II: Cuidado integral en el adulto y adulto mayor

Determinantes sociales de la salud en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas en Tulcán
Jorge David Cadena Gómez
Widmark Enrique Báez Morales

Estrategias de autocuidado en adultos mayores
José Orlando Flores Alarcón
Juan Carlos Pilacuán España

Estrategias de calidad en los adultos mayores del I nivel de atención.
Carla Viviana Hernández Tulcán
Ruth Elizabeth Salgado Jiménez

Vulnerabilidad de la mujer migrante en la ciudad de Tulcán
María Belén Taramuel Chamorro
Ruth Elizabeth Salgado Jiménez

Sección III: Cuidado integral a nivel comunitario

Eventos adversos post- vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud del Distrito 04D01 San Pedro de Huaca - Tulcán Salud

Andrés Fernando Flores Chávez
Carmen Marlene Potosí Villarreal

Intervención de enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos

Anyela Jackeline Fuertes López
Roba Amer Al Kontar

Comunicación enfermero/a-paciente como indicador de calidad en la atención primaria de salud

María Soledad Jumbo Armijos
Ruth Elizabeth Salgado Jiménez

Intervención de enfermería en cuidadores de pacientes con discapacidad

Carmen Margoth Toapanta Tipán
Carmen Marlene Potosí Villarreal

Programa de intervención educativo de enfermería para mitigar la afectación de los cuidadores de los pacientes hemodializados

Irene Yomayra Tuz Tapia
Juan Carlos Pilacuán España

Estrategias de intervención de enfermería frente a las probables secuelas del COVID-19.

Laura Johana Córdova Guerrero
Jhon Jairo Parra García

Sobre los compiladores

Presentación

La enfermería familiar comunitaria es un concepto fundamental en el ámbito de la atención primaria en salud, y se centra en brindar atención integral a las familias y comunidades, reconociendo la importancia de abordar las necesidades de salud en el contexto social, cultural y económico de las personas.

El libro que usted tiene en sus manos es un testimonio del compromiso inquebrantable de los profesionales de enfermería que dedican sus vidas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de las comunidades del cantón Tulcán, en Ecuador. Este compromiso trasciende las paredes de las unidades de salud y se adentra en los hogares, en las calles y plazas. En estas páginas, no solo se explorará habilidades técnicas y conocimientos científicos esenciales de los enfermeros que se desempeñan en atención primaria, sino también su profundo vínculo con las personas a las que sirven. Aquí se mostrará cómo se forjan relaciones de confianza con las familias y se tejen lazos estrechos con la comunidad, construyendo un conocimiento sólido para la salud y el bienestar.

Ecuador es un país rico de diversidad cultural y geográfica, donde se presentan desafíos únicos y oportunidades sin igual para la enfermería familiar y comunitaria. Desde las zonas urbanas hasta las áreas rurales, los profesionales de enfermería han enfrentado desafíos con valentía y creatividad, brindando atención de calidad a todas las personas, sin importar su origen o circunstancias.

Este libro no solo está destinado a los profesionales de enfermería, sino también a todos aquellos que desean conocer y apreciar el conocimiento generado a partir de la atención primaria en salud. Es una invitación a reflexionar sobre la importancia de la atención centrada en la comunidad, siendo un ejemplo de dedicación y un testimonio vivo de cómo el cuidado de la salud puede cambiar vidas y comunidades enteras.

El programa de maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria de la Politécnica del Carchi tiene como objetivo principal formar profesionales con sólidos conocimientos en Enfermería con competencias enfocadas al cuidado integral familiar y comunitario, con una formación multidisciplinar que les permita desarrollar competencias genéricas y específica orientadas hacia la atención integral del individuo, familia y comunidad, bajo los principios bioéticos, el respeto a la diversidad cultural, de género y derechos humanos, contribuyendo al desarrollo de políticas que favorezcan la prevención, promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida del individuo.

Este libro, compuesto por 14 capítulos, es un testimonio de la dedicación de nuestros estudiantes y profesionales de enfermería en la búsqueda constante de la excelencia y calidad en la atención de la salud. Se presentan tres secciones que agrupan los trabajos de titulación desarrollados: Cuidado integral en los niños, Cuidado integral en el adulto y adulto mayor y Cuidado integral a nivel comunitario.

Estas tres secciones abordan propuestas de estrategias de intervención para la prevención y promoción de la salud en el individuo y comunidad desde diferentes ámbitos, para mejorar la calidad de vida del individuo y comunidad.

Que este libro inspire a futuras generaciones de profesionales de enfermería a seguir explorando, investigando y avanzando en el noble arte de cuidar de la salud a nivel integral. Y que sirva como tributo a quienes han dedicado sus vidas a esta noble causa y como guía para aquellos que desean unirse a esta importante misión.

Los compiladores.



Sección I:
CUIDADO INTEGRAL EN LOS NIÑOS

Cultura alimentaria del pueblo awá y la desnutrición infantil

Luis Diego Hernández Romero
luis.hernandez@upec.edu.ecupec

Widmark Enrique Báez Morales
widmark.baez@upec.edu.ec

Introducción

La Organización de las Naciones Unidas ha estimado que hay aproximadamente 370 millones de indígenas en el mundo, distribuidos en al menos 90 países. En Sudamérica se cuenta con amplia presencia de esta población. Se ha documentado una amplia diferencia en la prevalencia de desnutrición infantil o DI entre población indígena y población no indígena: 35.9 % y 12.8 %, respectivamente, en menores de 5 años (Erazo Arteaga D. et al., 2019).

En la zona norte del Ecuador existen comunidades que tienen sus raíces del pueblo Awá desde hace décadas, estas se caracterizan por mantener costumbres ancestrales en cuanto a su cultura, hábitos, costumbres y la alimentación que es la clave para una infancia plena, por ende, este estudio busca analizar la relación entre la cultura alimentaria y la desnutrición infantil del pueblo Awá. En este tiempo se ha observado como la desnutrición infantil a nivel mundial continúa siendo una enfermedad que aún hostiga a las comunidades menos favorecidas. Se ha pasado por un periodo de pandemia por Covid-19, lo que provocó que la desnutrición infantil pasara a un segundo plano.

La desnutrición infantil tiene un impacto directo en la sociedad. Se debe principalmente a la inadecuada ingesta de micronutrientes. Es la principal causa de retraso en el crecimiento, baja estatura y déficit cognitivo, y en los países en vías de desarrollo se asocia con el 60 % de la mortalidad infantil. Entre las deficiencias de micronutrientes, el déficit de hierro es el más prevalente (Talavera et al., 2022).

Ante la limitada información existente a cerca de la cultura alimentaria del pueblo Awá, se busca adentrar en el contexto propio del territorio indígena, para observar la relación entre los hábitos y costumbres ancestrales con la desnutrición infantil con el propósito de enriquecer el conocimiento para futuras investigaciones, además de concentrar acciones en familias y comunidades más vulnerables.

El presente estudio tiene la intención de conocer la cultura alimentaria del pueblo Awá y la relación que esta tiene con la desnutrición infantil y plantear un plan de intervención de enfermería para disminuir la desnutrición infantil, así también favorece al personal de salud ya que se sensibilizará y se reforzará la atención directamente en esta problemática. Es importante brindar un acercamiento directo a una las problemáticas de salud más importante del pueblo Awá, ya que la causa principal de la desnutrición infantil está ligada a un aporte inadecuado de micronutrientes, producto de la cultura nutricional ancestral precaria junto con otros aspectos como la pobreza, servicios básicos, geografía, entre otras.

La desnutrición infantil está presente en todos los países del mundo, especialmente en los países que atraviesan problemas, con recursos económicos, humanos y objetivos escasos o limitados. Un estudio realizado recientemente titulado La desnutrición infantil en el mundo, herramientas para su diagnóstico estima que 795 millones de personas están mal nutridas, de las cuales 90 millones son menores de 5 años (Moreta Colcha et al., 2019).

Un estudio realizado en Ecuador en el 2021 indica que la desnutrición infantil como problema de salud constituye un desafío para cualquier nación dada la reconocida repercusión de sus efectos negativos en el ser humano y que abarcan afectaciones que incluyen el desempeño escolar, la capacidad de trabajo, mayor probabilidad de ocurrencia de enfermedades, muerte prematura en niños menores de cinco años, así como también los costos y pérdidas económicas a la familia y la sociedad. Estos efectos se manifiestan a lo largo de la vida y es padecida a los sectores social y económicamente más desfavorecidos (Pérez y otros, 2021).

La cultura alimentaria indígena contrastada con la cultura alimentaria propia Awá no solo se relaciona con el territorio desde los alimentos que este les provee, tanto de sus cultivos y traspatio como del monte, sino a través de las representaciones de los alimentos, creadas en la interacción pasada y actual con el espacio natural. Es el convergir de la cosmovisión/territorio y las prácticas alimentarias para obtener y hacer uso de los alimentos (López, 2021).

Según el Ministerio de Salud Pública (2020): En ecuador se ha impulsado numerosos programas para erradicar la desnutrición crónica infantil, el programa actual con base en el decreto 1211, aprueba la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil, con el objetivo de prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños menores de 24 meses de edad, a través de la implementación del denominado Paquete Priorizado (p.1).

Según Cárdenas y Carrillo En su tesis relacionada a la desnutrición en la población Awa, nos indica que la prevalencia de retardo de talla en la población de 0 a 23 meses en la provincia de Imbabura es de 38.4 %. De acuerdo con el Centro de Salud de Lita, se ha identificado un número considerable de casos de desnutrición crónica pertenecientes a las diferentes comunidades en las que se encuentra la población Awá (Cárdenas y Carrillo, 2018).

La gastronomía Awá y estrategias para fortalecer la cultura tradicional, indican como afecta la nutrición de las familias Awá cuando van de casería ya que se debe adentrar más a la montaña y les lleva más horas de viaje, en muchas ocasiones por la distancia de viaje se les daña la carne del monte en el camino, por la escases de proteína animal las personas del territorio han incidido en el deterioro de la alimentación, presentándose casos de enfermedades y desnutrición tanto en niños como en adultos. (Canticus y Taquez, 2019).

La alimentación de mala calidad es hoy en día uno de los mayores obstáculos para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje de los niños. Los riesgos son más graves durante los dos primeros años de vida, cuando una ingesta insuficiente de nutrientes puede causar un daño irreversible en el cuerpo y el cerebro de los niños, que se

encuentran en un rápido proceso de crecimiento, y limitar su potencial para crecer, desarrollarse y aprender durante su infancia (Unicef, 2021).

EL Modelo de Salud Intercultural Basado en Atención Primaria en Salud, el cual está enfocado en pueblos Awá encontró que las principales problemáticas en salud del pueblo Awá están relacionadas con elevadas tasas de morbimortalidad materna, perinatal, infantil (especialmente por enfermedades respiratorias y diarreicas que afectan principalmente a niños y niñas Awá menores de cinco años), desnutrición, enfermedades de trasmisión vectorial, parasitismo, bajas coberturas en programas institucionales de salud como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, esta investigación coincide con la hipótesis de relacionar la cultura alimentaria y la desnutrición infantil para entender los factores que se pueden tratar en el primer nivel (Casas, 2022).

Materiales y métodos

Esta investigación estuvo encaminada al estudio de la desnutrición infantil en niños menores de dos años y su relación con la cultura alimentaria, en la población Awá - Ecuador. Para esto se llevó a cabo un estudio de abordaje cuantitativo, de tipo observacional, correlacional y de corte transversal, tomando como variable dependiente la desnutrición infantil crónica (talla/edad) y global (peso/edad) y la variable dependiente, la cultura alimentaria del pueblo Awá (Frecuencia de consumo por grupos de alimentos y prácticas alimentarias). La población de estudio estuvo conformada por 56 niños menores de 2 años, residentes en la parroquia Rural de Lita (Zona Norte del Ecuador) que asistieron a su control de niño sano en el Centro de salud Tipo A de Lita en el mes de abril del 2023. Los criterios de inclusión fueron niños menores de dos años que pertenezcan a la comunidad Awá y que hayan acudido a su control médico en el mes de abril del presente año y los criterios de exclusión fueron niños mayores de dos años, población flotante, registros duplicados, padres que hayan rechazado a participar

de este estudio y que no hayan firmado el consentimiento informado. Se trabajó con la técnica de encuesta a través de la construcción de un cuestionario adaptado de la FAO (Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2012) el cual afirma que es "un método de medición del consumo de alimentos que se ha utilizado para estudiar la validación de convergencia de la ELCSA es la frecuencia de consumo de grupos de alimentos" (p.50). Que constó de dos bloques, el primero contenía 16 preguntas acerca de las prácticas alimentarias y el segundo abarcó 13 preguntas sobre la frecuencia de consumo por grupos de alimentos y fue elaborado mediante la herramienta de Google Forms para la aplicación asistida por el investigador, mima que se puede visualizar en el siguiente enlace: https://forms.gle/3fz881mqsZKpyHCi8.

Este instrumento fue validado por tres expertos en el área de salud infantil (Un especialista en Primer Grado de Medicina General Integral, un Nutricionista y Magister en Epidemiología; y, una enfermera Magister en Salud para el Desarrollo Local. Para determinar la fiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto y se procedió a calcular el coeficiente de Alfa de Cronbach que demuestra la confiablidad del instrumento. Sergio y Francisco (2018) afirman que "es una forma sencilla y confiable para realizar la validación de constructo de una escala y como una medida que cuantifica la correlación existente entre los ítems que la componen" (p. 1). E l cual arrojó un valor de 0.75, el cual convierte a este instrumento en aceptable y apto para ser aplicado. El cuestionario de aplicó de manera asistida por el investigador y directamente en el domicilio de cada madre de los niños objeto de estudio.

Para la valoración del estado nutricional de los niños menores de dos años se solicitó la información directamente al centro de salud Tipo A de Lita, mediante el sistema de salud MSP-RDACAA-PRASS se obtuvo el consolidado de atenciones realizadas hasta el mes de Abril del 2023, del cual se filtró la información de interés para analizar la Desnutrición Crónica que a la vez se clasificó en Normal (puntuación Z entre +2 y -2), Retardo de crecimiento moderado (puntuación Z -2 y -3) y retardo de crecimiento severo (puntuación Z -3). Y la Desnutrición Global que a la vez se clasificó en Normal (puntuación Z entre +2 y

-2), peso bajo moderado (puntuación Z -2 y -3) y peso bajo severo (puntuación Z -3).

Los resultados se trabajaron desde la estadística descriptiva con tablas de frecuencias para establecer la prevalencia de la Desnutrición crónica (DC) y desnutrición Global (DG), así como la cultura alimentaria del pueblo Awá. Las correlaciones entre las variables se trabajaron con la herramienta Jamovi versión 2.3.21 utilizando el estadístico de Spearman.

Resultados y discusión

En relación con la prevalencia de la DC y DG, como se puede observar en la tabla 1, la prevalecía de la desnutrición crónica y la desnutrición global, así como sus tipologías se sintetizaron mediante tablas de frecuencia, obteniendo que la baja talla moderada y bajo peso moderado tiene mayor prevalencia en el sexo femenino y la baja talla severa y bajo peso severo es más prevalente el sexo masculino de la población total de estudio.

En Ecuador, el 27 % de niños menores de dos años sufren desnutrición crónica y es uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador, siendo el segundo país de América Latina y el Caribe con mayores índices (UNICEF, 2018). Esta investigación encontró una prevalencia aun mayor en la población Awá estudiada con el 30 % de DC, siendo el sexo masculino quien presento mayor frecuencia de DC frente al sexo femenino, lo que concuerda con un estudio realizado en Colombia en niños menores de cinco años de la población Awá en Barbacoas-Nariño (Erazo Arteaga D. et al., 2022).

En una escala de mayor amplitud es necesario identificar circunstancias que operan como dimensiones estructurales e inciden de manera relevante en el comportamiento de las poblaciones indígenas hacia los problemas de salud. Dentro de esta categoría se incluyen condiciones materiales de vida que favorecen u obstaculizan la posibilidad de utilizar la oferta médica, y sobre todo de adherirse a los

mandatos estipulados por los profesionales de la salud. En ello tercian, por ejemplo, las circunstancias materiales con las que las personas, en un contexto económico, geográfico y sociocultural dado, afrontan su existencia, así como el burocratismo institucional. (Eroza Solana y Carrasco Gómez, 2020).

Tabla 1.

Prevalencia de desnutrición infantil en menores de dos años del pueblo Awá. Fuente: Ministerio de Salud Pública-RDACAA-PRASS-consolidado de atenciones realizadas hasta el mes de abril del 2023.

Tipo de desnutrición	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**
DESNUTRICIÓN CRÓNICA DC (baja talla para la edad)			
Baja talla moderada	10 %	23 %	16 %
Baja talla severa	23 %	4 %	14 %
Total	33 %	27 %	30 %
DESNUTRICIÓN GLOBAL DG (Bajo peso para la edad)			
Bajo peso moderado	3%	8 %	5 %
Bajo peso severo	10 %	4 %	7 %
Total	13 %	12 %	12 %

La Tabla 1 detalla como la lactancia materna y la alimentación durante los primeros años de vida son parte esencial para un adecuado crecimiento y desarrollo en niños, encontrando que en la población de estudio los alimentos de mayor consumo son las sopas caceras, verduras y frutas respectivamente y las proteínas de origen animal como pollo, cerdo, res, pescado, leche, yogur y queso se consumen en menor frecuencia por semana. Las frutas tropicales de la zona como la naranja, guayaba, naranjilla, papaya, madroños, mandarina tienen un consumo medio, pues las temporadas de estas frutas varia durante todo el año.

La realidad es que el autoconsumo es ya insuficiente para satisfacer las necesidades alimentarias de las comunidades indígenas, en cualquier escenario, el indígena se encuentra en una situación de

riesgo y experiencias continuas y periódicas de pasar hambre. (Osuna, 2021). Esto concuerda con los resultados arrojados sobre la cultura alimentaria en la población de estudio Awá pues los alimentos de mayor consumo son los que ellos mismo cultivan como la yuca, chillangua, plátano verde, chicha de arroz o maíz y caldos y sopas caceras, esta última conocida por su bajo aporte nutricional.

Tabla 2.

Cultura alimentaria por alimentos de mayor consumo semanales.

PRODUCTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO
Caldos y sopas caseras.	67 %
Frejol, arveja, habas, lenteja, garbanzos.	48 %
Cilantro/ Chillangua.	42 %
Chicha de arroz, yuca o maíz.	42 %
Yuca	40 %
Preparaciones a base de plátano verde (majado, bolón, tigrillo, empanadas).	22 %
Naranja, guayaba, naranjilla, papaya, madroños, mandarina.	21 %
Pollo, cerdo, res, pescado	18 %
Arroz, pasta, avena, trigo, cebada.	11 %
Guatín, guanta.	7 %
Leche, yogur, queso.	5 %
Refrescos embotellados con gas	5 %
Armadillo	4 %
Embutidos (salchicha, mortadela, chorizo)	4 %
Raposa	3 %
Camote	1 %

La Tabla 2 presenta la cultura alimentaria por prácticas, la población de estudio arrojó que para su autoconsumo 7 de cada 10 personas crían animales como gallinas, patos y gansos. La cultura

alimentaria del pueblo Awá tiene algunos privilegios al vivir en las zonas rurales pues la alimentación anqué no es variada y es de bajo aporte nutricional se la obtiene directamente de la naturaleza, la forma de conservar las carnes se lo hace mediante ahumados ya que por cuestiones geográficas y económicas en su gran mayoría no cuentan con luz eléctrica para refrigeradores, así como otros servicios básicos.

El bajo consumo de proteína animal se da por factores económicos, es decir, no siempre se cuenta con ingresos suficientes como para cubrir la necesidad de esta ingesta, hay que tomar en cuenta que los habitantes de la comunidad se dedican en su mayoría a trabajar al diario o jornal con una remuneración de doce dólares y sin comida, teniendo en cuenta que cada familia sostiene al menos cinco o seis hijos. Este ingreso no es siempre, es eventual, carecen de seguridad laboral, esta restricción alimentaria aumenta, pues, no existe la cría de animales, la pesca artesanal o la cacería por efecto de cambios en el medio ambiente causado por la contaminación fluvial, deforestación y caza indiscriminada; se consume proteína animal una vez por semana en el mejor de los casos (Arteaga Insuasti, 2021). Lo cual concuerda con los resultados obtenidos ya que el consumo de animales silvestres como la Guanta, Guatín y Raposa es apenas del 5 % del consumo semanal.

Este estudio nos revela que en moderada periodicidad se dedican a la cacería de animales autóctonos de la zona, así como el consumo de frutas exóticas como sustento alimentario. López (2021) afirma que los sistemas alimentarios indígenas se fundamentan en la amplia biodiversidad de los ecosistemas donde se llevan a cabo actividades agrícolas, pecuarias, de caza, pesca, recolección, trueque y comercialización para la obtención de los alimentos (López Ríos et al., 2021). (p. 5).

Tabla 3.

Cultura alimentaria por prácticas.

Ítems de cultura alimentaria	Respuesta	Frecuencia en %
Crianza de animales para consumo.	Aves (gallinas, patos, gansos)	73.2 %
Conservación de carnes	Ahumado	76.8 %
Consumo alimentos industrializados	A veces	51.8 %
Administración de micronutrientes	Siempre	60.7 %
Mayor consumo de alimentos	Sopas	44.6 %
Lugar de alimentación	Comedor	62.5 %
Higiene de manos al preparar alimentos	Siempre	71.4 %
Lavado de utensilios	Siempre	85.7 %
Alimentación con afecto	Siempre	46.4 %

Como se puede observar en la Tabla 3 el tiempo y frecuencia de la lactancia materna, la administración de micronutrientes, el número de comidas al día al igual que la higiene de manos y el lavar los utensilios de cocina antes de las preparaciones de los alimentos tienen una relación inversamente proporcional con el bajo peso y baja talla para la edad. Lo cual indica que al cambiar cualquiera de estas variables en una determinada trayectoria la otra lo hace en sentido contrario es decir aumentarían la desnutrición infantil. Y un consumo de alimentos industrializados tiene una débil correlación con el bajo peso y baja talla para la edad. El conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva para prevenir la desnutrición infantil tiene una relación directamente proporcional es decir entre más educación reciban las madres se podría disminuir con la prevalencia de la desnutrición infantil crónica y global.

Sin lugar a duda, disponer de atención permanente va a contribuir con la reducción de las cifras de mortalidad infantil, desnutrición crónica como un problema profundo en la comunidad, suministro de remedios para el tratamiento médicos, que tendrá un impacto favorable en las familias indígenas. (Suarez y Puchana, 2021).

Según (Ortega, 2019) La desnutrición infantil está relacionada a factores económicos, ambientales, culturales, biológicos e institucionales. Estos resultados ponen en relieve que la desnutrición infantil crónica no solo depende de los factores económicos, sino de los ambientales, biológicos e institucionales. En consecuencia, resulta prioritario que se diseñen y ejecuten los proyectos que mejoren la producción, los ingresos familiares, la educación materna y la biología humana observada en el niño, considerando los factores determinantes observados, tanto para explicar el impacto de las intervenciones como de promover alianzas con otros sectores.

Tabla 4.

La desnutrición crónica y desnutrición global correlacionadas con la Cultura alimentaria en menores de 2 años del pueblo Awá.

DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN TALLA/EDAD			**DESNUTRICIÓN GLOBAL EN PESO/EDAD**	
Consumo alimentos industrializados	Rho de Spearman	0.205	Rho de Spearman	0.011
	valor p	0.129	valor p	0.936
Comidas al día	Rho de Spearman	0.019	Rho de Spearman	-0.096
	valor p	0.891	valor p	0.480
Frecuencia LM	Rho de Spearman	-0.036	Rho de Spearman	-0.003
	valor p	0.794	valor p	0.980
Tiempo de LME	Rho de Spearman	-0.044	Rho de Spearman	-0.002
	valor p	0.749	valor p	0.988
Higiene de manos al preparar alimentos	Rho de Spearman	-0.037	Rho de Spearman	-0.097
	valor p	0.785	valor p	0.479
Alimentación con afecto	Rho de Spearman	0.008	Rho de Spearman	0.014
	valor p	0.952	valor p	0.019
Conocimiento LME	Rho de Spearman	-0.015	Rho de Spearman	0.010
	valor p	0.913	valor p	0.939
Administración de micronutrientes	Rho de Spearman	0.173	Rho de Spearman	-0.079
	valor p	0.202	valor p	0.562
LME previene la desnutrición infantil	Rho de Spearman	0.090	Rho de Spearman	0.047
	valor p	0.509	valor p	0.728

Conclusiones

- La cultura alimentaria del grupo de estudio del pueblo Awá es variada, pero tiene un bajo consumo de proteínas de origen animal, lácteos y derivados en la población infantil. Así mismo los animales silvestres como la guanta, guatín y amadillo solo representan el cinco por ciento del consumo semanal, siendo las sopas la comida principal para los niños.
- La prevalencia de la desnutrición infantil en el grupo de estudio sobrepasa los porcentajes de DC a nivel nacional con un tres por ciento. Al tratarse de familias y comunidades Indígenas Awá, que son más vulnerables a padecer enfermedades causadas por desnutrición infantil, es indispensable continuar buscando soluciones que contribuyan a su salud y bienestar.
- Aunque la relación entre la cultura alimentaria Awá y desnutrición infantil del grupo de estudio no fue significativa, es importante considerar los resultados articulados con otros determinantes relacionados, tales como el consumo de agua segura, servicios básicos y saneamiento, alcantarillado y políticas públicas que no fueron el objeto de estudio de esta investigación.

Propuesta

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio se propone fomentar una Alimentación activa basada en la educación en salud como estrategias y políticas públicas que tienen como eje central promover el consumo de proteínas de origen animal y hábitos alimenticios saludables.

Objetivo

Fomentar hábitos alimenticios saludables especialmente hiperproteicos, como estrategia ante la alta prevalencia desnutrición infantil dentro del grupo de estudio.

Planificación

Se desarrollará un plan de intervención articulado con el gobierno autónomo descentralizado de la parroquia Lita y el centro de salud de salud del casco urbano, en el que se desarrollaran de manera consecutiva menús a base de proteína animal, El diario el Universo (2021) afirma que el huevo, gracias a su alto valor nutricional, ha sido nombrado el mejor alimento que puede recibir un niño en crecimiento después de la leche materna, además de un gran aliado a la hora de combatir la desnutrición. En Ecuador uno de cada tres niños menores a 2 años sufre de desnutrición crónica y la proteína del huevo, sus nutrientes y minerales combaten esta grave condición que afecta a los infantes en su desarrollo físico: al retrasar el crecimiento adecuado acorde con su edad y cognitivo, ya que compromete sus logros académicos. (Diario Universo, 2021).

Tabla 5.

Plan de intervención articulado con el gobierno autónomo descentralizado de la parroquia Lita

	Actividades	**Plazo**	**Responsables**
FASE 1	Convocar a líderes comunitarios para la socialización del proyecto.	1 día	GAD Lita Centro de salud Tipo A Lita
	Adecuar la zona para la cría de animales de corral donados por el Gad parroquial y/u otras instituciones.	1 semana	GAD Lita
	Dividir tareas de cuidado de estos animales entre los beneficiarios.	De 1 a 4 meses	GAD Lita
	Suministrar los huevos producidos, así como la carne de estos animales entre las madres participantes que tiene niños menores de dos años.	De 2 a 4 meses	GAD Lita Centro de salud Tipo A Lita

FASE 2	Desarrollar de manera consecutiva menús a base de proteína animal y socializarlos con los beneficiarios.	De 1 a 4 meses	Centro de salud Tipo A Lita
	Fomentar la alimentación activa mediante el consumo de por lo menos un huevo diario en diferentes preparaciones.	De 1 a 4 meses	Centro de salud Tipo A Lita
	Educar sobre técnicas dinámicas de alimentación dirigidas a los padres.	De 1 a 4 meses	Centro de salud Tipo A Lita
	Trabajar juntamente con los centros de desarrollo infantil para fomentar alimentación activa a base de proteína animal.	De 1 a 4 meses	Centro de salud Tipo A Lita
	Educar a los beneficiarios que estos productos son ineludibles para el consumo de los niños menor de dos años	De 1 a 4 meses	Centro de salud Tipo A Lita
	Realizar controles médicos integrales de acuerdo con el Plan Intersectorial Para La Prevención Y Reducción De La Desnutrición Infantil (PELDI).	Cada mes	Centro de salud Tipo A Lita

El pueblo Awá tiene una gran fortaleza pues al vivir en zonas rurales, tal como lo demuestra este estudio la mayoría de ellos crían gallinas, patos o gansos como forma de subsistencia y amortiguamiento económico. Pero no le están dando al niño la proteína que necesita y la puede obtener de los huevos en diferentes preparaciones.

Referencias bibliográficas

Arteaga Insuasti, C. (2021). *Incidencias socioculturales que afectan el patrimonio gastronómico de la etnia awá de la parroquia de lita, comunidad río verde.* Lita. http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10911/2/02%20LGAS%20053 %20 TRABAJO %20GRADO.pdf

Canticus , D., & Taquez, G. (2019). *Saberes y prácticas ancestrales de la gastronomía Awá, una estrategia pedagógica para fortalecer la cultura tradicional con los estudiantes de grado 2º de la Sede Peña La Alegría.* Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) , Municipio de Tumaco.https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/26393/gmtaquezt %20.pdf?sequence=1

Cárdenas , D., & Carrillo, A. (2018). *Conocimientos y prácticas de lactancia y ablactación con relación al estado nutricional en menores de 2 años en la población Awá de Imbabura.* Imbabura.

Casas, H. M. (2022). *Un Modelo De Salud Intercultural Basado en Atención Primaria en Salud, Construido con el Pueblo Awa de Nariño* (1 ed.). San Juan de Pasto: Universidad de Nariño. https://sired.udenar.edu.co/7564/1/libro_dr_mauricio_casas %20 %281 %29.pdf

CEPAL. (2018). *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe.* https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe#:~:text= %5B2 %5D %20 Desnutrici %C3 %B3n %20aguda %3A %20emaciaci %C3 %B3n,de %20altura %20para %20la %20edad.

Cuevas Nasu, L., García Guerra, A., Dinorah González, L., Morales Ruan, M., Ignacio Méndez, G., Gaona Pineda, E., Rivera Dommarco, J. (2021). Magnitud y tendencia de la desnutrición y factores asociados con baja talla en niños menores de cinco años en México, Ensanut 2018-19. *Salud pública de méxico, 63*(3), 339-349.

Diario Universo. (2021). Un huevo al día ayuda a combatir la desnutrición. https://www.eluniverso.com/larevista/salud/un-huevo-al-dia-ayuda-a-combatir-la-desnutricion-nota/

Erazo Arteaga , D., García Burbano, J., Chavarriaga Maya , L., & Quirós Gómez , O. (2019). Desnutrición crónica en niños menores de cinco años de la comunidad indígena awá, Barbacoas (Nariño, Colombia), 2019. *Revista Ciencias de la Salud, 20*(1), 1-14. https://doi.org/https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10868

Erazo Arteaga, D., García Burbano, J., Chavarriaga Maya, L., & Quirós Gómez,, O. (2022). Desnutrición crónica en niños menores de cinco años de la comunidad indígena awá, Barbacoas (Nariño, Colombia), 2019. *Revista Ciencias de la Salud*, 1-14. https://doi.org/https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.1088

Eroza Solana, E., & Carrasco Gómez, M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *18*(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166580272020000100112

Iglesias , L., & González , M. F. (s.f). Lácteos y su importancia para combatir la desnutrición infantil. 16. https://consorciolechero.cl/libro-capitulo/LNS_SI_C29_Desnutrici %C3 %B3n %20 infantil.pdf

López Gabriela, O. (2021). *La importancia del entorno natural dentro de la cultura alimentaria de comunidades indígenas del sureste de México.* Universidad autonoma metropolitana. https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/27061/1/250195.pdf

López Ríos, J. M., Mejía Merino, C. M., Frías Epinayú, C. E., & Marulanda, S. C. (2021). Estrategias comunitarias para la seguridad alimentaria en indígenas wayuu,. *Revista comunitaria de nutricion española* , 5. https://doi.org/10.14642/RENC.2021.27.1.5351

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil*. https://www.finanzas.gob.ec/estrategia-nacional-ecuador-crece-sin-desnutricion-infantil/

Moreta Colcha, H., Vallejo Vásquez, C., Chiluiza Villacis, C., & Revelo Hidalgo, E. (2019). Desnutrición en Niños Menores de 5 Años: Complicaciones y Manejo a Nivel Mundial y en Ecuador. *3*(1). https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.345-361

Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2012). *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura*. FAO, Roma (Italia). https://www.fao.org/3/i3065s/i3065s.pdf

Ortega, A. (2019). Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. *Valdizana, 13*(1). https://doi.org/https://doi.org/10.33554/riv.13.1.168

Osuna López , G. (2021). La importancia del entorno natural dentro de la cultura alimentaria de comunidades indígenas del sureste de México. *Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco*. https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/27061

Pérez Padilla, C. A., Cueva Moncayo, M. F., Ramos Argilagos, M., & Guerrero Caicedo, R. (2021). La desnutrición infantil en Ecuador. Una revisión de literatura. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental, 61*(4).

Suarez, L., & Puchana, D. (2021). *El Derecho a la Salud del pueblo indígena Awá Camawari - Estrategias para el reconocimiento y promoción de la Salud Comunitaria.* SAN JUAN DE PASTO.http://www.knowledgecap.bigstarcreative.com/bitstream/20.500.12494/44610/3/2021_derecho_salud.pdf

Talavera, J., Monica, G., Labrada, T., Olvera, F., Martinez, M., y Salgado, B. (2022). Prevención de la desnutrición aguda moderada con un complemento alimenticio listo para consumir en preescolares de comunidades rurales. *Permanecer*, 6.

UNICEF. (2018). *Desnutrición*. https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici%C3%B3n#:~:text=En%20Ecuador%2C%20 2 7 % 2 5 % 2 0 d e % 2 0 n i % C 3 % B 1 o s , m a y o r e s % 2 0 %C3%ADndices%20despu%C3%A9s%20de%20Guatemala.

Unicef. (2021). *Informe sobre nutrición infantil 2021*. https://www.unicef.org/media/107236/file/ %20Fed %20to %20Fail %20-%20BRIEF-SPANISH-Final.pdf

Desnutrición infantil y el rol de las Políticas Públicas

Mary Norfalia Hualpa Hualpa
mary.hualpa @upec.edu.ec

Jhon Jairo Parra García
jhon.parra@upec.edu.ec

Introducción

La desnutrición en la infancia temprana representa un interés primordial debido a su impacto en la salud y el bienestar de los niños, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; comprender los factores subyacentes, las causas y las consecuencias de la desnutrición en los niños menores de 2 años, serán cruciales para desarrollar intervenciones efectivas y políticas de salud pública dirigidas a prevenir y abordar sus efectos negativos en la salud y el bienestar.

La Desnutrición Infantil (DI) no solo afecta el crecimiento y desarrollo físico de los niños menores de 2 años, sino que también representa una violación de sus derechos humanos fundamentales. Es importante resaltar que los niños tienen el derecho inherente a recibir una alimentación adecuada que satisfaga sus necesidades nutricionales, a disfrutar de un desarrollo óptimo en todas las áreas de su vida y abogar por la implementación de políticas que garanticen el cumplimiento de sus derechos fundamentales. (Rivera, 2019)

A lo largo de mi trayectoria académica y laboral, he palpado la realidad de las graves implicaciones que ha generado la DI en los menores de 2 años y los desafíos que esta problemática de salud pública enfrenta a lo largo del tiempo, lo que ha generado un enérgico deseo de contribuir a su reducción y prevención, generando conocimientos científicos solidos que respalden la investigación.

La motivación que me impulsó a llevar a cabo esta investigación surge de un profundo interés por abordar la problemática de la DI en niños menores de 2 años, la cual representa un tema de gran relevancia en el ámbito de la Enfermería Familiar y Comunitaria, desempeñando un papel crucial en la identificación, prevención, tratamiento y seguimiento de la DI. Además, su enfoque centrado en la atención integral y la prevención de la enfermedad, junto con la capacidad para trabajar en el ámbito familiar y comunitario, la convierte en un actor clave en la lucha contra la DI y en la promoción de un desarrollo saludable en la población infantil.

La evaluación de la prevalencia de la DI en el Centro de Salud Tulcán Sur y determinar la eficacia de las políticas públicas existentes en su prevención y atención, surgen con la necesidad de llevar a cabo una investigación rigurosa en la que implica emplear metodologías científicas sólidas, recopilar y analizar datos de manera precisa, objetiva, y someter los resultados a una revisión exhaustiva. A través de este estudio, se aspira generar nuevos conocimientos, proponer soluciones innovadoras y proporcionar una base sólida para futuras investigaciones, con la esperanza de que los hallazgos puedan tener una repercusión positiva en la población objeto de estudio, en la comunidad académica y en la sociedad en general.

La mejora de la salud y la reducción de la morbimortalidad infantil, han sido puntos claves en varias cumbres y conferencias internacionales establecidas por la Organización de Naciones Unidas (ONU), en donde han centrado sus miradas en la protección y cuidado de los niños. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), dentro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ha establecido dos metas relevantes para el año 2030: objetivo 2, ponerle fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria y nutricional, y el objetico 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. (Naciones Unidas CEPAL, 2018)

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), estima que aproximadamente 155 millones de niños menores de 2 años a nivel mundial presentan retraso en su crecimiento. Además, se ha identificado que el 45 % de los casos de mortalidad infantil están relacionados con la desnutrición. A pesar de los esfuerzos realizados mediante la implementación de amplias políticas públicas, las complicaciones

derivadas de la desnutrición especialmente durante los primeros años de vida continúan siendo una grave problemática de salud a nivel mundial. (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la malnutrición constituye un problema de considerable magnitud a nivel global que afecta a una proporción significativa de niños menores de 2 años. Este fenómeno se manifiesta en tres formas principales. En primer lugar, se encuentra el retraso en el crecimiento, también conocido como desnutrición crónica, que se caracteriza por la insuficiencia en la altura y el peso apropiado para la edad. En segundo lugar, se presenta la emaciación o desnutrición aguda, la cual se caracteriza por una marcada delgadez y una pérdida de masa muscular. Por último, se observa la insuficiencia ponderal o desnutrición global, la cual denota un peso insuficiente en relación con la estatura, lo cual indica la presencia de malnutrición aguda o crónica. (Reyes, Contreras, & Oyola Canto, 2019)

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se sostiene científicamente que la DI en niños menores de 2 años tiene el potencial de causar alteraciones devastadoras y de larga duración en el desarrollo cerebral. Estas alteraciones pueden afectar la capacidad del niño para aprender, comunicarse, pensar de manera analítica, socializar eficazmente y adaptarse a nuevos entornos y personas. (Palma et al , 2018)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha alertado sobre la creciente crisis de la DI que empuja a diario a millones de niños menores de 2 años al borde de la inanición. Frente a esta situación, es crucial que los gobiernos cumplan con políticas públicas en salud pertinentes que promuevan la prevención y el tratamiento de la desnutrición. Esto implica la implementación de programas de alimentación y nutrición, la promoción de la lactancia materna exclusiva, el acceso a alimentos nutritivos y la disponibilidad de servicios de atención médica y nutricional adecuados para brindar una respuesta integral. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

El retraso en el crecimiento, también conocido como DI, es un fenómeno que se caracteriza por una deficiencia en la ingesta calórica necesaria para un crecimiento y aumento de peso saludable para los niños menores de 2 años, este problema puede persistir durante períodos

prolongados y está asociado con diversas condiciones, como la falta de atención sanitaria adecuada, factores socioeconómicos desfavorables y prácticas maternas deficientes en términos de alimentación y cuidados. Los niños que la padecen tienen efectos negativos a largo plazo en su bienestar físico y mental, generando daños irreversibles en su desarrollo cerebral y aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles en la edad adulta. (Cuevas L. , 2019)

La DI es una condición que afecta el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 2 años, especialmente en los países en vías de desarrollo. En el caso de Ecuador, se ha identificado que la DI presenta una alta prevalencia del 27,2 %, posicionándolo como el segundo país en América Latina y el Caribe con mayores índices de DI en menores de 2 años, después de Guatemala. Esto implica que aproximadamente uno de cada cuatro infantes en Ecuador sufre de esta problemática. Además, el costo estimado de malnutrición representa el 4,3 del PIB, de este segmento el 60 % se invierte en la DI, convirtiéndose en un obstáculo para alcanzar la prosperidad y desarrollo del país. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef, 2021)

De acuerdo con los datos estadísticos generados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en Ecuador, se ha observado una prevalencia preocupante de DI. Los indicadores revelan que la reducción de esta problemática de salud pública se ha estancado, lo que implica que aproximadamente 180.000 niños están afectados por esta condición, en donde la región sierra es las más afectada. Estos datos son severamente alarmantes y plantean interrogantes sobre la efectividad de las acciones implementadas por el gobierno para mitigar y prevenir la DI en el país. (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021)

Al analizar detenidamente el momento óptimo en el cual la inversión en políticas públicas tiene un mayor impacto a lo largo de la vida de un individuo, resulta evidente que es durante la primera infancia y más específicamente durante sus primeros mil días de vida. Durante este período crucial, se establecen las bases fundamentales para el desarrollo integral de un ser humano en términos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021)

El diseño de las políticas públicas en Ecuador desempeñan un papel fundamental en la prevención y reducción de la DI en niños menores de 2 años, a través de la implementación de cinco puntos estratégicos centrados en garantizar el acceso a alimentos y nutrición adecuada para los niños, fortalecer el sistema de salud, fomentar la colaboración y coordinación entre diferentes sectores estratégicos, evaluar rigurosamente el impacto de las políticas, monitorear y dar seguimiento a los indicadores de la DI. En conjunto, estas medidas son fundamentales para abordar la DI y promover el bienestar de los niños en sus primeros años de vida. (Reyes D. , 2021)

Al realizar un análisis retrospectivo de las políticas públicas implementadas en los últimos tres mandatos por el gobierno de cada país a nivel mundial, Ecuador tuvo una de las políticas públicas más innovadoras, efectivas e interesantes en relación con la primera infancia. Sin embargo, con el tiempo, la atención se volvió improvisada y carente de planificación, resultando en la creación y/o reforma de programas y estrategias sociales desarticuladas y sin un enfoque técnico claro. Esto condujo a una cobertura mínima y a la falta de monitoreo de la atención integral a la niñez. Además, la educación y la seguridad alimentaria no fueron prioridades en la reducción de la prevalencia de la DI.

Desde años anteriores en los diferentes gobiernos las políticas públicas implementadas tenían una meta ligada a la reducción de la DI en los menores de 2 años. Sin embargo, solo durante el periodo de tiempo comprendido entre 2007 y 2017, se evidencio una disminución de tan solo 4 puntos porcentuales en dicha problemática, a pesar de la creación de más de 12 programas relacionados con la salud y la nutrición de los niños.

Desde entonces, los gobiernos subsiguientes se han enfocado principalmente en modificar ciertos lineamientos de las políticas públicas previamente establecidas. Sin embargo, no se ha observado un progreso significativo en términos de reducción de la DI. Específicamente, la curva de DI en niños menores de 2 años no ha experimentado cambios sustanciales en los últimos años, por el contrario, la prevalencia de la DI en Ecuador aumento y se mantiene en cifras preocupantes.

En el contexto del gobierno actual en Ecuador, se estableció una política pública para la disminución de la DI durante los mil días de vida de

suma relevancia a nivel mundial, la cual fue instituida mediante el Decreto Ejecutivo 404 a través de la realización de algunas reformas a las políticas públicas de los gobiernos anteriores, en el que se adoptaron ciertas iniciativas centrándose en la prevención y reducción de la prevalencia de la DI en niños menores de 2 años. La falta de continuidad en la política pública y los programas destinados a combatir la DI es un desafío evidente, ya que muchos de ellos han sido concebidos como políticas gubernamentales que se ven afectadas por los cambios de gestión administrativa. (Decreto Ejecutivo 404, 2020)

Con el fin de alcanzar la meta establecida en la actual política pública en Ecuador, se creó la Secretaria Técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil y se implementó el Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PELDI), encargado de dar cumplimiento al monitoreo y seguimiento del paquete priorizado como centro y objetivo primordial de la política pública de prevención y reducción de la DI, en el que incluye el derecho a la identidad, el esquema de vacunación completo y oportuno, control del niño sano, educación, protección social, agua y saneamiento, entrega del bono infancia a futuro sujeto al cumplimiento de los controles médicos y la conformación de las mesas intersectoriales, y el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador (PIANE) pero pese a la innovación de las estrategias no han existido cambios significativos de esta grave problemática hasta el momento.

La DI en los menores de 2 años representa un comienzo desfavorable en la vida de muchos ecuatorianos, y su origen no se limita únicamente a una ingesta inadecuada o insuficiente de alimentos, sino que también está relacionado con la falta de garantía de cuidados equitativos, atención y protección.

De acuerdo con el análisis sistemático de recolección e interpretación de datos a nivel nacional realizado por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SIVAN), utilizando los patrones de crecimiento infantil establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinaron que la prevalencia de la (DI) durante el año 2022 en la Provincia del Carchi fue del 20,64 %, en el Cantón Tulcán del 24,90 % y el Centro de salud de Tulcán Sur del 23,94 %. Estos datos son fundamentales para comprender

y evaluar la situación nutricional de la población infantil en estas áreas geográficas y proporcionan una base científica para la toma de decisiones y la implementación de intervenciones dirigidas a reducir la prevalencia de la DI en los menores de 2 años. (Ministerio de Salud Pública, 2023)

El Centro de Salud Tulcán Sur, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), asigno una población total de 951 niños menores de 2 años durante el año 2022. Entre estos, se identificó que un número significativo de niños fueron diagnosticados con DI mientras que en su mayoría se encontraban en riesgo de padecerla. Es importante tener en cuenta que estos datos reflejan la situación específica de este centro de salud y brindan información relevante para comprender el alcance y la magnitud de la DCI en esta población específica.

Al tener en cuenta las causas que desencadenan la DI en niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Tulcán Sur, se evidencia una diversidad de factores. Al analizar las causas inmediatas, se observa que la mayoría de los hogares de estos niños experimentan inseguridad alimentaria. Esta situación se atribuye a la falta de acceso a una cantidad adecuada de nutrientes, lo que se traduce en una disminución en las porciones y variedad de alimentos disponibles, llegando incluso a situaciones de hambre. Esta deficiente alimentación se encuentra asociada a la aparición de episodios de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA).

De acuerdo a las causas subyacentes, los ingresos económicos de cada familia no son suficientes para cubrir las necesidades básicas del niño, especialmente en lo que respecta al consumo de los cinco alimentos necesarios para satisfacer las necesidades biológicas del organismo. Además, en el ámbito de los servicios de salud, no se realiza un seguimiento nominal y domiciliario oportuno, lo que implica que no se registra adecuadamente la información y el progreso de cada niño. La falta de insumos y equipos adecuados representa un desafío adicional sumado a la evidente carencia de micronutrientes necesarios para complementa la nutrición del niño.

Por último, al examinar las causas básicas, se identifican diversas razones subyacentes. Uno de los aspectos destacados es el nivel educativo de las madres, ya que la mayoría cuenta con una educación básica, lo que

puede limitar su capacidad para tomar decisiones informadas en términos de alimentación y cuidado de sus hijos. Además, se observa un alto desconocimiento por parte de los padres acerca de las políticas públicas actuales relacionadas con la nutrición infantil.

Otro factor relevante es el hecho de que estos niños pertenecen a familias numerosas, donde hay más de dos menores, lo cual aumenta gradualmente la prevalencia de la DI. Este contexto familiar puede afectar el vínculo afectivo entre los padres y los hijos, así como la capacidad de brindar una atención individualizada y adecuada a cada niño. Además, es importante mencionar que la mayoría de estos niños se encuentran por fuera del bono de desarrollo humano, lo que indica que no reciben el apoyo económico adicional que podría contribuir a mejorar su situación nutricional y calidad de vida.

Materiales y métodos

La investigación actual fue realizada en el Centro de Salud Tulcán Sur, con el propósito de evaluar la prevalencia de la DI en dicho centro y analizar la efectividad de las políticas públicas existentes en la prevención y atención de este problema, a fin de abordar el impacto que estas políticas generan en la población objeto de estudio. La selección de este lugar se basó en un análisis exhaustivo de las 18 unidades operativas del Distrito 04D01, donde se identificó una elevada concentración de niños con DI.

La presente investigación adoptó un enfoque mixto, combinando los enfoques cualitativos y cuantitativos. En particular, se utilizó la modalidad cuantitativa para realizar un análisis estadístico de la encuesta aplicada, con el objetivo de obtener datos precisos sobre el perfil sociodemográfico de la DI en niños menores de 2 años. Este paradigma permitió recopilar datos necesarios y detallados de los 109 niños, recabados de manera individual a través de sus tutores o responsables.

La modalidad cualitativa de la investigación está orientada a la interpretación de los resultados y desempeñó un papel fundamental al considerar los criterios aportados por informantes clave, quienes fueron profesionales de la salud del lugar de estudio, proporcionando información

valiosa para comprender la relación existente entre las variables de estudio, como la DI y las políticas públicas.

Con el fin de caracterizar socioeconómica y políticamente la situación de la DI en la población de estudio, se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal. El objetivo principal fue organizar y analizar sistemáticamente la información recopilada a través de los instrumentos utilizados. Para lograrlo, se aplicaron técnicas estadísticas, como tablas de distribución de frecuencias y gráficas correspondientes, lo que permitió una interpretación rápida y eficaz de los resultados obtenidos.

La población de interés para esta investigación estuvo compuesta por un total de 109 menores de 2 años. Es importante destacar que se trabajó con la totalidad del universo en este caso, incluyendo tanto lactantes como niños en la primera infancia que recibieron atención en el Centro de Salud Tulcán Sur en el año 2022. En la selección de la población se tuvieron en cuenta varios criterios de inclusión como el diagnóstico de desnutrición según el punto Z, la edad (menores de 2 años, desde el nacimiento hasta los 24 meses) y el período en el que fueron atendidos durante el año 2022; y los criterios de exclusión fueron niños mayores de 2 años, registros duplicados y menores sin antecedentes patológicos.

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Tulcán Sur, ubicado en la Avenida Centenario y Cacique Tulcanaza, en la Parroquia Tulcán, al sur de la ciudad de Tulcán. Este centro de salud abarca una amplia zona que comprende 48 barrios en el área urbana y 14 caseríos en el área rural. Ofrece una variedad de servicios de atención médica, incluyendo medicina general, medicina familiar, obstetricia, odontología, enfermería, nutrición, vacunación, curación y estadística. Este lugar fue seleccionado como sitio de estudio debido a su relevancia y cobertura en la atención de la población local.

Los métodos que se emplearon para llevar a cabo la investigación, tomando en cuenta los métodos empíricos se utilizó la medición en donde se realizó el cálculo de la prevalencia de la DI, el análisis documental a través de la recopilación de información oficial establecida en las políticas públicas por el Gobierno y registros de datos oficiales por el Ministerio de salud Pública y la validación de tres expertos en el tema. Los métodos teóricos que se

utilizaron fueron el histórico lógicos en donde se tomaron antecedentes de la grave problemática de salud; analítico sintético porque permitió organizar la información cronológicamente e interpretar la problemática actual.

Las técnicas utilizadas para la obtención de datos fueron la encuesta, la entrevista y el análisis documental. Como instrumentos de recopilación de datos se emplearon el cuestionario, la guía de entrevista y la ficha de registro

La encuesta se utilizó para obtener información a través del cuestionario, sobre el estado actual de los principales determinantes de la DI, aplicado de manera asistida a cada uno de los responsables de los 109 niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Tulcán Sur el día 19 de junio del presente año, con la finalidad de recopilar información sobre factores socioeconómicos, demográficos y culturales asociados a la DI, así como la percepción y satisfacción con respecto a las políticas públicas y la atención en el centro de salud.

La entrevista se utilizó para recabar información sobre la implementación de políticas públicas, los desafíos y las oportunidades de mejora en la prevención y atención de la DI. Se empleó una guía de entrevista con preguntas abierta dirigida al grupo focal conformado por 12 profesionales de la Salud del Centro de Salud Tulcán Sur, el día 24 de junio del presente año en el Centro de Salud Tulcán Sur, en el que se destacó los patrones emergentes y las opiniones clave expresadas por los participantes.

El análisis documental se utilizó para obtener datos sobre la prevalencia de la DI de niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Tulcán Sur a través del sistema de Sistema de Seguimiento Nominal (SISEN), el Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN) y la herramienta de gestión de la información que monitoriza el paquete priorizado *DASHBOARD* y revisión de documentos oficiales y políticas públicas. Para analizar las políticas públicas relacionadas con la DI y su implementación en el Centro de Salud Tulcán Sur.

Con el objetivo de garantizar un margen de error mínimo, se llevó a cabo una prueba piloto en la cual participaron 33 madres de niños de 2 años sin antecedentes patológicos. Además, se realizó un proceso de evaluación de la confiabilidad del cuestionario utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach. Los resultados de esta evaluación demostraron la validez y el grado de

covarianza del instrumento aplicado, arrojando un valor de 0.78, lo cual lo convierte en un instrumento aceptable y apropiado para su aplicación.

Se reforzo la investigación mediante la validación de resultados por medio del uso de la herramienta estadística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) y la aplicación Excel el cual permitió un mejor manejo de los datos recolectados. Además, se realizó la prueba de chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher para determinar la asociación entre variables categóricas y evaluar si las diferencias observadas son estadísticamente significativas como se detallan en los resultados.

Para el desarrollo del presente artículo científico se tuvieron en cuenta criterios éticos, tales como la confidencialidad que brinda seguridad en los datos y resultados obtenidos, además se evidencia la honestidad intelectual en la presentación de los resultados de la investigación y el detalle de los autores que contribuyeron en el estudio.

Resultados y discusión

El conjunto de datos proporciona información relevante y detallada acerca del estado nutricional de la población de estudio. Este data set ha sido estructurado con base al diagnóstico nutricional, permitiendo así categorizar y entender de manera más precisa las condiciones de salud que estos menores enfrentan.

La tabla que acompaña estos datos brinda una visualización de la frecuencia con la que cada diagnóstico particular se ha encontrado en esta población. Los diagnósticos, a su vez, se subdividen en tres categorías principales: Desnutrición Crónica, Desnutrición Global y Emancipado con Baja Talla y Bajo Peso Severo. Cada categoría refleja distintos grados y tipos de desnutrición, proporcionando un panorama más granular y complejo de las problemáticas nutricionales que enfrentan estos menores.

Estas categorías ayudan a trazar un perfil más específico y rico en detalles, permitiendo a los profesionales de la salud y a los responsables de la toma de decisiones; desarrollar intervenciones mejor informadas y más

dirigidas. Así, este conjunto de datos no solo ofrece una instantánea del estado actual de la salud nutricional de estos menores, sino que también establece las bases para el diseño de estrategias efectivas para mejorar su bienestar.

Tabla 6.

Diagnóstico de la desnutrición infantil.

DIAGNÓSTICO DEL MENOR					
		Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje Válido**	**Porcentaje Acumulado**
VÁLIDO	Desnutrición Crónica	90	81,8	82,6	82,6
	Desnutrición Global	17	15,5	15,6	98,2
	Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo	2	1,8	1,8	100,0
	Total	109	99,1	100,0	
PERDIDOS	Sistema	1	,9		
TOTAL		110	100,0		

El número total de registros es de 110, de los cuales 109 son registros válidos y 1 se perdió (o se desconoce). Esto sugiere que se tiene información casi completa para el conjunto de menores estudiados.

Los diagnósticos están codificados numéricamente de 1 a 3, con una media de 1,19, lo que indica que la mayoría de los menores se encuentra en la primera categoría, que es Desnutrición Crónica. Además, un rango de 2 significa que la diferencia entre el diagnóstico más bajo (1) y el más alto (3) es de 2 unidades.

Distribución de los diagnósticos

Desnutrición Crónica: Esta es la condición más común entre los menores, con 90 casos que representan el 82,6 % del total de los casos válidos. Esto significa que una gran mayoría de los menores padece de este tipo de

desnutrición, lo que puede sugerir un problema sistemático a largo plazo en su entorno o una falta de recursos y/o atención médica adecuada.

Desnutrición Global: Este diagnóstico se presenta en 17 casos, lo que representa el 15,6 % del total de los casos válidos. Aunque la incidencia de este tipo de desnutrición es significativamente menor en comparación con la Desnutrición Crónica, aún representa una proporción considerable del total.

Emancipado, Baja Talla y Bajo Peso Severo: Solo hay 2 casos, o el 1,8 % del total de los casos válidos. Dado que este diagnóstico está en el extremo más severo del espectro, es alentador que solo una pequeña proporción de los menores tenga esta condición. Sin embargo, incluso un caso de este tipo de desnutrición severa es preocupante y requiere atención urgente.

Tabla 7.

Correlación entre el diagnóstico de la DI y los rangos de edad del menor.

Diagnóstico DI* Rangos Edad del Menor							
			0 - 5 Meses 6 - 11 Meses	Edad del Menor 12 - 23 Meses	24 - 35 Meses		Total
Diagnóstico del Menor	Desnutrición Crónica	Recuento	12	26	49	3	90
		% del total	11,0 %	23,9 %	45,0 %	2,8 %	82,6 %
	Desnutrición Global	Recuento	6	3	8	0	17
		% del total	5,5 %	2,8 %	7,3 %	0,0 %	15,6 %
	Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo	Recuento	0	0	1	1	2
		% del total	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %	1,8 %
Total % del total		Recuento	18	29	58	4	109
			16,5 %	26,6 %	53,2 %	3,7 %	100,0 %

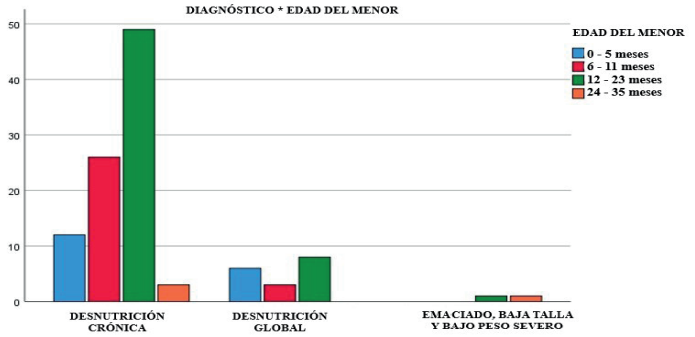
Desnutrición Crónica: Esta es la condición más común en todos los grupos de edad, representando el 82,6 % del total de los casos. En el grupo de 0 a 5 meses, hay 12 casos, representando el 11 % del total de los casos. En el grupo de 6 a 11 meses, aumenta a 26 casos, que es el 23,9 % del total. El grupo de 12 a 23 meses tiene la mayor incidencia con 49 casos, que es el 45 % del total de los casos. Sorprendentemente, en el grupo de 24 a 35 meses, los casos de desnutrición crónica disminuyen drásticamente a solo 3, o el 2,8 % del total.

Desnutrición Global: Esta condición es mucho menos común, con 17 casos en total o el 15,6 % del total de los casos. Los 6 casos en el grupo de 0 a 5 meses representan el 5,5 % del total. Disminuye en el grupo de 6 a 11 meses a 3 casos, o el 2,8 % del total. En el grupo de 12 a 23 meses, aumenta ligeramente a 8 casos, o el 7,3 % del total. No hay casos en el grupo de 24 a 35 meses.

Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo: Este es el diagnóstico menos común, con solo 2 casos, o el 1,8 % del total. No se observan casos en los dos primeros grupos de edad (0 a 5 meses y 6 a 11 meses), mientras que hay un caso en cada uno de los dos últimos grupos de edad (12 a 23 meses y 24 a 35 meses), representando el 0,9 % del total de los casos para cada grupo.

Resultado de la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson: Esta prueba arroja un valor de 18,234 con 6 grados de libertad. La significancia asintótica bilateral es de 0,006, y la significancia exacta bilateral es de 0,017. Ambas son menores que el umbral típico de 0,05, por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de que las dos variables son independientes. Esto sugiere que hay una asociación entre la edad del menor y el diagnóstico de desnutrición.

Figura 1.
Correlación entre el diagnóstico de la DI y los rangos de edad del menor.



En general, la Tabla 8 muestra que el grupo de edad con la mayor prevalencia de desnutrición en todas las categorías es el de 12 a 23 meses (53,2 % de todos los casos), seguido por el grupo de 6 a 11 meses (26,6 %). El grupo de 0 a 5 meses representa el 16,5 % de los casos, mientras que el grupo de 24 a 35 meses tiene la menor prevalencia con solo el 3,7 % de los casos. La disminución en la prevalencia de desnutrición en el grupo de 24 a 35 meses puede reflejar mejoras en la alimentación o la atención sanitaria con el tiempo. Sin embargo, la prevalencia general de la desnutrición en esta muestra es alta y señala la necesidad de intervenciones nutricionales y de salud efectivas. Los resultados son mixtos, pero la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson sugiere que hay una asociación entre la edad del menor y el diagnóstico de desnutrición.

Tabla 8.

Correlación entre los rangos de edad del responsable y el diagnóstico de la DI del menor de 2 años.

Grupo de Edad Responsable * Diagnóstico del Menor						
Desnutrición Crónica Desnutrición Global			Diagnóstico del Menor			Total
			Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo			
Grupo de Edad	10 - 14 años	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,9 %
	15 - 19 años	Recuento	14	1	0	15
		% del total	12,8 %	0,9 %	0,0 %	13,8 %
	20 - 49 años	Recuento	76	14	2	92
		% del total	69,7 %	12,8 %	1,8 %	84,4 %
	Mas de 65 años	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,9 %
Total		Recuento	90	17	2	109
% del total		82,6 %	15,6 %	1,8 %	100,0 %	

Esta tabla cruza el diagnóstico de desnutrición del menor con la edad del responsable de este menor. Los datos indican que la mayoría de los casos de desnutrición (tanto crónica como global y "Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo") se presentan en los menores cuyos responsables están en el rango de edad de 20 a 49 años.

Análisis detallado por grupo de edad:

10-14 años: En este grupo de edad del responsable del menor, hay solo un caso de desnutrición global. Este dato es preocupante, ya que estamos hablando de adolescentes siendo responsables de menores y se presenta un caso de desnutrición.

15-19 años: Para los responsables en este rango de edad, la mayoría de los casos son de desnutrición crónica (14 de 15 casos). Se trata de responsables bastante jóvenes, lo que podría indicar situaciones

de riesgo para la salud de los menores al estar a cargo de personas que todavía podrían estar en desarrollo o no tener la madurez suficiente para afrontar tal responsabilidad.

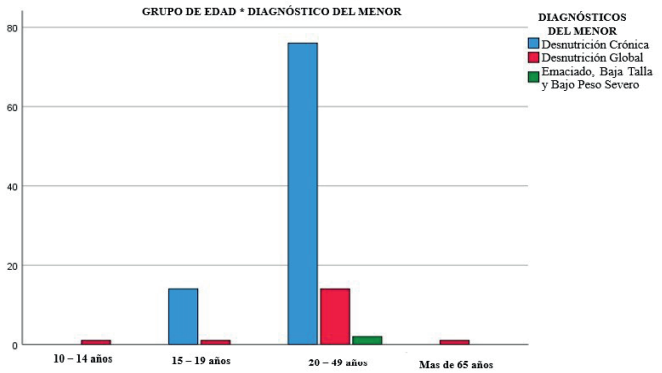
20-49 años: Este es el grupo con la mayor cantidad de casos de desnutrición en todas las categorías. Esto podría estar relacionado con el hecho de que esta es la edad más común para los padres y, por lo tanto, hay una mayor cantidad de menores a su cargo. Sin embargo, la alta incidencia de desnutrición sugiere que se deben investigar factores adicionales como el estrés financiero, la falta de conocimientos sobre nutrición o la falta de acceso a alimentos saludables.

Más de 65 años: Este grupo muestra un solo caso de desnutrición global. Podría ser el resultado de diversas situaciones, como dificultades para cuidar del menor debido a la edad avanzada, problemas de salud del responsable, entre otros.

Las pruebas de chi-cuadrado. En este caso, las variables son el grupo de edad del responsable del menor y el diagnóstico del menor indica un valor de 12,142 con 6 grados de libertad. La significación asintótica bilateral es 0,059 y la significación exacta bilateral es 0,074. Estos valores están cerca del umbral convencional de 0,05 para determinar la significación estadística, lo que sugiere que puede haber una relación entre las dos variables, aunque esta relación no es fuertemente significativa.

La prueba exacta de Fisher: Esta prueba proporciona una significación exacta bilateral de 0,098. Este valor, aunque está por encima del umbral convencional de 0,05 para determinar la significación estadística, sigue estando bastante cerca, lo que sugiere que puede existir una relación, aunque no sea fuertemente significativa de una asociación entre el grupo de edad del responsable del menor y el diagnóstico de desnutrición del menor.

Figura 2.
Correlación entre los rangos de edad del responsable y el diagnóstico de la DI del menor de 2 años.



En general, estos datos indican que la DI puede estar influenciada por la edad del responsable del menor, pero probablemente también por otros determinantes sanitarios.

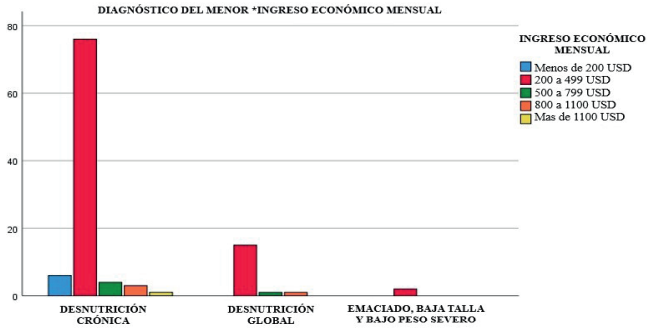
Tabla 9.
Correlación entre el diagnóstico de la DI y el Ingreso económico mensual.

DIAGNÓSTICO DEL MENOR *INGRESO ECONÓMICO MENSUAL								
	Menos de 200 USD 200 a 499 USD		Ingreso Económico Mensual					Total
			500 a 799 USD	800 a 1100 USD	Mas de 1100 USD			
DIAGNÓSTICO DEL MENOR	Desnutrición Crónica	Recuento	6	76	4	3	1	90
		% del total	5,5 %	69,7 %	3,7 %	2,8 %	0,9 %	82,6 %
	Desnutrición Global	Recuento	0	15	1	1	0	17
		% del total	0,0 %	13,8 %	0,9 %	0,9 %	0,0 %	15,6 %
	Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo	Recuento	0	2	0	0	0	2
		% del total	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
	TOTAL	Recuento	6	93	5	4	1	109
	% del total		5,5 %	85,3 %	4,6 %	3,7 %	0,9 %	100,0 %

La Tabla 9 presenta la relación entre el diagnóstico de desnutrición en menores y el ingreso económico mensual de las familias. En general, se observa que la mayoría de los casos de diagnósticos se presentan en familias con ingresos mensuales entre 200 a 499 USD. A continuación, se detallan las cifras:

1. Para la "Desnutrición Crónica": Se observa que, de los 90 casos, la mayoría (76, representando un 69,7 % del total de casos) se encuentra en la categoría de ingresos de 200 a 499 USD. Solo un pequeño porcentaje (5,5 %) pertenece a la categoría de menos de 200 USD y unos pocos casos se distribuyen entre las categorías de 500 a 799 USD (3,7 %), 800 a 1100 USD (2,8 %) y más de 1100 USD (0,9 %).
2. Para la "Desnutrición Global": De los 17 casos, la mayoría (15, representando un 13,8 % del total de casos) también se ubica en la categoría de ingresos de 200 a 499 USD. Solo un pequeño porcentaje (0,9 %) pertenece a la categoría de 500 a 799 USD y 800 a 1100 USD respectivamente. No se reportan casos en las categorías de menos de 200 USD y más de 1100 USD.
3. Para "Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo": De los 2 casos, ambos (1,8 % del total de casos) están en la categoría de ingresos de 200 a 499 USD. No se registran casos en las demás categorías de ingreso.

Figura 3.
Correlación entre el diagnóstico de la DI y el Ingreso económico mensual.



En general, estos datos detallan que la desnutrición (en todas sus formas) es más común en las familias con ingresos mensuales de 200 a 499 USD. Sin embargo, cabe destacar que la distribución de las categorías de ingresos en la muestra total gira en el rango de 200 a 499 USD (85,3 % del total de casos), lo que influye en los resultados.

Tabla 10.
Correlación entre el Diagnóstico de la DI y la ocupación del responsable o tutor

DIAGNÓSTICO DEL MENOR *OCUPACIÓN

			Comerciante Desempleado	Ocupación					Total
				Empleado privado	Empleado público	Estudia	Jornalero			
DIAGNÓSTICO DEL MENOR	Desnutrición Crónica	Recuento	47	2	11	11	3	16	90
		% del total	43,1 %	1,8 %	10,1 %	10,1 %	2,8 %	14,7 %	82,6 %
	Desnutrición Global	Recuento	8	1	2	0	2	4	17
		% del total	7,3 %	0,9 %	1,8 %	0,0 %	1,8 %	3,7 %	15,6 %
	Emaciado, Baja Talla y Bajo Peso Severo	Recuento	1	0	0	1	0	0	2
		% del total	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %

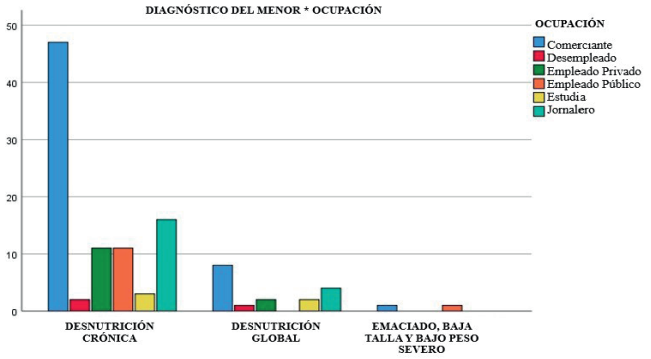
TOTAL	Recuento	56	3	13	12	5	20	109
% del total	51,4 %	2,8 %	11,9 %	11,0 %	4,6 %	18,3 %	100,0 %	

Esta tabla cruzada muestra la distribución del diagnóstico de salud de los menores en relación con la ocupación del encuestado.

- Para el diagnóstico de "Desnutrición crónica", los comerciantes representan la mayoría de los casos, con 47 de 90 (43.1 %). Los jornaleros siguen con 16 casos (14.7 %). Las ocupaciones de "Empleado Privado" y "Empleado Público" con 11 casos cada una (10.1 % cada una).
- Para el diagnóstico de "Desnutrición global", los comerciantes también representan la mayoría de los casos, con 8 de 17 (7.3 %). Los jornaleros siguen con 4 casos (3.7 %). La ocupación de "Estudia" también tiene 2 casos (1.8 %).
- Para el diagnóstico de "Emaciado, baja talla y bajo peso severo", los comerciantes y los empleados públicos tienen 1 caso cada uno (0.9 % cada uno).

Figura 4.

Correlación entre el Diagnóstico de la DI y la ocupación del responsable o tutor.



En general, los comerciantes parecen tener la mayor tasa de desnutrición en todas las categorías siendo específicos para la muestra utilizada en el estudio y pueden no reflejar las condiciones de toda la población.

En este sentido varios determinantes pueden estar influyendo en este grupo en específico para que registren una alta tasa de desnutrición en todas las categorías, de los cual se presentan algunas posibles explicaciones, requieren unas investigaciones más profundas para determinar la causalidad:

1. Ingresos bajos: Es posible que muchos comerciantes, especialmente los que trabajan en negocios pequeños o informales, no estén generando suficientes ingresos para proporcionar una alimentación adecuada para sus familias.
2. Inseguridad alimentaria: Algunos comerciantes pueden no tener acceso regular a alimentos nutritivos y asequibles, lo que resulta en una mala nutrición.
3. Largas horas de trabajo: Los comerciantes a menudo trabajan largas horas y pueden no tener tiempo para preparar comidas saludables para ellos mismos o para sus familias.
4. Estrés laboral: El estrés puede influir negativamente en las elecciones de alimentos y en el apetito, lo que lleva a una mala nutrición.
5. Falta de conocimientos sobre nutrición: Es posible que algunos comerciantes no estén completamente informados sobre las necesidades nutricionales de los niños o sobre cómo preparar comidas balanceadas y nutritivas.
6. Condiciones de vida: Los comerciantes pueden vivir en áreas donde la disponibilidad de alimentos saludables es limitada o donde las condiciones de vida son desfavorables, factores que pueden contribuir a la desnutrición.

Tabla 11.

El rol de las políticas públicas y la desnutrición infantil.

Las Políticas Públicas Actuales son Suficientes para Abordar el Problema de la Desnutrición Infantil					
		Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje Válido**	**Porcentaje Acumulado**
VÁLIDO	Si	48	43,6	44,0	44,0
	No	61	55,5	56,0	100,0
	Total	109	99,1	100,0	
PERDIDOS	Sistema	1	,9		
TOTAL		110	100,0		

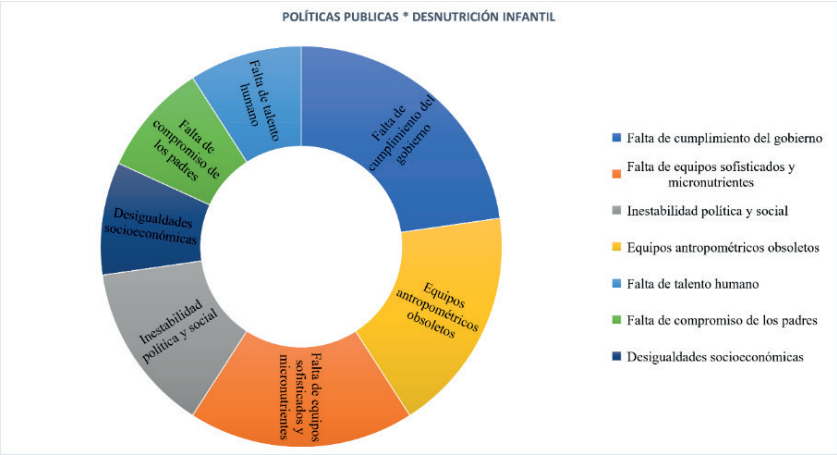
La Tabla 11 muestra las respuestas a una pregunta sobre si las políticas públicas actuales son suficientes para abordar el problema de la DI en su comunidad.

De las 109 personas encuestadas, 48 personas, que representan el 44,0 % de las respuestas válidas, creen que las políticas públicas actuales son suficientes para abordar el problema de la DI. 61 personas, que representan el 56,0 % de las respuestas válidas, creen que las políticas públicas actuales no son suficientes para abordar el problema de la DI.

En resumen, una mayoría de las personas encuestadas (56,0 %) cree que las políticas públicas actuales no son suficientes para abordar adecuadamente el problema de la desnutrición infantil en su comunidad. Este sentimiento puede ser un llamado a la acción para que los responsables de las políticas públicas consideren la revisión y la mejora de las políticas y estrategias actuales para abordar más eficazmente la DI.

Figura 5.

Las políticas públicas y los profesionales de la salud



Desde la perspectiva de los entrevistados, afirman que la implementación de la política pública "Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil" es imposible que logre alcanzar su objetivo propuesto por un sin numero de factores iniciando por la inestabilidad politica y social que se ha generado, la inadecuada infraestructura y recursos, la falta de conciencia y educación de los padres, los factores culturales tradicionales, la escasez de recursos financieros y la desigualdad socioeconómica.

En segundo lugar teniendo en cuenta las limitantes para promover una atención integral a los menores de 2 años con DI que acuden al Centro de Salud Tulcan Sur, los entrevistados afirman que la falta de cumplimiento del gobierno, la falta de compromiso de los padres, la falta de medicamentos y micronutrientes, equipos antropometricos obsoletos, la falta de equipos sofisticados y la falta de talento humano han impedido lograr el objetivo propuesto.

Para abordar esta grave problemática de salud, los entrevistados afirman que es necesaria una variedad de soluciones, incluyendo aumentar la inversión en programas de nutrición, fortalecer el sistema

nacional de salud, fortalecer la educación sobre alimentación saludable en las familias, brindar acceso a alimentos nutritivos, y promover la participación de la sociedad civil. Algunos también mencionaron la necesidad de que todos los niños menores de 2 años reciban un bono.

En términos de cumplimiento del Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PELDI), como principal estrategia de la política del gobierno en donde establece la ruta el seguimiento del paquete priorizado se ve débil, pues sus estrategias se han centrado en el agendamiento prioritario de turnos, las llamadas telefónicas y el registro de seguimiento nominal, pero no en las visitas domiciliarias que son cruciales para conocer la necesidad territorial de los niños.

Discusión

En Ecuador, el 27 % de niños menores de dos años sufren desnutrición crónica y es uno de los mayores problemas de salud pública en Ecuador. De acuerdo con la población de estudio se puedo determinar que la desnutrición crónica es la condición más común en todos los grupos de edad, representando el 82,6 % del total de los casos.

La DI en Ecuador presenta un panorama preocupante, presentándose en niveles críticos donde 1 de cada 4 niños presenta desnutrición, en referencia a los tipos de DI, la desnutrición crónica inicia en el primer año de vida alcanzando su máxima prevalencia a los dos años de edad (Rivera, 2019) .Tomando en cuenta la determinación de la DI en correlación con la edad del menor, en esta investigación se pudo corroborar de acuerdo con los resultados obtenidos que el grupo de edad con mayor afectación fueron los menores entre 12 a 23 meses edad.

La edad de los responsables de los niños con desnutrición crónica oscila entre los 20 a 24 años con un 41 %, y el 40 % entre 25 a 39 años de edad, en donde la mayoría son madres jóvenes muchas de ellas se encuentran culminando la adolescencia tardía y afianzando sus relaciones sociales en torno al contexto histórico social. (Rojas ,

Maravi, & Garay, 2020). Este dato es corroborado con los resultados arrojados sobre la edad de los responsables del menor de 2 años con DI que oscila entre 20 a 49 años, representando así un factor de riesgo importante para la crianza de los hijos.

De acuerdo a las causas básicas el ingreso económico implica un riesgo para la seguridad alimentaria de los menores de 2 años con DI, afectados por la pobreza debido a que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas de alimentación. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018) En relación con el ingreso económico de los responsables del menor del estudio oscila entre 200 a 499 USD, accediendo a menos alimentos de los que necesita la familia, o reemplazándolos por alimentos menos saludables o con bajo aporte nutricional.

La ocupación de los responsables del menor de 2 años con DI también guarda relación con la desigualdad social que se expresa en la pobreza, la ausencia de oportunidades laborales o la vinculación a trabajos precarios que limitan el cuidado correcto de sus hijos se ve reflejado en la alta prevalencia de la DI. (Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, 2021). Es así que se puede revelar en el presente estudio que la mayoría de los padres ejercen el comercio para llevar el sustento a su familia.

Tomando en cuenta el paquete priorizado, establecido como centro y objetivo primordial de la política pública de prevención y reducción de la DI, se realizó una comparación tomando en cuenta los grupos etarios y los bienes y servicios que comprende el paquete priorizado a través del Sistema de Seguimiento Nominal (SISEN) y *DASHBOARD*. (Ministerio de Salud Pública, 2023). En donde se pudo evidenciar que, de los 109 menores, tan solo el 3 % cumplieron con el paquete priorizado mientras que los demás recibieron una atención inconclusa debido a múltiples factores familiares, sociales y sanitarios.

Al realizar un análisis minucioso de las políticas públicas en salud, se puedo determinar que se han creado planes, programas y estrategias innovadoras para dar solución a esta grave problemática de salud, pero que hasta el momento no han existido cambios significativos,

además se puede evidenciar que no existe una coherencia entre la consecutividad de las políticas públicas instauradas para el ámbito de la prevención y disminución de la DI, además en este Gobierno debido a la crisis política y conmoción interna, deja inconclusas la mayoría de programas inclusive algunos en lanzamiento para la prevención y disminución de la DI, que provoca una gran preocupación para el País.

La estructura de gobernanza nutricional y de salud del actual gobierno se ve limitada, es imprescindible y urgente fortalecer todos los servicios de salud y equiparar con recursos humanos, médicos y financieros, lo anterior podría configurar a una política de utilidad, en pro de fomento de la nutrición y el suministro no sólo de alimentos sino de todos aquellos factores predisponentes para la DI.

Propuesta

La DI constituye una grave problemática de salud que afecta a los menores de 2años del Centro de Salud Tulcán Sur. En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se proponen recomendaciones claves enfocadas en tres áreas fundamentales como la creación de políticas públicas locales, el fortalecimiento de la atención primaria en salud renovada (APS-R) y la formación de la unidad familia en este contexto. Estas recomendaciones tienen como objetivo mejorar la prevención y el tratamiento de la desnutrición infantil, abordando el problema de manera integral y sostenible.

1. Políticas públicas locales: Es esencial contar con políticas públicas locales sólidas y orientadas específicamente a la resolución de este problema, conociendo la realidad territorial en la que los niños crecen y se desarrollan.
2. Atención primaria en salud renovada (APS-R): Desempeña un papel crucial en la detección, tratamiento y seguimiento de casos de DI, por tal motivo se sugiere la creación de un protocolo de atención integral en el primer nivel de atención como guía fundamental para los profesionales de la salud, tomando en cuenta que el primer nivel de atención es la puerta

de entrada al sistema nacional de salud y por ente deben garantizar el mayor nivel de salud y bienestar centrados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

3. La formación de la unidad familia: La familia juega un papel clave en el cuidado y bienestar de los niños, por lo que se propone la formación de un Club de apoyo familiar. Este club servirá como un espacio para brindar información y capacitación a las familias sobre prácticas nutricionales adecuadas, hábitos saludables y cuidado infantil acorde a los recursos económicos disponibles.

Conclusiones

- La prevalencia de la DI en la población de estudio es de 11,46 por cada 100 habitantes, siendo la desnutrición crónica la forma más común de desnutrición entre los niños de esta población de estudio representando así el 82,6 % de los casos. Esto sugiere que el problema de la desnutrición es persistente y prolongado, lo cual puede tener graves consecuencias a largo plazo para el desarrollo físico y mental de los niños.
- El ingreso económico mensual tiene un efecto relevante en la desnutrición. En particular, la mayoría de los niños desnutridos provienen de hogares que ganan entre 200 y 499 USD al mes, pero la relación no es estadísticamente significativa según las pruebas de Chi-cuadrado, lo que sugiere que puede haber otros factores en juego que causan desnutrición.
- La ocupación de los responsables del niño está relacionada con los casos de desnutrición. En particular, los niños bajo el cuidado de los comerciantes tienen la mayor proporción de desnutrición. Esto podría deberse a varias razones, como la inestabilidad del ingreso en el comercio, la falta de tiempo para preparar comidas nutritivas debido a las exigencias del comercio, o una falta de conocimiento sobre nutrición.

- Existe una percepción considerable entre los encuestados de que las políticas públicas actuales no son suficientes para abordar el problema de la DI, con un 56 % de los encuestados que opinan así. Esto sugiere que hay un llamado a mejorar las intervenciones y políticas actuales para abordar más eficazmente la DI.
- En la actualidad existen diversos factores que entorpecen el cumplimiento de la política pública para la prevención y disminución de la DI, en donde se requieren estrategias encaminadas en el fortalecimiento de la responsabilidad social, en donde la DI no puede ser resuelta con bonos, planes, programas a corto plazo, sino del diseño de una política pública a largo plazo que implique la responsabilidad absoluta del Estado, los sectores estratégicos y la sociedad civil.

Recomendaciones

- Aunque el análisis proporciona información valiosa, es importante recordar que estos hallazgos son específicos para la muestra estudiada y pueden no ser generalizables a todas las comunidades. Sería útil realizar más investigaciones y recopilar más datos para entender mejor los factores que contribuyen a la DI y cómo se pueden mejorar las políticas públicas. Por ello se sugiere realizar nuevas investigaciones sobre esta grave problemática de salud pública.

Referencias bibliográficas

Cordero, L., Luna, A., Salhuana, R., & Ramos, G. (2022). Claves de la reducción de la desnutrición crónica infantil en el perú: el caso del presupuesto por resultados. *RevistaGobieRnoyGestiónPública,9*(2),85.doi:https://revistagobiernoygestionpublica.usmp.edu.pe/index.php/RGGP/article/view/283/466

Cuevas, L. (2019). Desnutrición crónica en población infantil de localidades con menos de 100 000 habitantes en México. *Salud Publica México*, 8. doi:https://doi.org/10.21149/10642

Cuevas, N., Gaona, E., & Rodríguez, S. (diciembre de 2019). Desnutrición crónica en población infantil de localidades con menos de 100 000 habitantes en México. *Salud pública de México , 61*(6).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2019). *Desnutrición crónica en población infantil Ecuador.* Quito: Poder grafico.

FAO, F. O. (2020). Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe. *Seguridad alimentaria y nutricional para los territorios más rezagados*, 150. doi:https://doi.org/10.4060/cb2242es

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2021). *Guía informativa para personal de salud y promotores comunitarios.* UNICEF, USAID, Santo Domingo.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef. (2021). *Unicef para cada infancia*. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/desnutrici %C3 %B3n-cr %C3 %B3nica-infantil#:~:text=La %20desnutrici %C3 %B3n %20cr %C3 %B3nica %20infantil %20afecta,la %20vida %20de %20las %20personas.

Guillermo Lasso. (2020). *Decreto 404.* Quito: Pagina Oficial de la presidencia de la República del Ecuador.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2022). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Carib.* Naciones Unidas, New York.

Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES. (2020). *Recomendaciones de politica publica sobre desnutricion cronica. ¿Que se esta haciendo actualmente a nivel estatal y retos?* Quito: Coordinación General de Estudios y Datos de Inclusión.

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Infancia Cofuturo -Indicadores de seguimiento y monitoreo de los establecimientos de salud*. Obtenido de Estrategía Ecuador cruce sinDesnutriciónInfantil: https://app.Naciones, U. (2018). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. *Naciones Unidas*, 93.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. ONUAA. (2020). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe.* Paraguay: FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF.

Organización de las Naciones Unidaspara la Alimentación y la Agricultura. (2020). *Panorama de la seguridad alimentaria.* Unicef, Programa mundial de alimentos, Santiago.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Malnutrición.* OMS, Centro de prensa, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Avances en el abordaje de la desnutrición severa.* OPS, Paho, New York.

Palma , A. (2 de Abril de 2018). *Naciones Unidas* . Obtenido de https://www.cepal.org: https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe

Reyes, D. (2021). Políticas públicas para la infancia, un paradigma de esperanza en Ecuador. Una mirada inclusiva en educación inicial. *Ediciones UTMACH*, 103.

Reyes, S., Contreras, A., & Oyola Canto, M. (2019). Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Revista de Investigaciones Altoandinas*, 10. doi:http://dx.doi.org/10.18271/ria.2019.478

Reyes, S., Contreras, A., & Santos, M. (marzo de 2019). Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Revista de Investigaciones Altoandinas, 21*(3).

Rivera, J. (2019). La malnutrición infantil en Ecuador: una mirada desde las políticas públicas. *Revista Estudios De Políticas Públicas*, 22. doi:https://doi.org/10.5354/0719-6296.2019.51170

Rojas , G., Maravi, L., & Garay, S. (2020). Factores sociales y culturales condicionan la desnutrición crónica en niños de 3 a 5 años adscritos micro red de Chupaca. *Socialium, revista cientifica de ciencias sociales*, 18. doi:https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.666

Salud, O. M. (9 de junio de 2021). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2021). *Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil.* Quito: Republica del Ecuador.

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil M. d. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición.* Quito: Dirección Nacional de Comunicación.

Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil. (2021). Plan estratégico intersectorial para la prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil. Quito: Poder grafico.

Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional . (2022). *Caracterización de la Población Objetivo de Desarrollo Integral del MIES.* Quito: Gaceta Epidemiológica.

Problemas de la lactancia materna exclusiva para elaborar un instrumento educo-comunicacional

Cenaida Morocho Arévalo
cenaida.morocho @upec.edu.ec

Anita Eloisa Milano Cardoza
anita.milano@upec.edu.ec

Introducción

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) define a la lactancia materna exclusiva (LME) como la alimentación de un lactante con leche materna (LM), sin ningún suplemento sólido o líquido. UNICEF, recomiendan que la LME durante los primeros 6 meses de vida del bebé y luego mantenerla junto con una alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años o más, para favorecer su óptimo crecimiento, desarrollo y estado de salud. (UNICEF, s.f.)

Los diversos beneficios documentados de la LM y las recomendaciones a favor de su práctica, su prevalencia a nivel mundial sigue siendo sorprendentemente baja. A lo largo de los años, ha habido un aumento en la práctica de la LME durante los primeros seis meses de vida, aunque aún no se ha logrado un progreso significativo (OPS, 2023). Según las investigaciones las tasas de LME a nivel global aumentaron del 24,9 % al 43 % entre 1995 y 2015. (Castro et al., 2021)

Es preocupante que, según las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2023, sólo aproximadamente la mitad de los recién nacidos reciben leche materna en la primera hora de vida, lo que los expone a un mayor riesgo de enfermedades y muerte. Los datos estadísticos sobre la situación de la región de las Américas correspondientes al período 2015-2021 el 43 % de los bebes menores de 6 meses son alimentados con LME, quedando por debajo del objetivo establecido de al menos el 50 % para el año 2025. Esta situación resalta la necesidad de

promover y respaldar activamente la práctica de la LM para mejorar la salud y bienestar de los bebés en todo el mundo (OPS, 2023).

Ecuador se suma a las estadísticas mundiales que indican que aproximadamente el 50 % de los niños son alimentados exclusivamente con LM, según lo expuesto en el Boletín Estadístico de Lactancia Materna desarrollado (Cevallos, Vásquez, Callay, & Falconí, 2020). Según los datos obtenidos el 46,4 % de los niños recibieron como único alimento LM durante los primeros 6 meses de vida. Sin embargo, se reportó un aumento significativo del consumo de leche materna, llegando al 62,11 % de los niños. Esto representa un incremento anual del 3,9 % entre los años 2014-2018. Si esta tendencia se mantiene en los próximos dos años, se alcanzará y superará la meta establecida del 64 %. (Cevallos et al., 2020)

ENSANUT llevó a cabo un estudio para analizar la prevalencia de la lactancia materna (LM), los factores asociados con su inicio y mantenimiento, así como las razones para su abandono. Tanto esta encuesta como otras investigaciones han revelado que a nivel nacional existe un abandono de la LME, especialmente en áreas urbanas, donde las madres dejan de alimentar a sus hijos con leche materna a una edad temprana debido a razones laborales, educativas, de salud e incluso estéticas. Esto ocurre sin tener pleno conocimiento de los efectos que esto puede tener en el desarrollo integral de los niños. (Cevallos et al., 2020)

A través de estos estudios, se ha avanzado en la formulación de recomendaciones y políticas de promoción de LM. Sin embargo, en el área geográfica de Tulcán, Carchi, existe una escasez de conocimiento sobre la prevalencia y los factores determinantes de la lactancia materna, especialmente en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán, el cual brinda atención de primer nivel a mujeres embarazadas y lactantes tanto de la ciudad como de los barrios cercanos.

Es importante destacar que la mala nutrición en los primeros años de vida puede tener consecuencias negativas en el crecimiento físico y el desarrollo cerebral de los niños, así como aumentar el riesgo de sobrepeso y diabetes tipo 2, lo que, en última instancia, puede poner en peligro sus vidas (OPS, 2023).

El presente artículo tiene la finalidad de identificar los problemas de la LME durante el primer año de vida en los hijos de mujeres que asisten al Centro de Salud N° 1 en Tulcán. Asimismo, los factores que podrían influir en el inicio y mantenimiento de la LME y las razones detrás de su abandono. Las conclusiones del estudio serán fundamentales para establecer intervenciones de salud que aborden los obstáculos que dificultan la LM y para mejorar las tasas de esta práctica en la población. (Cevallos et al., 2020)

Materiales y métodos

En este estudio, se adoptó un enfoque cuantitativo una recolección de datos y analizar datos numéricos con el fin de identificar patrones de comportamiento y probar teorías relacionadas con el conocimiento y la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) por parte de las madres (Sampieri, 2003).

El diseño de investigación utilizado fue observacional, descriptivo y de corte transversal, buscando correlaciones entre el conocimiento y las prácticas de la LME. Se realizó durante el primer y segundo trimestre del año 2023, en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán, Ecuador. Una población total de 100 madres lactantes con hijos menores de 6 meses. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia dándonos una muestra de 80 mujeres con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error 5 %. Los criterios de inclusión fueron: madres con niños de 6 meses o edad menor a 6 meses, cualquier procedencia y ocupación, las que firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria y sin importar su edad. Se excluyeron a madres con niños menores de 6 menos con alguna discapacidad, madres con enfermedad virus de la (inmunodeficiencia humana), madres con niños de edad igual o mayor a 7 meses y madres que no asisten al Centro de Salud N°1.

El instrumento utilizado para la investigación fue un cuestionario de 15 preguntas y se aplicó la técnica de encuesta para recopilar datos con respuestas cerradas y codificadas que abordaba aspectos relacionados con el conocimiento y las prácticas de la LME. Las encuestas se realizaron a

través de la plataforma Google Forms de manera online, y los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico Jamovi para analizar y comparar los resultados obtenidos con estudios relacionados al tema.

https://docs.google.com/forms/d/12QC9qSDUiXROVbJrSWqOKTOORffu7ZMqHWjv5pilMwE/edit

Resultados y discusión

Según los datos recopilados y presentados en la "Tabla 1", se puede observar que menos de la mitad de las madres encuestadas informan practicar la lactancia materna exclusiva de 37.5 %, valor que se encuentra por debajo de las recomendaciones internacionales establecidas por la OMS y UNICEF en su estrategia global para la alimentación, que promueve la LME hasta los 6 meses de edad del bebé. (UNICEF, s.f.)

Estos resultados concuerdan con investigaciones previas realizadas por otros expertos, como (Ayala, Ramos, García, & Artola, 2021), cuyo estudio titulado "Prevalencia y determinante de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre" concluyó que la prevalencia de la LME es baja 21.6 % . Esta problemática no se limita únicamente a nivel local, sino que también tiene implicaciones a nivel nacional e internacional.

Tabla 12.

Frecuencias de Lactancia materna exclusiva.

Lactancia materna exclusiva	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Solo leche materna	30	37.5 %	37.5 %
Leche materna con otros alimentos (fórmula, coladas, pure, sopas)	35	43.8 %	81.3 %
Ya no le doy leche materna	15	18.8 %	100.0 %

La mayoría de las madres encuestadas complementan la LM con otros alimentos, antes de que alcance los 6 meses de edad. Esto va en contra de las recomendaciones internacionales, como las de la OMS

y UNICEF, que promueven la LME durante ese período. Esta práctica puede tener implicaciones negativas en la salud y el desarrollo del bebé, al aumentar el riesgo de enfermedades, trastornos al reducir la ingesta de nutrientes esenciales presentes en la leche materna.

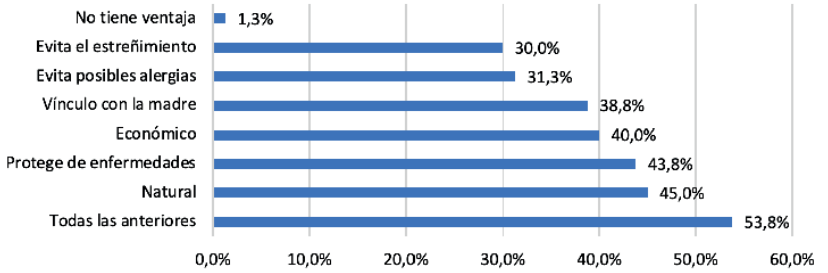
Estos hallazgos coinciden - ¿*con investigaciones anteriores, como la de (Ortiz & Lara, 2012), quienes también encontraron un alto porcentaje de madres que complementan la LM tempranamente. La inexperiencia en la maternidad puede contribuir al abandono prematuro de la LME.

Figura 6 muestra datos sobre los conocimientos y prácticas relacionados con la LME en las madres del Centro de Salud N°1 de Tulcán durante el año 2023, demostrando que el 53.8 % tienen conocimiento sobre los beneficios de LME, al comparar estos resultados con estudios anteriores, se encuentran similitudes; según (Cadena & Benavides, 2019) el 58 % de las madres y el 50 % (Fuertes, 2019). Sin embargo, aún existen madres con conocimientos parciales o limitados sobre estos beneficios, lo que puede deberse a la falta de campañas de divulgación y promoción efectivas.

Es esencial que los programas de salud y las instituciones educativas enfaticen la importancia de la LME y proporcionen información clara y accesible a las madres. Además, es necesario abordar la influencia de la industria de fórmulas infantiles, que puede desviar la atención de los beneficios de la LME.

Figura 6.

Beneficios de la LME



La Tabla 13 muestra datos sobre la duración de la LME en las madres del Centro de Salud N°1 de Tulcán durante el período 2023 así mismo reportan que el 11.3 % mantiene la LME hasta los 6 meses dando cumplimiento a la recomendación de la OMS, mientras que el 77.5 % de las madres practicaron la LME hasta los 4 meses. Estos hallazgos coinciden con la investigación (Cadena y Benavides, 2019), en el cual el 91 % de las madres practicaron LME más allá de los 4 meses, pero un 7 % no dieron leche materna en ninguna etapa y un 2 % solo hasta los 4 meses. La falta de acceso a información precisa y confiable sobre los beneficios de la LME puede llevar a decisiones prematuras de introducir alimentos complementarios.

Tabla 13.

Tiempo de lactancia materna exclusiva.

Tiempo de lactancia materna exclusiva	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Hasta los 4 meses	62	77.5 %	77.5 %
Hasta los 6 meses	9	11.3 %	88.8 %
Hasta los 12 meses	1	1.3 %	90.0 %
Hasta cuando el niño deje de tomar seno	8	10.0 %	100.0 %

Estos resultados reflejan una tendencia global reportada por (Fuertes, 2019), que muestra una disminución en la duración de la LME a medida que los bebés crecen. Se hace evidente la necesidad de intervención y educación para promover LME a largo plazo. Un enfoque integral que incluya apoyo continuo a las madres lactantes, junto con políticas y entornos que fomenten esta práctica.

En la Tabla 14 se destaca que la mayoría de las madres encuestadas amamantan a sus bebés a libre demanda, respondiendo a las señales de hambre y necesidades de sus bebés. Esta práctica se alinea con las recomendaciones, (Tirira, 2021) quien menciona que amamantar con frecuencia permite satisfacer las necesidades nutricionales y emocionales del bebé. Sin embargo, también se observan otras frecuencias de amamantamiento menos comunes. Algunas madres siguen una programación más rígida, amamantando a sus bebés cada

2 o 6 horas. Por otro lado, un pequeño grupo de madres amamanta a sus bebés cada vez que lloran, lo que puede indicar una percepción errónea de que el llanto siempre se debe a hambre y, por ende, a una alimentación inmediata. Además, un porcentaje de madres manifestó desconocer sobre el tiempo de amamantamiento, lo que sugiere una falta de conciencia sobre las pautas y recomendaciones relacionadas con la LM.

Tabla 14.

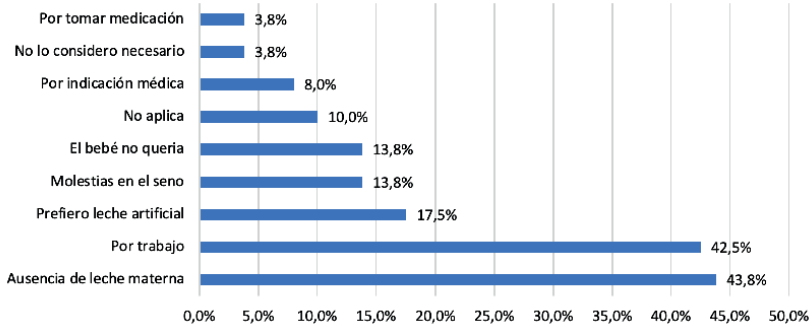
Tiempo de amamantamiento.

Tiempo de amamantamiento	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Cada 2 horas	9	11.3 %	11.3 %
Cada vez que el niño llore	10	12.5 %	23.8 %
A libre demanda	47	58.8 %	82.5 %
Cada 6 horas	5	6.3 %	88.8 %
No sabe	9	11.3 %	100.0 %

Estos datos son consistentes con lo encontrado por (Vera y Zerna, 2021) quienes enfatizan la importancia de la alimentación a libre demanda para permitir que el bebé establezca su propio ritmo de alimentación y garantizar un suministro adecuado de leche materna. En cuanto a las causas del abandono de la LME en la Figura 2, se resaltan como principales: falta de leche materna en 43.8 %; esto puede estar relacionado con problemas de producción, dificultades en el agarre del bebé o factores fisiológicos que limitan la producción de leche, este hallazgo concuerda con (Meza, 2021) en su investigación sobre "Lactancia materna y riesgos de desnutrición en niños y niñas de 0 a 2 años del Hospital José Agurto Tello Chosica, 2019", donde más de la mitad de las madres encuestadas mencionaron tener ausencia de leche materna o dificultades para amamantar y como segunda causa el abandono por trabajo en un 42.5 %; según (Tirira, 2021), menciona que el trabajo es el mayor obstáculo para la LME. Esto resalta la importancia de fortalecer las políticas laborales y entornos de trabajo que apoyen la lactancia, como permisos de maternidad y espacios adecuados para extraer y almacenar la leche materna.

Figura 7.

Causas por las que las madres abandonan la lactancia materna exclusiva.



Es esencial que las madres reciban un apoyo adecuado y una evaluación exhaustiva de profesionales de la salud, como asesores de lactancia o médicos especializados. Estos profesionales pueden proporcionar orientación sobre técnicas de extracción de leche, estimulación de la producción de leche, manejo de problemas de agarre y otras estrategias para superar las dificultades y promover la LME.

En la Tabla 15 muestra la correlación del tiempo de amamantamiento con tres variables: educación, ocupación y frecuencia de educación sobre lactancia materna. Se observa una correlación negativa significativa entre el nivel de educación de las madres y el tiempo de amamantamiento. Esto indica que a medida que el nivel de educación aumenta, tienden a amamantar durante menos tiempo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la magnitud de la correlación es moderada.

Por otro lado, se reportó correlación positiva significativa entre la ocupación de las madres y el tiempo de amamantamiento. Aquellas con ocupaciones específicas del hogar tienden a amamantar durante más tiempo. Es necesario realizar un análisis adicional para comprender mejor esta relación, ya que la correlación es débil.

Asimismo, la frecuencia de educación sobre lactancia materna muestra una correlación positiva significativa con el tiempo

de amamantamiento. A medida que la frecuencia de educación sobre lactancia materna aumenta, las madres tienden a amamantar durante más tiempo. La correlación, aunque moderada, sugiere que recibir una mayor educación sobre lactancia materna puede tener un impacto positivo en la duración del amamantamiento.

Estos resultados son coherentes con lo encontrado por (Cadena & Benavides, 2019), quienes mencionan que las madres con niveles más altos de educación pueden tener acceso a más información sobre alternativas alimenticias y pueden optar por dejar de amamantar antes. También se sugiere que la educación y la frecuencia de educación sobre lactancia materna pueden influir en las prácticas de amamantamiento de las madres.

Tabla 15.

Tiempo de amamantamiento.

Tiempo de amamantamiento	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Cada 2 horas	9	11.3 %	11.3 %
Cada vez que el niño llore	10	12.5 %	23.8 %
A libre demanda	47	58.8 %	82.5 %
Cada 6 horas	5	6.3 %	88.8 %
No sabe	9	11.3 %	100.0 %

En Tabla 16 los métodos de educación sobre LME elegidos por la población fueron: las pancartas en 58.8 % para educar, siendo herramientas visuales que se colocan en lugares estratégicos para transmitir educación y promoción sobre la importancia de la LME. El segundo método preferido es el uso de trípticos informativos entregados a las madres durante sus visitas al centro de salud, que ofrecen detalles sobre los beneficios y consejos prácticos para una lactancia exitosa. El 6.3 % charlas impartidas por profesionales de la salud, para proporcionar información en un entorno interactivo. Sin embargo, hay un grupo de madres del 11.3 % que desconoce el método preferente de educación

sobre lactancia materna exclusiva, lo que indica la necesidad de mejorar la comunicación y la información proporcionada a las madres sobre los recursos disponibles en el centro de salud.

Estos métodos de educación son similares a los utilizados por (Vera & Zerna, 2021) en su investigación sobre "Estrategia educativa para promover lactancia materna en embarazadas", donde se observó que la implementación de programas educativos tuvo un impacto significativo en el conocimiento de las madres.

Tabla 16.

Método de educación sobre lactancia materna exclusiva.

Método	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Trípticos	19	23.8 %	23.8 %
Pancartas	47	58.8 %	82.5 %
Charlas	5	6.3 %	88.8 %
No sabe	9	11.3 %	100.0 %

Conclusiones

- La prevalencia de la LME en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán en el período 2023 es 37.5 %.
- El 53.8 % de madres tienen conocimientos de los beneficios.
- En las prácticas relacionadas el 77.5 % de las madres practican LME hasta los 4 meses de edad, y 58.8 % realiza el amamantamiento a libre demanda.
- Las principales causas del abandono de la LME es la falta de leche materna en 43.8 % seguida de motivos laborales en 42.5 %.
- Los métodos de educación elegidos son: pancartas 58.8 %, tríptico 19 % y charlas 6.3 %.
- Las correlaciones realizadas no establecen una relación causal directa.

Recomendaciones

- Velar por el cumplimiento de la política nacional de salud, de educación, promoción y protección de la LM.
- Brindar herramientas que permita un mayor cumplimiento de la LME: grupo de apoyo a las madres en período de lactancia y capacitación continua del personal de salud.
- Brindar asistencia médica especializada para tratar los problemas relacionados con la hipo-producción láctea.
- Realizar investigaciones centradas en intervenciones basadas en tecnología, como aplicaciones móviles o plataformas en línea, para apoyar a las madres durante el período de LME.
- Dar continuidad a la investigación incluyendo todos los determinantes de la salud.
- Elaborar investigaciones longitudinales que sigan a un grupo de madres y bebés a lo largo del tiempo, para evaluar resultados a largo plazo del cumplimiento de la LME.

Referencias bibliográficas

Alcocer Pujota, K. M. (2019). *Dspace.uniandes.edu.ec*. Obtenido de dspace.uniandes.edu.ec: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/10115?Mode=full

Alcocer Pujota, K. M. (2019). *Intervención de enfermería para garantizar la lactancia materna exclusiva y el desarrollo integral de los niños, a madres que acuden al centro de salud nº 1 de la cuidad de Tulcán, 2019*. Universidad Regional Autónoma de los Andes .https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/10115

Alcocer, K. (2019). *Dspace.uniandes.edu.ec*. Obtenido de dspace.uniandes.edu.ec: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/10115?Mode=full

Ayala, I. D., Ramos, Y., García, M., & Artola, C. (2021). *Scielo.isciii.es*. Obtenido de scielo.isciii.es: https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000100050

Cadena, L., & Benavides, D. (2019). *Conocimientos, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad que acuden al centro de salud no. 1 de la Ciudad de Tulcán Provincia del Carchi de enero - agosto*. Universidad Técnica del Norte. Obtenido de http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/723

Castro, Y. R., Franco, M. G., Gutiérrez, C. A., & Garayo, A. L. (2021). *Scielo.isciii.es*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000100050

Cevallos, F., Vásquez, G., Callay, S., & Falconí, G. (2020). Lactancia materna. 28.

Fuertes Arteaga, S. C. (2019). *Relación del estado nutricional de los niños menores de 2 años con los conocimientos y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres que asisten al centro de salud n°1 de la parroquia Santa Martha de Cuba, Tulcán 2018*. Universidad Técnica del Norte. Obtenido de http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9455

Fuertes, C. (2019). *Repositorio.utn.edu.e*. Obtenido de repositorio.utn.edu.e: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9455

Guillen Maquito, A. Y. (2019). *Conocimiento sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres primigestas que acuden al hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa*. Obtenido de https://hdl.handle.net/20.500.12990/8576

Hernández, A., González, M., Saínz, Y., Del Toro, I., Martínez, M., & Teruel. (2022). *Estrategia educativa para promover lactancia materna exclusiva en embarazadas*. https://edumedholguin.sld.cu/index.php/edumedholguin22/2022/paper/download/269/157

Lara Portilla, V. A., & Ortiz Ortiz, S. L. (2018). *Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud Nº1 de la ciudad de Tulcán en el periodo enero-junio.* Universidad Técnica del Norte . Obtenido de http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1996

Meza Muñoz, C. (2021). *Lactancia materna y riegos de desnutrición en niños y niñas de 0 a 2 años del Hospital José Agurto Tello Chosica, 2019.* Obtenido de https://hdl.handle.net/20.500.12692/56677

OMS. (2018). *Lactancia materna*.

OPS. (2023). *Www.paho.org*. Obtenido de www.paho.org: https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria

Ortiz, S. L., & Lara, V. A. (2012). http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1996/1/06%20ENF %20525 %20TESIS.pdf

Sampieri, H. (2003). Metodología de la Investigación. *Hill Interamericana*, 3-4.

Tirira, J. P. (2021). *Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al Centro de Salud San Gabriel.* Universidad Autonoma Regional de los Andes. https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/13500

UNICEF. (s.f.). *Www.unicef.org*. https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna

Vera, L., & Zerna, I. (2021). *Repositorio.unemi.edu.ec/bitstream.* Obtenido de repositorio.unemi.edu.ec/bitstream: https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5488/1/estrategias %20educativas %20en %20la %20promoci %C3%93N %20DE %20la %20lactancia %20materna %20para %20adolescentes %20embarazadas.pdf

Plan de intervención de enfermería para promover el crecimiento óptimo en niños menores de 3 años

Zuleyma Guancha Fuertes
@upec.edu.ec

Carmen Marlene Potosí Villarreal
marlene.potosi @upec.edu.ec

Introducción

El crecimiento óptimo de los niños es un factor crucial para su desarrollo y bienestar; y es primordial en los primeros años de vida ya que los niños crecen rápidamente tanto físicamente como cognitivamente, y es considerado un indicador clave del estado de salud, por tanto, los niños menores de 5 años son una población especialmente vulnerable y receptiva a intervenciones de salud adecuadas. En este contexto enfermería desempeña un papel fundamental al implementar planes de intervención que promueven y apoyan el crecimiento óptimo en los niños (Cumbicus, 2018).

A nivel mundial alrededor de 14 millones de niños menores de 5 años tienen un retraso en crecimiento, además, el 45% de las muertes de los niños son a causa de factores nutricionales (Organización Mundial de la Salud, 2021); esta realidad es aún más palpable a nivel de Latinoamérica, donde la desnutrición surgió desde hace 30 años, y en la actualidad sigue persistiendo, por lo que se hace indispensable abordar la problemática desde una perspectiva integral, contemplando el contexto cultural, económico, social, geográfico y político de la sociedad y la incorporación de hábitos nutricionales; por esta razón la educación para la salud es un eje primordial (Rodríguez et al., 2018).

El Ecuador, no hace diferencia, ya el déficit de crecimiento en los niños es un problema de salud pública (Villacis, 2019), ubicándonos como el cuarto país con mayor prevalencia de Desnutrición Crónica

infantil (DCI) en niños menores de 5 año con un 17,5% y se han identificado desafíos significativos en relación a los factores que afectan el crecimiento infantil, es así que hay mayor prevalencia en hombres, en niños del Quintil 1 de pobreza, indígenas y en aquellos niños que tienen madres con educación básica o ninguna, así mismo en aquellos niños que viven en zonas rurales, en especial en la Sierra así mismo la Provincia del Carchi tiene una prevalencia de 23 % de DCI en menores de 5 años (INEC, 2023), lo que exige la implementación de un Plan de Intervención de enfermería efectivo y enfocado en promover el crecimiento óptimo en los niños (Villacis, 2019),

Sin lugar a duda los problemas de crecimiento de los niños son ocasionados por diversos condicionantes, pero el factor nutricional es uno de los más importantes, es así como, López (2022), manifiesta que los factores que influyen sobre decisiones alimentarias y nutricionales son: el factor cultural, económico y factor social, teniendo como base el conocimiento. Así mismo Rivero (2018), en su estudio concluye que los niños que recibieron una alimentación adecuada tienen peso adecuado y así un riego menor a padecer enfermedades cardiovasculares, metabólicas y obesidad en comparación con los que tuvieron alimentación y peso menos adecuado, sumado a esto el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia recalca la necesidad de defender los derechos de los niños, por ser vulnerable y ser el eje principal del desarrollo humano, en cuyo estudio manifiesta que la condición de salud del niño y de la madre son esenciales para evitar problemas de desnutrición en sus hijos (UNICEF, 2019).

Los estándares que intervienen en el crecimiento son utilizados para un seguimiento que nos permiten evaluar el estado nutricional de lactantes y niños. Al hacer rastreo de los niños, mediante estatura y peso nos permiten detectar como están creciendo, si tiene un peso adecuado o tiene talla bajo, tiene riesgo de sufrir sobrepeso, desnutrición u otro problema y posteriormente requerir servicios de salud pública.

Agama & Belfort (2020), señalan que actualmente, se han evidenciado falencias en la efectividad de los programas de crecimiento y desarrollo en la población infantil, debido al desconocimiento e

inasistencia de las madres y/o cuidadores de niños. Por lo que la importancia de la investigación radica en la promoción del crecimiento óptimo en niños, basándose en una comprensión integral de los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo infantil, así como en la propiciación de intervenciones específicas centradas en el cuidado holístico del niño, se espera que este estudio brinde a los profesionales de enfermería una guía práctica y complementaria, para abordar de manera efectiva las necesidades de crecimiento y desarrollo de los niños, fomentando así su salud y bienestar a largo plazo, enfocándose en la importancia de la enfermería en la promoción del crecimiento óptimo en niños, por lo que al final de la investigación se espera mejorar la calidad de la atención y contribuir al desarrollo saludable de los niños, sentando las bases para una vida adulta plena y satisfactoria, así mismo según el INEC (2023) se identifica que el grupo de edad más afectado por la Desnutrición crónica infantil es de 12 a 23 meses con un 23,7 %, seguido del grupo de 24 a 35 meses con un 19,5 % y de 6 a 11 meses con un 17,1 %.

Ante lo expuesto anteriormente se ha mirado la necesidad de implementar un plan de intervención de enfermería para promover el crecimiento óptimo en niños menores de 3 años, mismo que permitirá aportar a la solución de la problemática estudiada, con lo cual se busca mejorar la calidad de vida, así como el bienestar de los infantes.

A partir de ello nace la pregunta sobre ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que influyen en el crecimiento óptimo en niños menores de 3 años que asisten a los CDI, CNH que pertenecen al Centro de Salud N° 1?, enfocándose en promover el crecimiento óptimo en niños, alineándose con los objetivos de salud global y nacional, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido metas y estrategias para abordar los desafíos relacionados con la salud infantil, incluyendo el crecimiento y desarrollo adecuados. Asimismo, en el ámbito nacional, los sistemas de salud y los programas de atención infantil se centran cada vez más en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En esta misma línea se ha planteado como objetivo proponer un Plan de intervención de enfermería que promueve el crecimiento óptimo de los niños de 0 a 3 años que asisten a los CDI, CNH que pertenecen al Centro de Salud N° 1.

Así mismo los Objetivos específicos que fueron planteados para la investigación son:

- Evaluar el crecimiento de los niños de 0 a 3 años que asisten a los CDI, CNH que pertenecen al Centro de Salud N° 1
- Identificar factores que influyen en el crecimiento de los niños de 0 a 3 años que asisten a los CDI, CNH que pertenecen al Centro de Salud N° 1
- Examinar las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería para fomentar el crecimiento óptimo de los niños de 0 a 3 años que asisten a los CDI, CNH que pertenecen al Centro de Salud N° 1

Materiales y métodos

El enfoque de la presente investigación fue cuantitativo, el cual utiliza la recolección de datos para contestar, ya que se base en la recolección de datos y probar hipótesis establecidas previamente (Rebolla , 2016), por lo que en el estudio realizado sirvió para obtener datos sobre el crecimiento de los niños de 0 a 3 años y para factores que influyen en el crecimiento, mismos que fueron expresados en términos numéricos mediante figuras y tablas.

El tipo de investigación fue descriptiva, trasversal ya que estableció las características y los perfiles de los niños, así mismo se describen los factores que influyen en el crecimiento de los niños menores de 4 años y los datos fueron recopilados una sola vez (Rebolla , 2016). De igual formase utilizó a la investigación de campo, misma que se enfoca en la recolección de datos en el lugar o realidad en que estos se dan (Ramírez, 2018), lo cual permitió dentro de la investigación obtener información en el lugar donde se origina el problema a partir de su contexto.

La población considerada de los distintos programas como el CDI y CNH fue de 344 familias establecidas en la base de datos del MIES de los Centros de atención infantil correspondientes al Centro de Salud N 1, con un numero de 8, dos Centros De Desarrollo Infantil y 6 servicios de Creciendo Con Nuestros Hijos , de los cuales se aplicó la fórmula de muestreo probabilístico con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, se redujo a un total de 182 familias; para la variable Plan de intervención de enfermería se trabajó con el universo de personal de enfermería del Centro de Salud N° 1 considerando a profesionales de enfermería, IRE internos de enfermería y estudiantes de externado, en total 20.

Como técnica de recolección de datos se utilizó a la encuesta, y el instrumento que se aplicó fue un cuestionario diseñado, validado con confiabilidad de 0,81 de alfa de Cronbach, la validación se realizó con expertos en el área, con el mismo se determinó los factores que influyen en crecimiento de los niños y niñas menores de 3 años, para la valoración del crecimiento se usó datos de peso y talla registrados en la hoja de Registro del estado nutricional de niñas y niños de los servicios de Desarrollo Infantil, así mismo para la variable intervenciones de enfermería se aplicó un cuestionario validado y con alfa de Cronbach de 0,87

Consideraciones éticas de la investigación fueron consideradas en todo el documento ya que, se respetó los principios de autonomía, Beneficencia, justicia, no maleficencia, así mismo se solicitó el consentimiento informado para la aplicación previa del instrumentó, por otra parte, los datos fueron anónimos se codificaron en una base de datos con la finalidad de mantener la confidencialidad de estos y fueron únicamente usados para la presente investigación.

Resultados

Caracterización de la población

Tabla 17.

Grupos de edad de los niños menores de 3 años del Centro de Salud N° 1

	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 6 meses	29	15,9 %
De 7 meses a 1 año	36	19,8%
13 meses hasta 24 meses	63	34,6%
25 meses hasta 36 meses	54	29,7%
Total	182	100 %

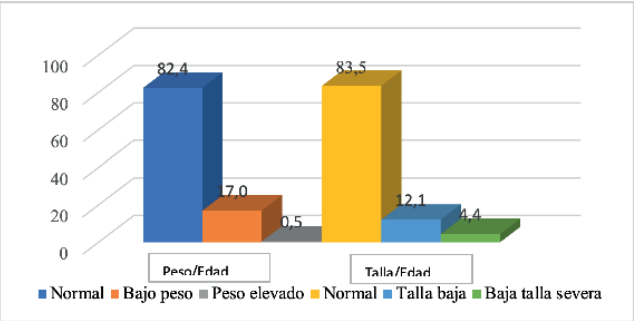
En la Tabla 17, se evidencia que los grupos de edad de los niños que participan en la investigación son proporcionales por años, pero existen mayor número de niños de 1 año hasta los 2 años con un 34,6 %.

Estado Nutricional

Para evaluar el estado nutricional se consideró el peso para la edad de los niños, de acuerdo con los datos obtenidos se clasificó en Normal, bajo peso, peso elevado; y la talla para la edad se clasificó en normal, talla baja y baja talla severa.

Figura 8.

Peso para la edad y Talla para la edad de niños menores de 3 años



En la Figura 8, se muestra que, un importante número de niños menores de 3 años presentan índices de peso y talla menores a los establecidos para su edad, es así que a pesar de que el 82% de los niños presentan un peso ideal, existe un 17% quienes presentan bajo peso y el 1% bajo peso elevado, lo cual se convierte en un tema a tratar ya que a pesar de que se encuentra bajo la media a nivel nacional que es del 23,1%, es preocupante para el crecimiento y desarrollo de los infantes. Por otra parte, se puede evidenciar que existe un 16,5% de niños quienes presentan índices de talla menor a la normal 12,1% moderado y 4,4% severo, lo cual se convierte en un problema para la salud de estos, ya que esto indica que su talla se encuentra por debajo de los estándares considerados normales para su edad y sexo, lo cual se basa en puntuaciones Z, mismas que indican cuantas desviaciones estándar presenta el infante debajo de la media de referencia, generalmente en el caso de la talla baja se considera que la estatura del niño se encuentra debajo de -2 puntuaciones Z.

Con los resultados obtenidos se visualiza que existe un problema a resolver ya que de acuerdo a Cuevas et al ((2023) el bajo peso y talla puede conducir hacia la desnutrición crónica, en vista que este es un problema persistente que se asocia a factores como vulnerabilidad social, por lo cual se hace necesario el estudio de los factores de riesgo presentes en el grupo de estudio para poder iniciar las acciones preventivas e la población y así diferenciar acciones que deben ser focalizadas hacia ellas, especialmente a las de riesgo elevado, lo que permite asegurar la eficiencia y la efectividad de la atención en enfermería hacia este grupo etario. Por otra parte, Moyano (2019) relaciona el bajo peso y talla a enfermedades como la anemia, asociando estas variables en vista que aquellos niños que en su estudio presentaron bajo peso y talla, son 2.07 veces más propensos a ser anémicos que los niños con peso normal, lo cual se puede causar debido a la baja ingesta de hierro y otras deficiencias de micronutrientes.

De igual forma Martínez et al (2020) plantea que aquellos infantes quienes presentan índices de bajo peso y talla son más propensos a consecuencias como el retraso en el crecimiento y desarrollo más lento

en comparación con sus pares de edad, a lo que se suman a deficiencias nutricionales debido a la insuficiente ingesta de nutrientes, afectando su desarrollo cerebral, capacidad cognitiva, sistema inmunológico y salud en general. Esto es complementado por Ramírez (2020) quien expresa que aquellos niños con bajo peso y talla pueden tener mayor riesgo a enfermedades infecciosas, debido a un sistema inmunológico debilitado y una menor capacidad de respuesta a estas, lo que se combina a un retraso en el desarrollo cognitivo y académico, presentado a largo plazo un riesgo mayor a desarrollar enfermedades crónicas, menor capacidad de trabajo físico, menor calidad de vida y mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo cuando las niñas llegan a su edad adulta.

Factores que influyen en el crecimiento de los niños de 0 a 3 años que asisten a los CDI, CNH que pertenecen al Centro de Salud N° 1

Tabla 18.

Características de los cuidadores de niños menores de 3 años.

		Frecuencia	Porcentaje
Instrucción	Ninguna	0	0 %
	Primaria incompleta	5	8,1%
	Primaria completa	24	13,2%
	Secundaria	66	36,3%
	Superior o técnica	77	42,3%
Ingreso económico mensual	Menos de 450 USD	141	77,5%
	De 450 a 900 USD	30	16,5%
	más de 900 USD	11	6,0%
Edad	Menos 20 años	6	3,3 %
	20 a 39 años	156	85,7 %
	40 a 49 años	15	8,2 %
	50-a 65 años	5	2,7 %

En la Tabla 18, se visualiza que el 21,3 % de los cuidadores de los niños menores de 3 años tienen una educación básica, y la mayor parte de cuidadores tiene un ingreso mensual por debajo del sueldo básico en un 78 %; por otra parte, los cuidadores están en edades comprendidas entre los 20 a 39 años es decir son adultos jóvenes en un 86 % aproximadamente

De los factores sociodemográficos descritos se puede agregar que en ENDI 2022-2023, menciona que el 23,24 % de los niños con desnutrición las madres tenían instrucción básica o ninguna, considerándose un factor de riesgo, por lo que, Trujillo (2018) menciona que, a mayor grado de educación de la madre, menor es la probabilidad de padecer Desnutrición crónica, lo mismo sucede con los ingresos económicos.

Tabla 19.

Lactancia materna en niños menores de 3 años

		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de lactancia materna	Hasta el mes	8	4,4%
	Hasta los 6 meses	24	13,2%
	Hasta 1 año	55	30,2%
	Mas del año	95	52,2%
Alimentación complementaria	Antes de los 6 meses	21	11,5%
	A partir de los 6 meses	161	88,5%

En la Tabla 19 se puede evidenciar que el 4,4 % de los niños no recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y el 11,5 % recibió alimentación complementaria antes de los 6 meses, lo que constituye un factor de riesgo.

Fernández (2022), menciona que la lactancia materna exclusiva menor a los 3 meses de edad del niño tiene un alto riesgo de sufrir Desnutrición crónica en un 51.6 %, así mismo la alimentación complementaria inadecuada tiene un papel importante sobre la problemática.

Tabla 20.

Matriz de correlación de factores vs crecimiento

Factores	R de Pearson *<0,05*
Nacionalidad	p 0.031 *
Uso de tecnología durante la alimentación	p 0.036 *
Preparación casera de alimentos	p 0.049 *

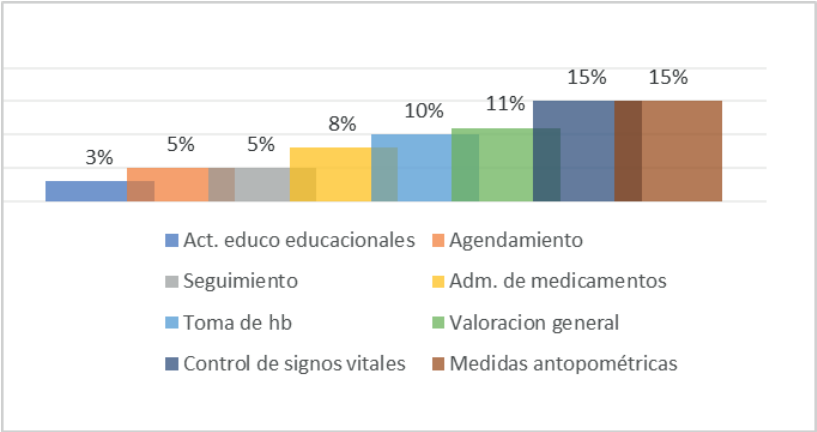
En la tabla 20 se muestra que existe correlación entre los factores nacionalidad, uso de tecnologías durante la alimentación y la preparación de los alimentos y los problemas de crecimiento de los niños menores de 3 años ya que son valores menores a p=0,005 es decir hay diferencia significativa para dichos factores.

Narváez (2021) quien expresa que el poder identificar los factores de riesgo para el desarrollo de bajo peso y talla en los infantes, permite diseñar estrategias e intervenciones fundamentadas en la elaboración de planes de cuidados en favor de la salud y mejoramiento de la calidad de vida de los niños y su entorno familiar. Complementa a ello Sánchez et al (2020) manifestando que el control de valores como peso y talla en los niños constituye la base del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, por lo cual el profesional de enfermería en el rol educativo, así como asistencial debe promover estrategias para el fortalecimiento de los cuidados y conocimientos necesarios para la mejora de los hábitos alimenticios.

Para complementar los datos anteriormente mencionados, se realizó una indagación sobre las principales estrategias implementadas por parte del personal de salud para poder disminuir los índices de peso y talla bajos en la población estudiada, los datos se detallan a continuación:

Figura 9.

Intervenciones de enfermería en niños menores de 3 años.



Dentro de las intervenciones de enfermería mayormente aplicadas por el personal de enfermería en los niños menores de 3 años para disminuir los índices de bajo peso y talla se encuentran la toma de medidas antropométricas con un 15%, control de signos vitales en un 15%, valoración general en un 11%, y por ultimo las actividades de educación con un 5%, lo cual indica que se ha dado un mayor énfasis en la valoración del infante, lo cual busca identificar los factores subyacentes que contribuyen al peso y talla bajos, haciendo énfasis en la ingesta alimentaria hábitos alimenticios, practica de lactancia materna, antecedentes médicos así como crecimiento y desarrollo, lo cual se combina con las mediciones periódicas de peso y talla para monitorear el desarrollo a lo largo del tiempo, lo que permite identificar problemas de crecimiento temprano para poder efectuar intervenciones oportunas, sin embargo las actividades de educación y seguimiento de los casos son las que menos se practican.

A estas medidas se deben sumar la educación efectuada a los padres de los niños, donde se proporciona información fundamental para poder sobrellevar una adecuada nutrición, brindando orientación

sobre alimentación equilibrada para promover un crecimiento optimo, incluyendo información sobre la importancia de los grupos de alimentos, tamaño de porciones, frecuencia de comidas así como la introducción gradual de alimentos complementarios adecuados para su edad, una vez terminada la lactancia materna exclusiva, sin embargo estas intervenciones han sido realizados en menor medida ya que representa únicamente el 3% del total, por lo cual se debe hacer énfasis ante este tipo de estrategias para su aplicación en los grupos de estudio con niños menores de 3 años

Tabla 21.

Aplicación PAE

Aplicación PAE	Frecuencias	Porcentaje
Casi nunca	3	15%
Ocasionalmente	8	40%
Usualmente	7	35%
Siempre	2	10%

Se pudo identificar que únicamente el 45% aplican de manera frecuente el proceso de atención de enfermería (35% usualmente y 10% siempre), lo cual puede convertirse en un problema ya que al no aplicar de manera frecuente a este, los resultados esperados no serán cumplidos de manera adecuada, ya que este permite abordar el tema de manera integral, garantizando una atención holística de enfermería basada en evidencia, abordando factores subyacentes así como también individualizar las intervenciones y colaborar con los demás profesionales de salud para garantizar una adecuada salud nutricional y crecimiento de los infantes.

Cortez y Pérez (2023) quienes manifiestan que la aplicación del PAE en niños con bajo peso y talla es fundamental para proporcionar una atención de calidad y abordar de manera efectiva sus necesidades de salud, permitiendo un enfoque estructurado que garantiza una atención individualizada, con la finalidad de mejorar los resultados así

como promover el desarrollo y crecimiento óptimo de los infantes , ya que este proceso incluye la evaluación continua de los resultados y el ajuste del plan de cuidado según sea necesario, en vista que al valorar el estado de salud de manera frecuente, sumado a la revisión del estado nutricional, permite monitorear su progreso y realizar modificaciones en las intervenciones para optimizar los resultados.

Conclusiones

- Un porcentaje considerable de niños menores de 3 años tienen problemas de crecimiento, como talla y bajo peso, lo cual representa un riesgo hacia su salud en vista que esto puede generar efectos a largo plazo como retraso en el crecimiento y desarrollo, deficiencias nutricionales, mayor vulnerabilidad a enfermedades, retraso en el desarrollo cognitivo y académico, lo cual si no se aborda de manera adecuada, puede generar consecuencias incluso hasta en la edad adulta, teniendo serias implicaciones hacia se salud en general y calidad de vida.
- Los factores que influyen para el bajo peso y baja talla son la nacionalidad, la preparación de alimentos (fuera de casa), y el uso de tecnología en el momento de la alimentación, mismos que han generado que gran parte de los niños estudiados presenten índices de bajo peso y talla, por lo cual se hace evidente que el entorno en el cual crece el niño juega un papel preponderante a la hora de garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo, por lo cual se hace necesario para la prevención de estos factores que se tome en cuenta a su entorno familiar para poder garantizar la salud el infante.
- El personal de enfermería ocasionalmente aplica el PAE, lo cual se convierte en un factor negativo ya que al no planificar de manera adecuada las acciones dirigidas a los infantes, los resultados esperados nos serán cumplidos, por otra parte, las intervenciones más frecuentes son toma de signos vitales y

medidas antropométricas, mismas que se enfocan en la pronta detección de factores de riesgo para el desarrollo de bajo peso y talla, lo cual permitirá formular estrategias enfocadas a las necesidades de los infantes.

- Recomendaciones: realizar un plan de actualización de conocimientos sobre el PAE y su aplicación en la promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación de los problemas de crecimiento de los niños menores de 3 años.

Referencias bibliográficas

Gómez, C., & Perdomo, M. (17 de Diciembre de 2019). *Revista de las Ciencias*. Obtenido de La Prevención para evitar una idaecuada diesta nutricional de los niños: https://revistas.utb.edu.ec/index.php/magazine/article/view/735/620

Astudillo, T. (2018). *Conocimiento de los padres de familia sobre alimentos y habitos nutricionales de losniños de 1 a 3 años que acuden a centros infantiles municipales de Loja*. Loja: UTPL.

https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19622/1/tesis%20thali ……...a%20cumbicus.pdf

Cataño, M. (2020). Factores que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en la población infantil. *Revista Neuronum*, *6*(3), 30. doi:http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/269/295

Cortéz, D., & Pérez, M. (2023). Desnutrición crónica infantil y sus efectos en el crecimiento y desarrollo. *RECIAMUC*, *7*(2), 677-686. doi:https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.677-686

Cuevas, L., García, A., & González, D. (2023). Magnitud y tendencia de la desnutrición y factores asociados con baja talla en niños menores de cinco años en México, Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, *63*(3), 50. doi:https://doi.org/10.21149/12193

Cumbicus Astudillo , T. A. (2018). *Conocimiento de los padres de familia sobre alimentos y habitos nutricionales de losniños de 1 a 3 años que acuden a centros infantiles municipales de Loja.* Loja. https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19622/1/TESIS%20THALIA%20CUMBICUS.pdf

Enrique, J., & Rodríguez, L. (2017). *Revista Salud Pública y Nutrición*. Obtenido de complejidad en las representaciones sociales que interpretan la cultura alimentaria para alcanzar la seguridad alimentaria: caso del consumo de frutas y verduras en niños escolarizados1: https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174e.pdf

Fernández-Martínez, L. C.-L.-C.-D.-M. (2022). Factores determinantes en la desnutrición infantil en San Juan y Martínez, 2020. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar*, e5163. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561319420220001000005&lng=es&tlng=es.

Forero, Y., & Hernández, A. (Diciembre de 2018). *Revista chilena de nutrición*. Obtenido de Lactancia materna y alimentación complementaria en un grupo de niños y niñas atendidos por un programa de atención integral en Bogotá, Colombia: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182018000500356&script=sci_arttext

Giacoman, C., & Devilat, D. (Abril de 2019). *Revista chilena de nutrición*. Obtenido de La estructura y las características socio-demográficas de los eventos alimentarios en Santiago de Chile: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000200113&script=sci_arttext

Gómez , T. (Julio de 2020). *Revista educação e humanidades*. Obtenido de causas y consecuencias sistémicas de la obesidad y el sobrepeso: https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/7919/5636

Hernández, M. (2020). El déficit de crecimiento en los niños es un problema de salud pública que afecta a diversos países, incluido Ecuador. El crecimiento adecuado es un indicador clave del estado de salud y nutrición de un niño, y su deficiencia puede tener consecuencias a l. *Difundiendo el conocimiento, 6*(3), 115. doi:http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/269

INEC. (2023). *Encuesta Nacional sobre Desnutrición infantil 2022-2023*. Quito.

López, L. (14 de Agosto de 2018). *Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo*. Obtenido de Cuando la educación familiar andina se interrumpe: https://journals.iai.spk-berlin.de/index.php/indiana/article/view/2581

López, M. (2022). *Universidad nacional de quilmes* . Obtenido de estrategias nutricionales y sus efectos en comunidades escolares. El caso del semáforo nutricional ecuatoriano como política pública. : https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/3823/TM_2022_lopezheredia_008.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez, J., Salazar, D., & Portugal, C. (2020). Estado nutricional de niños menores de cinco años en la parroquia de Pifo. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, 40*(2), 91.doi:httpweb.s.ebscohost.com/abstra

Moyano , G., Vintimilla, J., Calderón, P., & Parra, C. (2019). Factores asociados a la anemia en niños ecuatorianos de 1 a 4 años. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 38*(6), 700.
doi: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964142003

Narvaez, M. (2021). Desde la intervención de enfermería en paciente con neumonía asociada a desnutrición. *Revista Umariana, 8*(1), 116–120. doi:https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2559

Ochoa, A., & Varela, M. (2018). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. Obtenido de Medición de hábitos saludables y no saludables en niños: Síntesis de la información utilizando indicadores y conglomerados: https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v9n2/2007-1523-rmta-9-02-264.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Crecimiento infantil*. Ginebra: OMS.

Ramírez. (2018). *metodolgia de la investigación* . Obtenido de https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/index.html

Ramirez, A. (2020). Madurez neuropsicológica e indicadores antropométricos en niños de escuela básica. *Sinergias educativas, 5*(2), 408. doi:https://mail.sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/view/150

Rebolla , j. (2016). *metodolgia* .

Rivero, M. (2018). *Libro Blanco de la Nutrición Infantil*. España: Tipolínea, S. A. U. D.L.: Z 1652-2018.

Rodríguez, L., Muñoz, J., & Sánchez, C. (30 de Julio de 2018). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. Obtenido de La salud nutricional escolar y los cuidados de enfermería: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732820

Sánchez, C., Toscano, F., Chuquimarca R., & Arbeláez, G. (2020). Acciones de enfermería en la prevención de la desnutrición en niños menores de cinco años de edad. *Revista UTB, 5*(1), 120. doi:https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/1023

Trujillo Rondan, M. J. (2018). Factores asociados a desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años de edad en el Perú: Sub-análisis de la Endes 2018. *Tesis* . Obtenido de https://hdl.handle.net/20.500.14138/2996

UNICEF. (21 de Enero de 2019). *Estado mundial de la infancia*. https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf

Uribe, V., & Villacis, E. (Junio de 2020). *Polo del Conocimiento*. Obtenido de Anemia por deficiencia de nutrientes en niños, niñas y adolescentes de la Zona: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7518088

Valle, J., & Bravo, B. (Diciembre de 2018). *Revista Lasallista de Investigación*. Obtenido de Valoración nutricional y hábitos alimenticios en niños de las Comunidades Indígenas Shuar, Morona Santiago - Ecuador: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492018000200405

Villacis, T. (mayo de 2019). *Factores que influyen en la desnutrición en los niños de los centros de desarrollo infantil de la parroquia de santa rosa de la ciudad de ambato*. Factores que influyen en la desnutrición en los niños de los centros de desarrollo infantil de la parroquia de santa rosa de la ciudad de ambato: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/29702/1/factores%20que%20influyen%20en%20la%20desnutricion%20en%20los%20niños%20de%20los%20centros%20de%20desarrollo%20infantil%20de%20la%20parroquia%20de%20santa%20rosa%20de%20la%20ciudad%20de%20ambato.p



Sección II:
CUIDADO INTEGRAL EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR

Determinantes sociales de la salud en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas de Tulcán

Jorge David Cadena Gómez
david.cadena @upec.edu.ec

Widmark Enrique Báez Morales
widmark.baez@upec.edu.ec

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa, que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) sirve como la medida estándar para determinar si una persona tiene bajo peso, peso normal o sobrepeso. Un IMC de 25 kg/m2 o superior indica sobrepeso, mientras que un IMC de 30 kg/m2 o superior indica obesidad. Es importante señalar que el IMC es una herramienta que sirve para estimar el estado nutricional de una persona, pero no es una medida confiable para dar un diagnóstico nutricional. Su uso generalizado se debe a su facilidad de aplicación y a su bajo costo (Obesidad y sobrepeso, s/f).

La obesidad, una de las cinco principales causas de mortalidad a nivel mundial, es un problema multifactorial que surge de la interacción de factores individuales y ambientales. Esta condición, cada vez más prevalente en nuestra sociedad, puede clasificarse como una enfermedad adquirida, dependiente de la predisposición genética, comportamientos aprendidos, estilos de vida poco saludables, nutrición inadecuada y sedentarismo. Se manifiesta en diferentes formas, como la obesidad abdominal, que incrementa el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (Safaei et al., 2021). La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo trastornos metabólicos, enfermedades cardiovasculares,

enfermedades musculoesqueléticas, enfermedad de Alzheimer, depresión y ciertos tipos de cáncer. Estas enfermedades afectan profundamente la calidad de vida y representan una carga significativa para los sistemas de salud en todo el mundo (Blüher, 2019).

Desde 1975, la prevalencia de sobrepeso y obesidad casi se ha triplicado. Según datos de la OMS en 2016, alrededor de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos. Esto significa que la prevalencia de sobrepeso en adultos fue del 39 %, mientras que la obesidad alcanzó un 13%. La Organización Panamericana de la Salud en 2016, informó una prevalencia estimada de sobrepeso y obesidad en adultos en la región de las Américas fue del 62,5 % (64 % en hombres y 61 % en mujeres), la más alta de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud. En términos de obesidad, la prevalencia estimada fue del 28 %, siendo más alta en las mujeres con un 31 % en comparación con el 26% de los hombres (Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Un estudio realizado en México en 2020 examinó los determinantes sociales del sobrepeso y la obesidad en 1858 participantes de comunidades altamente marginadas, con una edad media de 42.2 años. Aunque las mujeres consumían menos calorías diarias que los hombres, su ingesta de grasas era superior y su nivel de actividad física inferior. Se identificaron desigualdades de género en educación, actividades recreativas y acceso a alimentos, lo que hace a las mujeres un grupo particularmente vulnerable. Además, se observó una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas en comparación con las rurales. Se determinó que con un menor grado de marginación se presenta mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. (Vázquez et al., 2020).

Según la encuesta STEPS-2018 para la vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en Ecuador, el 63,6 % de los adultos presentaban sobrepeso y obesidad. Sin embargo, al comparar estos datos con los de la Encuesta de Salud y Nutrición de 2018 (ENSANUT) y la Encuesta de Condiciones de Vida de 2014 (ECV), se observó un estancamiento en la prevalencia de estas

condiciones. La prevalencia de obesidad fue del 25,7 %, siendo mayor en mujeres que en hombres. Por otro lado, un estudio en la provincia de Galápagos, la región con la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en el país reveló que los residentes enfrentan barreras para acceder a dietas saludables y tienden a consumir alimentos procesados. La disponibilidad de alimentos frescos es irregular, su calidad es deficiente y el acceso a alimentos producidos localmente es limitado. La urbanización y la adopción de trabajos y estilos de vida sedentarios son factores importantes en la prevalencia de sobrepeso y obesidad (Costa et al., 2018; Freire, Waters, Román, et al., 2018).

La sociedad tiende a estigmatizar a las personas con sobrepeso y obesidad, atribuyendo su condición a la falta de autodisciplina y responsabilidad personal. Este estigma, que puede provenir de diversas fuentes como familiares, amigos, medios de comunicación y profesionales de la salud, puede llevar a la insatisfacción con la imagen corporal y a comportamientos de riesgo para la salud (Sánchez, 2022). Para combatir eficazmente el sobrepeso y la obesidad, es crucial adoptar un enfoque holístico que considere los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que son factores no médicos que influyen en la salud de las personas, incluyendo el conocimiento sobre la salud, las actitudes, las creencias y los comportamientos. Este enfoque reconoce que la obesidad es el resultado de la interacción de múltiples factores y que el cuidado médico por sí solo no puede mitigar las desigualdades en salud sin considerar el contexto en el que las personas viven y sus circunstancias de vida. (Braveman et al., 2011)

Desde el 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS detalló que: “Por determinantes sociales de la salud se entienden a las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico”. (Asamblea Mundial de la Salud, 2009)

Actualmente la OMS define a los DSS como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. En el 2010 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, desarrolló el marco teórico diseñado para explicar estos determinantes, se los divide en dos grupos: Determinantes estructurales o de las inequidades que incluyen al contexto político y socioeconómico, la clase social, el género y la etnia; y determinantes intermedios, como las circunstancias materiales de vida, circunstancias psicosociales, comportamientos, factores biológicos y acceso al sistema de salud (National Academies of Sciences et al., 2021) (Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, s/f).

El concepto de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), aunque es históricamente relevante en la salud pública, enfrenta desafíos emergentes debido a la creciente complejidad de los problemas de salud pública. Un ejemplo es la pandemia de obesidad, que persiste en países de altos ingresos y crece rápidamente en países de ingresos medios y bajos, a pesar de los esfuerzos políticos y programáticos para controlarla. La obesidad, con su complejidad y resultados inversos en diferentes clases sociales, sugiere que los DSS no han proporcionado la ayuda necesaria para los profesionales de la salud y los responsables de políticas en la lucha global contra esta enfermedad. Sin embargo, este modelo puede servir como base para el análisis y la creación de estrategias a nivel local, contribuyendo a la comprensión de las desigualdades económicas y de salud existentes en nuestra sociedad. (Frank et al., 2020)

El propósito de este estudio fue valor los determinantes sociales de la salud que influyen en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas que acuden al Centro de Salud N°1 en la ciudad de Tulcán, Ecuador. El objetivo es caracterizar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, describir las características sociodemográficas y socioeconómicas, y establecer una relación entre los determinantes sociales de la salud y la prevalencia de sobrepeso y obesidad dentro del grupo de estudio.

Materiales y métodos

Este es un estudio de abordaje cuantitativo, observacional, transversal y correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 470 mujeres que acudieron al Centro de Salud N°1 en Tulcán durante los meses de enero, febrero y marzo de 2023. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 20 y 59 años, ser de nacionalidad ecuatoriana, residir en la ciudad de Tulcán y acudir a su primera consulta de Medicina Familiar y Comunitaria o Medicina General.

Se seleccionó una muestra a conveniencia de 178 mujeres considerando la factibilidad de acceso a información. Para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, se utilizaron datos de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2023. El diagnóstico nutricional se basó en el Índice de Masa Corporal (IMC) como valor de referencia.

Para recopilar datos sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), se aplicó una encuesta a través de un cuestionario adaptado por el investigador con base a cuestionarios que evalúan los determinantes de la salud (Behavioral Risk Factor Surveillance System Overview, s/f; Global Burden of Disease (GBD), 2014; National Health and Nutrition Examination Survey Overview, s/f; European Commission. Eurostat., 2013).

Este cuestionario fue validado por expertos: Un médico familiar y una enfermera de primer nivel que laboran en el lugar del estudio y un nutricionista que trabaja en el hospital de la ciudad. La fiabilidad del *test* se estableció a través de una prueba piloto, obteniendo el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,80, lo que indica una buena consistencia interna.

El cuestionario consta de un bloque destinado a determinantes estructurales con 5 preguntas de selección y otro bloque sobre determinantes intermedios con 12 preguntas con escala Likert. Fue elaborado en Google Forms para auto aplicación (https://forms.gle/NQvHv9KwUXQPk9kPA).

El análisis de resultados se hizo desde la estadística descriptiva para las frecuencias de presentación y estadística inferencial para establecer correlaciones entre variables aplicando el estadístico de Spearman a través del programa Jamovi, versión 2.3.26.

Resultados y discusión

La Tabla 17 detalla las características sociodemográficas y socioeconómicas del grupo de estudio, que presenta una distribución equitativa entre mujeres menores y mayores de 40 años. La mayoría se autoidentifica como mestiza. En términos de empleo, el 71,3 % tiene trabajos permanentes o temporales, mientras que el 28,7 % se dedica a tareas domésticas o no trabaja.

El nivel educativo más frecuente del grupo de estudio fue secundaria y superior. El ingreso familiar mensual para la mayoría de las mujeres se encuentra en los dos rangos de ingresos más bajos (menos de $400 hasta $800). Estos resultados son similares a los encontrados en estudio de revisión que analiza las desigualdades económicas en la prevalencia de bajo peso, sobrepeso y obesidad entre mujeres de 20 a 49 años, que viven en países de ingresos medios y bajos, encontró después de analizar encuestas nacionales, que el bajo peso sigue siendo un problema entre las mujeres más pobres en los países pobres, con una prevalencia media del 7,3 %. El sobrepeso o la obesidad son más prevalentes a medida que aumenta el ingreso nacional, con una prevalencia media del 31,5 % (Reyes et al., 2020)we estimated the prevalence of underweight (BMI < 18.5 kg/m\n 2\n .

Según el Banco Mundial, Ecuador es un país de ingresos medianos altos, con un índice de Gini de 45,8 para 2021 que indica una desigualdad moderada y un Índice de Capital Humano de 0.6 en 2020, esto significa que, en promedio, un niño nacido en el país puede esperar alcanzar el 60 % de su potencial de capital humano completo (*World Bank Open Data*, s/f).

Estos resultados brindan un marco fundamental para comprender la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de estudio, para establecer correlaciones entre las variables estudiadas.

Tabla 22.

Características sociodemográficas y socioeconómicas del grupo de estudio.

Determinantes Estructurales de la Salud	Determinante	Frecuencia	% del Total	% Acumulado
Grupo de edad	Menos de 40 años cumplidos	87	48.9%	48.9%
	Más de 40 años cumplidos	91	51.1%	100.0%
Nivel de educación aprobado	Ninguno	2	1.1%	1.1%
	Primaria	15	8.4%	9.6%
	Secundaria	76	42.7%	52.2%
	Técnico	9	5.1%	57.3%
	Superior	76	42.7%	100.0%
Tipo de trabajo	No trabajo / Quehaceres domésticos	51	28.7%	28.7%
	Trabajo no permanente	68	38.2%	66.9%
	Trabajo permanente	59	33.1%	100.0%
Autoidentificación étnica	Mestiza	172	96.6%	96.6%
	Afroecuatoriana	1	0.6%	97.2%
	Indígena	4	2.2%	99.4%
	Blanca	1	0.6%	100.0%
Ingreso familiar mensual	Menos de $400	66	37.1%	37.1%
	Entre $400 y $800	61	34.3%	71.3%
	Entre $800 y $1500	36	20.2%	91.6%
	Entre $1500 y $3000	14	7.9%	99.4%
	Más de $3000	1	0.6%	100.0%

La Tabla 22 presenta la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de estudio que es de 78,1 %. Esta prevalencia es mayor a la media nacional de 63.97 % entre los adultos de 19 a 59 años reportada en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador PIANE) 2018-2025 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

En un estudio del año 2020 realizado en México, con una muestra de 16256 adultos que participaron de la ENSANUT 2018-2019. Se encontró que la obesidad ha estado aumentando en adultos, independientemente del nivel socioeconómico, la región o la localidad. La prevalencia de obesidad fue del 36,1 %, mayor en mujeres (40,2 %) que en hombres (30.5 %). En los últimos 18 años, la prevalencia de obesidad ha aumentado rápidamente, con un promedio anual de 2,3 (Barquera et al., 2020).

En Medellín, Colombia se realizó un estudio transversal, con una muestra de 5.556 adultos de entre 18 y 69 años. Se evaluó el peso, la talla, la circunferencia de la cintura y variables socioeconómicas como el ingreso familiar, el estrato socioeconómico y el nivel académico alcanzado. En comparación con los hombres (11,5 % y 20,1 % respectivamente), las mujeres mostraron una mayor prevalencia de sobrepeso (34,6 %) y obesidad (16,5 %). También se encontró que las condiciones desfavorables durante la infancia y el resto de la vida aumentan el riesgo de tener sobrepeso y obesidad en la etapa adulta (Álvarez et al., 2013).

En otro estudio sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana, se encontró que Imbabura tiene la mayor prevalencia de sobrepeso con el 44,35 %. Carchi es la provincia con mayor prevalencia de obesidad tipo I,II,II, con un 22,12 %, 5,18 % y 0,95 % respectivamente. La muestra investigada fue de 35001 participantes y los datos se recogieron de la encuesta ENSANUT 2018 (Vinueza et al., 2022).

La obesidad y el sobrepeso siguen aumentando en Ecuador y en varias regiones de América Latina. En la región el sobrepeso afecta a más de la mitad de la población, siendo Chile (63 %), México (64 %) y Bahamas (69 %) los tienen las tasas más altas. La prevalencia

de obesidad para Latinoamérica es del 23 %. Las mujeres son las más afectadas, debido a que la tasa de obesidad femenina es 10 puntos mayor frente a la de los hombres (Mitchell, 2017).

Los resultados obtenidos en este estudio muestran un porcentaje alto en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de estudio. En comparación con investigaciones previas en Ecuador y América Latina, se observa que las mujeres son el grupo más afectado en la mayoría de los países de la región. La provincia del Carchi ha registrado la mayor prevalencia de obesidad en 2018 y los resultados de este estudio respaldan esa tendencia. Los estudios coinciden en que las condiciones socioeconómicas desempeñan un papel muy importante en la prevalencia de este problema, y se evidencia que otros factores determinantes afectan a las mujeres de manera variable según el lugar analizado. Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar medidas efectivas para abordar este problema que cada vez afecta a más personas.

Tabla 23.

Prevalencia de sobrepeso y obesidad.

IMC	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Delgadez aceptable	1	0.6%	0.6%
Peso normal	38	21.3%	21.9%
Sobrepeso	96	53.9%	75.8%
Obesidad tipo I	32	18.0%	93.8%
Obesidad tipo II	11	6.2%	100.0%

En la Tabla 23 se detalla la correlación entre los determinantes estructurales de la salud y su influencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el grupo de estudio. No existieron correlaciones significativas con el nivel de educación y el ingreso familiar mensual. En cuanto a la etnia, no se pueden hacer comparaciones por que se recogieron pocos datos de otras autoidentificaciones.

Se estableció una correlación significativa entre la edad, el tipo de trabajo y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Las mujeres mayores de 40 años tienen más probabilidades de desarrollar esta

condición y las mujeres que trabajan tienen menos posibilidades de tener sobrepeso u obesidad.

En comparación con un estudio descriptivo realizado en México que evaluó la prevalencia de obesidad general y abdominal en mujeres de 25 a 54 años y su asociación con variables sociodemográficas, reproductivas y de estilo de vida. Se observa que la prevalencia de obesidad general fue del 39,8 %. La edad se asocia positivamente debido a los cambios que se producen como la disminución de la actividad física, la pérdida de masa muscular y cambios hormonales. La educación tiene una asociación negativa con la obesidad. La ocupación se relaciona con la obesidad, pero esta variable puede variar según el contexto geográfico y de género. (García y Viera, 2021; Mishra et al., 2011).

En Colombia, un estudio que recolectó medidas demográficas y antropométricas de una muestra probabilística estratificada, con una población de 2 a 75 años, encontró que el 36,2 % de los adultos tenían sobrepeso, mientras que el 21,3 % tenían obesidad. La obesidad era más común entre las mujeres. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos aumentó con la edad, alcanzando el 72,2 % de los adultos mayores de 60 años. La muestra del estudio consistió en 1537 adultos, la mayoría de los cuales pertenecían a hogares de estratos socioeconómicos 2 o 3 (existen 6 estratos, en dónde el estrato 1 es el más bajo y el 6 el más alto), con un nivel educativo de escuela secundaria o inferior (Jimenez et al., 2020)especially among the socially and economically disadvantaged. We aimed to describe the prevalence of obesity, overweight and abdominal obesity and their association with household socioeconomic status (SES.

En 2018, se llevó a cabo un estudio en Ecuador que comparó encuestas representativas a nivel nacional de 1986, 2004 y 2012. El objetivo fue analizar la doble carga de desnutrición. El estudio reveló que la prevalencia de desnutrición crónica entre los niños ecuatorianos menores de cinco años ha disminuido a ritmos variables, dependiendo de factores como la residencia, el estatus socioeconómico y el nivel educativo materno. Durante el mismo período, el sobrepeso y la

obesidad han tenido un aumento drástico en mujeres de 15 a 49 años. En 1986 la prevalencia era menor al 50 %, en 2004, mayor al 50 %, especialmente en Galápagos, Quito y Guayaquil donde la prevalencia superaba el 60 %. En 2012 con excepción de la zona rural de la costa y la Amazonía, la prevalencia fue mayor al 60 % y esta tendencia no muestra signos de desaceleración. Es importante mencionar que los niños con desnutrición al llegar a la vida adulta tienen mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (Freire, Waters, Rivas, et al., 2018).

Este estudio tiene similitudes y diferencias entre los determinantes estructurales de la salud y su relación con la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. En todos los estudios, se establece una asociación positiva entre la edad y el exceso de precio, lo cual refuerza la idea de que el envejecimiento implica cambios fisiológicos y metabólicos que pueden conducir a un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. Todos los estudios presentan una mayor prevalencia de obesidad entre las mujeres, lo que parece estar vinculado con factores biológicos y de estilo de vida. Las diferencias que se observan son la relación entre el nivel de educación, el tipo de trabajo y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. En México se encontró una correlación negativa entre el nivel de educación y la obesidad, este vínculo no se observó en los estudios de Colombia y Ecuador. Los contrastes en los resultados de estas variables pueden deberse a las diferencias culturales que existen entre países, ciudades o comunidades.

Tabla 24.

Determinantes Sociales de la Salud- Determinantes estructurales.

Determinantes		Categoría de IMC			% del total
		Obesidad tipo I	Obesidad tipo II		
Sobrepeso					
Nivel de educación aprobado	Primaria	5.6%	1.1%	0.6%	7.3 %
Rho de Spearman: -0.099	Secundaria	20.2%	8.4%	4.5%	33.1 %
gl: 176	Técnico	2.8%	1.7%	0 %	4.5 %
valor p: 0.189	Superior	24.2%	6.7%	1.1%	32 %
Tipo de trabajo	No trabajo / Quehaceres domésticos	14.6%	6.2%	3.4%	24.2 %
Rho de Spearman: -0.169*	Trabajo no permanente	20.8%	7.3%	1.7%	29.8 %
gl: 176					
valor p: 0.024	Trabajo permanente	18.5%	4.5%	1.1%	24.1 %
Autoidentificación étnica	Mestiza	51.7%	16.9%	6.2%	74.8 %
Ingreso promedio familiar mensual	Menos de $400	19.7%	6.7%	3.9%	30.3 %
	Entre $400 y $800	19.1%	7.3%	0.6%	27 %
Rho de Spearman: -0.126	Entre $800 y $1500	10.1%	3.4%	1.7%	15.2 %
gl: 176	Entre $1500 y $3000	4.5%	0.6%	0.0%	5.1 %
valor p: 0.093					
Edad	menos de 40 años cumplidos	28.1%	5.1%	1.1%	34.3 %
Rho de Spearman: 0.286***	más de 40 años cumplidos	25.8%	12.9%	5.1%	43.8%
gl: 176					
valor p: <. .001					

La Tabla 24 revela que no existen correlaciones significativas entre varios factores de salud y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Estos factores, que incluyen el consumo de alimentos procesados, bebidas azucaradas, frituras, frutas y verduras, consumo de alcohol, antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad, diagnóstico de enfermedades no transmisibles y acceso a servicios de salud, pueden variar debido a diferencias culturales.

Se encontró una correlación negativa significativa entre la actividad física semanal y la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Un estudio de 2019 en Brasil encontró que el 69.3 % de los estudiantes universitarios eran mujeres. De estas, el 52.4 % consumía frutas, el 41.7 % ensaladas crudas y el 51.9 % verduras al menos cinco veces a la semana. Además, el 71.1% consumía frijoles y el 28.1 % bebidas gaseosas cinco veces a la semana. Entre estas mujeres, el 33.8 % tenían sobrepeso, el 5.0 % eran obesas y el 48.4 % eran sedentarias (Monteiro et al., 2019).

El artículo “Sedentarismo, Actividad Física y Salud: Una Revisión Narrativa” examina los conceptos de sedentarismo, tiempo sentado y tiempo frente a la pantalla y su impacto en la salud. Aunque la investigación actual no recopiló información sobre el tiempo de pantalla, es importante mencionar que el exceso de tiempo frente a la pantalla se asocia con falta de actividad física y un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles. Las personas que pasan más de cinco horas al día frente a una pantalla tienen un riesgo elevado de muerte por diversas enfermedades, que varía del 16 % al 93 %(García & Viera, 2021).

Aunque el ejercicio físico es considerado un factor protector, cuando las personas permanecen inactivas durante largos periodos, la actividad física tiene un impacto reducido en su salud. La falta de actividad física se ha convertido en un problema significativo en la sociedad moderna y está fuertemente vinculada al desarrollo de numerosas enfermedades crónicas y a la mortalidad prematura (Garzón y Aragón, 2021).

En la Tabla 25, se observa una correlación negativa significativa entre el consumo de fibra vegetal y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, esto sugiere que un mayor consumo de fibra vegetal podría estar vinculado a una menor prevalencia de exceso de peso. La fibra vegetal, se encuentra en alimentos como frutas, verduras, legumbres y granos enteros, es un componente esencial de una dieta saludable y contribuye a la sensación de saciedad, lo que puede ayudar a controlar el peso al reducir la ingesta total de alimentos. Un estudio publicado en 2019 reveló que una mayor ingesta de fibra vegetal y granos enteros está asociada con un menor riesgo de enfermedades no transmisibles, incluyendo enfermedades metabólicas, cardiovasculares y cáncer (Reynolds et al., 2019).

Los resultados de este estudio respaldan y fortalecen los hallazgos encontrados en investigaciones anteriores. Aunque es importante tener en cuenta que los resultados se limitan a este grupo de estudio específico y no se pueden generalizar a toda la población, sí destacan la influencia de los determinantes sociales de la salud en el bienestar de las personas. Cada comunidad y región presenta sus propios factores que influyen en la salud de sus habitantes.

Tabla 25.

Determinantes Sociales de la Salud- Determinantes intermedios.

Determinantes Sobrepeso		Categoría de IMC			% del total
		Obesidad tipo I	Obesidad tipo II		
Actividad Física Semanal Rho de Spearman: -0.350*** gl: 176 valor p: <.001	Nunca	3.4%	10.7%	3.4%	17.5 %
	Pocas veces	23.6%	6.2%	1.1%	30.9 %
	A veces	20.2%	1.1%	1.1%	22.4 %
	Casi siempre	5.6%	0.0%	0.0%	5.6 %

Consumo de alimentos procesados Rho de Spearman: -0.064 gl: 176 valor p: 0.398	Raramente (1-2 veces al mes)	20.8 %	5.6 %	3.9 %	30.3 %
	A veces (1-2 veces por semana)	18.0 %	9.0 %	1.7 %	28.7 %
	Frecuentemente (3-4 veces por semana)	11.2 %	1.7 %	0.6 %	12.9 %
Consumo de bebidas azucaradas Rho de Spearman: -0.111 gl: 176 valor p: 0.141	Raramente (1-2 veces al mes)	21.9 %	7.3 %	2.8 %	32.0 %
	A veces (1-2 veces por semana)	13.5 %	6.2 %	1.7 %	21.4 %
	Frecuentemente (3-4 veces por semana)	11.2 %	2.8 %	0.0 %	14.0 %
Consumo de frituras Rho de Spearman: -0.030 gl: 176 valor p: 0.688	Raramente (1-2 veces al mes)	12.4 %	5.1 %	1.7 %	19.2 %
	A veces (1-2 veces por semana)	27.5 %	6.2 %	2.8 %	36.5 %
	Frecuentemente (3-4 veces por semana)	12.4 %	5.6 %	1.7 %	19.7 %
Consumo de frutas y verduras Rho de Spearman: 0.046 gl: 176 valor p: 0.539	Raramente (1-2 veces al mes)	3.4 %	1.1 %	0.6 %	5.1 %
	A veces (1-2 veces por semana)	15.2 %	3.4 %	1.1 %	19.7 %
	Frecuentemente (3-4 veces por semana)	20.8 %	7.9 %	2.8 %	31.5 %
	Siempre (5 o más veces por semana)	14.6 %	5.1 %	1.7 %	21.4 %
Consumo de fibra vegetal Rho de Spearman: -0.172* gl: 176 valor p: 0.022	Raramente (1-2 veces al mes)	11.8 %	2.8 %	0.6 %	15.2 %
	A veces (1-2 veces por semana)	15.2 %	10.7 %	1.7 %	27.6 %
	Frecuentemente (3-4 veces por semana)	15.2 %	3.4 %	2.2 %	20.8 %
	Siempre (5 o más veces por semana)	11.8 %	1.1 %	0.6 %	13.5 %

Consumo del alcohol Rho de Spearman: -0.126 gl: 176 valor p: 0.093	No bebo alcohol	28.1%	10.7%	3.9%	42.7 %
	Bebo alcohol de forma ocasional (menos de una vez por semana)	25.3%	7.3%	2.2%	34.8 %
Antecedentes familiares de sobrepeso u obesidad Rho de Spearman: -0.062 gl: 176 valor p: 0.409	Si	28.1%	10.7%	1.7%	37.5 %
	No	25.8%	7.3%	4.5%	37.6 %
Diagnóstico de enfermedades no transmisibles Rho de Spearman: 0.023 gl: 176 valor p: 0.759	Si	14.0%	3.9%	1.7%	19.6 %
	No	39.9%	14.0%	4.5%	58.4 %
Acceso a servicios de salud Rho de Spearman: -0.115 gl: 176 valor p: 0.125	Si	51.1%	15.2%	6.2%	72.5 %
	No	2.8%	2.8%	0.0%	5.6 %
Facilidad de acceso a servicios de salud Rho de Spearman: -0.063 gl: 176 valor p: 0.407	Nunca	2.2%	1.1%	0.6%	3.9 %
	Pocas veces	12.9%	5.6%	1.7%	20.2 %
	A veces	19.1%	6.7%	0.6%	26.4 %
	Casi siempre	14.0%	2.8%	1.7%	18.5 %
	Siempre	5.6%	1.7%	1.7%	8.4 %

Los resultados de este estudio presentan correlaciones, que no implican una relación causa efecto, por lo que es necesario realizar mayor investigación. Este estudio no explora los determinantes estructurales de la salud, pero es necesario realizar un análisis, debido a que estos determinantes influyen en la salud de las poblaciones a nivel global y local.

A nivel global, el modelo socioeconómico predominante es el capitalismo, que se caracteriza por la propiedad privada de los medios de producción y la búsqueda de beneficios. Este modelo ha contribuido a la desigualdad económica y social y puede tener un impacto negativo en la salud (Stuckler et al., 2009).

Ecuador ha experimentado una serie de cambios económicos y políticos en las últimas décadas. A nivel de salud, el país enfrenta desafíos, la doble carga de malnutrición que es la coexistencia de desnutrición crónica y sobrepeso y obesidad, representó un 4,3 % del PIB del país en el año 2017 (Fernández A. et al., 2017, p. 7)sin embargo, se observa en la región un aumento significativo del sobrepeso y la obesidad en niños y adultos. Conocidas como la doble carga de la malnutrición, ambas problemáticas —de exceso y déficit— coexisten en las mismas comunidades, familias e incluso individuos. En un contexto global en que se presta mayor atención a la seguridad alimentaria y nutricional, y se dispone de evidencia científica contundente sobre el rol de la malnutrición como factor relevante de la carga mundial de enfermedades, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL.

Hoy en día vivimos en medio de una sociedad obeso-génica, que consume todo tipo de productos a un ritmo frenético. Hablando específicamente del sobrepeso y la obesidad, se observa un entorno que contribuye a la ingesta excesiva de calorías y a llevar un estilo de vida sedentario. Los cambios en los hábitos de alimentación han llevado a preferir alimentos procesados, altos en calorías y con un sabor agradable, debido a que estos productos se promocionan por todo tipo de medios y su precio suele ser accesible. La disminución de la actividad física se debe a alteraciones en el transporte, la tecnología y la urbanización. El efecto de entorno obeso-génico se intensifica aún más debido a las desigualdades sociales, en el que los grupos menos favorecidos tienen un acceso limitado a alimentos nutritivos, debido a su precio o accesibilidad (Julia et al., 2018; Rodríguez Díaz, 2013).

Conclusiones

- En el Centro de Salud N°1 Tulcán, la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres del grupo de estudio supera la media nacional, alcanzando el 78,1%. La mayoría de estas mujeres son mestizas, con un nivel educativo que oscila entre la secundaria y la educación superior. Los ingresos mensuales familiares no superan los $800 y la población se divide equitativamente en dos grupos de edad: mayores y menores de 40 años.
- Los determinantes sociales de la salud, en particular los estructurales, están correlacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre las mujeres en este estudio. Se observa una correlación positiva entre la edad y el IMC, lo que sugiere que el riesgo de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad. Por otro lado, el empleo muestra una correlación negativa, indicando que las mujeres que trabajan tienen un menor riesgo de sobrepeso y obesidad en comparación con aquellas que no trabajan o se dedican a las tareas domésticas.
- La actividad física y el consumo de fibra vegetal, ambos determinantes intermedios, juegan un papel crucial en la prevención del sobrepeso y la obesidad. En este estudio, la actividad física mostró una correlación negativa con el sobrepeso y la obesidad, destacando su importancia como factor protector contra el exceso de peso y las enfermedades no transmisibles. Por otro lado, el consumo de fibra vegetal puede reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad, ya que contribuye a la sensación de saciedad y a la ingesta de menos alimentos. Por lo tanto, la promoción de la actividad física regular y una dieta rica en fibra vegetal son estrategias útiles para combatir el sobrepeso y la obesidad en mujeres.

Recomendaciones

- Es esencial realizar un análisis de la implementación efectiva de las políticas de salud pública actuales, para entender por qué no han logrado detener el creciente aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Estas políticas deben centrarse prioritariamente en los determinantes sociales de la salud y buscar reducir las desigualdades existentes. Esto en el marco de garantizar un acceso equitativo a alimentos saludables, fomentar estilos de vida saludables y proporcionar a la población el tiempo y el espacio necesarios para cuidar de su bienestar.
- Es indispensable continuar con las actividades de promoción de la salud en el primer nivel de atención, impulsando la actividad física y una dieta equilibrada que incluya el consumo de fibra vegetal, al tiempo que se reducen los hábitos perjudiciales, así como la concientización sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y cómo esto puede prevenir gastos tanto para los individuos como para el sistema de salud.
- Es importante realizar investigaciones adicionales para entender a fondo los desafíos específicos que las mujeres enfrentan al intentar mantener un peso saludable; en el contexto propio de los determinantes sociales de la salud. Al entender los problemas principales que afectan a nuestra población, podremos crear políticas y estrategias que respondan a las necesidades específicas de las personas.

Referencias bibliográficas

Álvarez, L., Estrada, A., Goez, J., Carreño, C., & Mancilla, L. (2013). The effects of socioeconomic status and short stature on overweight, obesity and the risk of metabolic complications in adults. *Colombia Medica*, 146–154. https://doi.org/10.25100/cm.v44i3.1218

Asamblea Mundial de la Salud, 62. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de la Secretaría* (A62/9). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/4148

Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Trejo-Valdivia, B., Shamah, T., Campos-Nonato, I., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Obesity in Mexico, prevalence and trends in adults. Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, *62*(6), 682–692.

Behavioral Risk Factor Surveillance System Overview. (s/f).

Blüher, M. (2019). Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews. Endocrinology*, *15*(5), 288–298. https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, *32*(1), 381–398. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218

Costa, R., Gutiérrez, A., Valdivieso, D., Carpio, L., Cuadrado, F., Nuñez, J., & Vásconez, J. (2018). *Encuesta steps ecuador 2018 msp, inec, ops/oms informe de resultados* (p. 66). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/informe-steps.pdf *Determinantes sociales de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. (s/f). Recuperado el 17 de junio de 2023, de https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

European Commission. Eurostat. (2013). *European Health Interview Survey (EHIS wave 2): Methodological manual : 2013 edition*. Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2785/43280

Fernández A., A., Martínez, R., Carrasco, I., & Palma, A. (2017). *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/42535

Frank, J., Abel, T., Campostrini, S., Cook, S., Lin, V. K., & McQueen, D. V. (2020). The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5856. https://doi.org/10.3390/ijerph17165856

Freire, W., Waters, W., Rivas, G., & Belmont, P. (2018). The double burden of chronic malnutrition and overweight and obesity in Ecuadorian mothers and children, 1986–2012. *Nutrition and Health*, *24*(3), 163–170. https://doi.org/10.1177/0260106018782826

Freire, W., Waters, W., Román, D., Jiménez, E., Burgos, E., & Belmont, P. (2018). Overweight, obesity, and food consumption in Galapagos, Ecuador: A window on the world. *Globalization and Health*, *14*, 93. https://doi.org/10.1186/s12992-018-0409-y

García, H., & Viera. (2021). Obesidad general y abdominal en mujeres de Hermosillo: Prevalencia y factores de riesgo. *Región y sociedad*, *33*. https://doi.org/10.22198/rys2021/33/1463

Garzón, J., & Aragón, L. (2021). Sedentarismo, actividad física y salud: Una revision narrativa. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, *42*, 478–499.

Global Burden of Disease (GBD). (2014, marzo 29). Institute for Health Metrics and Evaluation. https://www.healthdata.org/gbd

Jimenez, M., Nieves, L., Montaño, A., Betancourt, E., & Mendivil, C. (2020). Association of Overweight, Obesity and Abdominal Obesity with Socioeconomic Status and Educational Level in Colombia. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, *Volume 13*, 1887–1898. https://doi.org/10.2147/DMSO.S244761

Julia, C., Martinez, L., Allès, B., Touvier, M., Hercberg, S., Méjean, C., & Kesse-Guyot, E. (2018). Contribution of ultra-processed foods in the diet of adults from the French NutriNet-Santé study. *Public Health Nutrition*, *21*(1), 27–37. https://doi.org/10.1017/S1368980017001367

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025* (p. 110). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf

Mitchell, C. (2017, enero 18). *OPS/OMS | Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití*. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12911:overweight-affects-half-population-latin-americacaribbean-except-haiti&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Monteiro, L. Z., Varela, A. R., Lira, B. A. de, Contiero, L. C., Carneiro, M. de L. A., Souza, P. de, Nóbrega, J. O. de T., & Júnior, F. B. (2019). Weight status, physical activity and eating habits of young adults in Midwest Brazil. *Public Health Nutrition*, *22*(14), 2609–2616. https://doi.org/10.1017/S1368980019000995

National Academies of Sciences, E., Medicine, N. A. of, Nursing 2020–2030, C. on the F. of, Flaubert, J. L., Menestrel, S. L., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). Social Determinants of Health and Health Equity. En *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573923/ *National Health and Nutrition Examination Survey Overview*. (s/f).*Obesidad y sobrepeso*. (s/f). Recuperado el 17 de junio de 2023, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización Mundial de la Salud. (2021, junio 9). *Obesidad y sobrepeso*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización Panamericana de la Salud. (2022, enero 18). *ENLACE: Data Portal on Noncommunicable Diseases, Mental Health, and External Causes*. https://www.paho.org/en/enlace/overweight-and-obesity

Reyes, U., Mesenburg, M. A., & Victora, C. G. (2020). Socioeconomic inequalities in the prevalence of underweight, overweight, and obesity among women aged 20–49 in low- and middle-income countries. *International Journal of Obesity*, *44*(3), 609–616. https://doi.org/10.1038/s41366-019-0503-0

Reynolds, A., Mann, J., Cummings, J., Winter, N., Mete, E., & Te Morenga, L. (2019). Carbohydrate quality and human health: A series of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet (London, England)*, *393*(10170), 434–445. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31809-9

Rodríguez Díaz, S. (2013). Consumismo y Sociedad: Una visión crítica del "homo consumens". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, *34*(2), 189–210. https://doi.org/10.5209/rev_noma.2012.v34.n2.40739

Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine, 136*, 104754. https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2021.104754

Sánchez, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: Una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, *69*(10), 868–877. https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, *374*(9686), 315–323. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7

Vázquez, M., Jiménez, M. E., Moreno, L., Graue, E. O., Guarneros, N., Jiménez, L., & Jiménez, A. (2020). Social determinants for overweight and obesity in a highly marginalized population from Comitán, Chiapas, Mexico. *Salud Publica De Mexico*, *62*(5), 477–486. https://doi.org/10.21149/10691

Vinueza, A., Vallejo, K., Revelo, K., Yupa, M., & Ríofrío, C. (2022). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana. Resultados de la encuesta ENSANUT-2018. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, *12*(2), Article 2. https://doi.org/10.47244/cssn.Vol12.Iss2.656

World Bank Open Data. (s/f). World Bank Open Data. Recuperado el 3 de julio de 2023, de https://data.worldbank.org

Estrategias de autocuidado en adultos mayores

José Orlando Flores Alarcón
jose.flores @upec.edu.ec

Juan Carlos Pilacuán España
juan.pilacuan @upec.edu.ec

Introducción

La salud de los adultos mayores son el reflejo y el resultado de las prácticas sanas que han formado parte de su diario vivir Castiblanco y Fajardo (2017), en este curso de la vida, el envejecimiento es un proceso clave que se presenta como algo natural que genera varias modificaciones que son: a nivel funcional y estructural, repercutiendo en la salud mental integral, el estado físico y como esto influye en el autocuidado.

La expectativa de vida de las personas adultas mayores a nivel de América Latina y el Caribe cada día presentan un crecimiento, tomando en cuenta que en el siglo veinte se da un crecimiento característico en este grupo etario que hoy en día está representado en un 13 % y se proyecta que para el año 2030 el grupo de adultos mayores será de un 20 %, lo cual se hace un desafío tanto para las redes complementarias sanitarias como para los familiares, INEC (2018).

Ecuador presenta un reto de importante tanto en lo político, social, y que afecta de manera directa a lo económico. Miller y Mejía (2020), teniendo en cuenta que los riesgos de mortalidad son menores en estos años en comparación a años anteriores, con el pasar del tiempo el envejecimiento es un fenómeno natural que aumentado considerablemente la estabilidad hemodinámica de la persona y con ello la baja procreación de hijos.

La parte demográfica está ligada de forma directa en la vida de las personas ecuatorianas. Eliopoulos, (2017), la expectativa de vida está presente en un individuo donde los determinantes sociales son parte importante. La mortalidad se encuentra en un rango de 48.6 años en el comienzo del período 1950, a 76.7 años hoy en día por lo cual se espera que continue en desarrollo de acuerdo a los estudios que presenta la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dando un estimado para el Ecuador 82.3 años, que alcanzará la población adulta mayor.

En Ecuador con más de 17 millones de habitantes, se presenta un ritmo de crecimiento poblacional de adultos mayores, dado por el nivel geográfico enfermedades no transmisibles que provocan en las personas mayores puedan presentar o adquirir un déficit de autocuidado. Se puede evidenciar que, a pesar de las políticas públicas en salud implementadas, el apoyo a los adultos mayores evidencia una brecha en los servicios de salud de instituciones públicas, privadas y familiares que están a su cuidado Forttes, (2020).

La situación de los adultos mayores en el Ecuador necesita una intervención urgente para fortalecer diferentes procesos que permitan articular con diferentes instituciones, Huerta (2017) manifiesta que para poder cubrir las insuficiencias que puedan presentar las personas de la tercera edad, fomentando estrategias que ayuden a fortalecer el autocuidado.

En cuanto al concepto de déficit de autocuidado desde la teoría de enfermería es la capacidad que tienen los individuos para generar habilidades intelectuales, prácticas y la motivación que permita desarrollar un cuidado completo de la sanidad, de un individuo, de su familia y de la sociedad colectiva, para poder salvaguardar un estado óptimo en las diferentes etapas de la vida. Cumple un rol importante la enfermería para empoderar a los usuarios satisfacer sus necesidades de autocuidado y con ello ayudarles que ejerzan un desarrollo de capacidades que le permita fortalecer su autonomía en el cuidado *op.cit.*

Conocer la capacidad del autocuidado que presenta el grupo de jubilados, permitirá ejecutar una propuesta que ayude a diseñar diferentes estrategias enfocadas a fortalecer el uso de la autonomía, permitiendo realizar actividades que forman parte de su rutina diaria. *op.cit.*

Materiales y métodos

La investigación corresponde a un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional de corte transversal, con una muestra no probabilística entre los 65 años y más de personas adultas mayores, la investigación se recolecto el 20 de junio del 2023 en el grupo de personas jubiladas, aplicando una encuesta de evaluación de la capacidad de percepción de autocuidado a los jubilados del IESS en el Canto Tulcán, se utilizó una encuesta de ocho escalas que permite valorar el autocuidado y la percepción de las personas adultas mayores, antes de aplicar la encuesta se realizó un pilotaje para ver la confiabilidad del instrumento que se va aplicar, utilizando la herramienta jamovi donde presenta un Alfa de Cronbach 0.836.

Se utilizó, una muestra de 50 persona para el estudio de investigación aplicando una encuesta: denominada (TEST DE CYPAC-AM) que presenta diferentes categorías a ser avaluadas que van a ayudar a valorar la capacidad y percepción de autocuidado de los usuarios jubilados, tomando consideraciones éticas que permitan la recolección de la información bajo confidencialidad para los participantes, de esta manera se garantiza que la información este apegada a la ley orgánica en protección de datos personales en su artículo, siendo la investigación un estudio sin riesgo, y no presenta conflictos de intereses.

Resultados y discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de las personas jubiladas de IESS Canto Tulcán, se puede decir que son (82%) son femeninas, el 18% masculinas, las edades van desde los 65 a 74 años dando un 62 % más de 75 años un 38 %.

Tabla 13. Detalla que la capacidad de autocuidado del grupo de estudio el 58% de los adultos mayores presentan un autocuidado parcialmente adecuado, en las categorías de actividad física, descanso

sueño, eliminación e higiene integral, considero que las cuatro áreas son fundamentales en la vida del ser humano y es de vital importancia fortalecer de manera continua cada una de ellas, para poder tener una vejez activa Guzmán (2019) argumenta en su estudio que la actividad física ayuda a que las personas adultas mayores no presente cuadros de tristeza, daños cognitivos, mejorar las funciones respiratorias, cardiovasculares, musculo esquelético y funciones de la vida cotidiana.

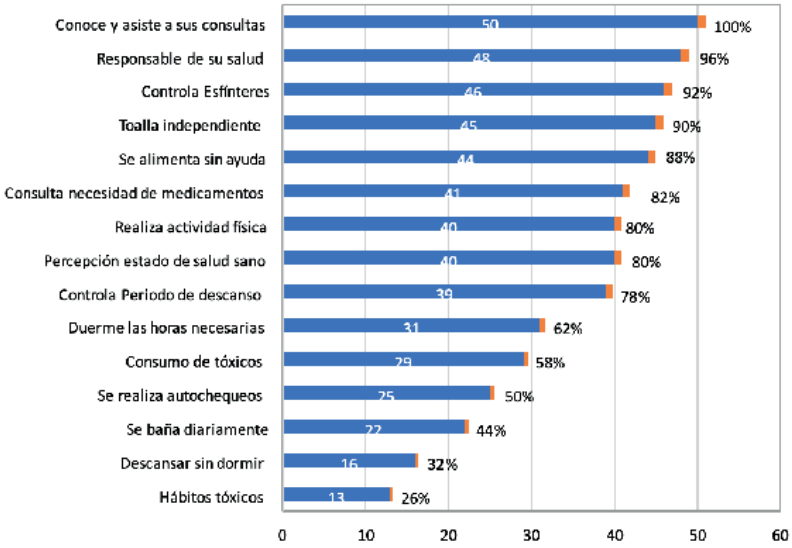
Tabla 13.

Capacidad de autocuidado del adulto mayor jubilado del Cantón Tulcán.

Capacidad del Autocuidado	Frecuencias	% Total	% Acumulado
Autocuidado Inadecuado	1	2.0%	2.0%
Autocuidado Parcialment Adecuado	29	58.0%	60.0%
Autocuidado Adecuado	20	40.0%	100.0%

En la figura 2. Capacidad de autopercepción en los adultos mayores jubilados del IESS del Cantón Tulcán, se puede evidenciar en el grupo de estudio presentan un autocuidado parcialmente adecuado en las categorías: hábitos tóxicos con un 26%, de personas adultas mayores y descanso sueño 32%, se baña diariamente 44%, consumo de tóxicos 58%, control de esfínteres un 92 % en los resultados obtenidos en la investigación las categorías son parte importante de un envejecimiento dinámico, que permite a las personas mayores a tener un mejor autocuidado en su salud como lo manifiesta OPS (2009) donde establece que las personas con edad avanzada tienden a tomar medicamentos para aliviar sus dolores, que permitan corregir malos hábitos mediante la automedicación y también presentar una farmacodependencia a diferentes enfermedades crónicas como son; la presión arterial elevada, colesterolemia, hiperglucemia y osteopenia que si no es tratada oportunamente se convierte en osteoporosis.

Figura 2.
Capacidad de autopercepción en los adultos mayores jubilados del Cantón Tulcán



Los resultados obtenidos en esta investigación no se evidencia un deterioro del autocuidado en los jubilados del IESS del Cantón Tulcán que participaron en la investigación, cabe mencionar que estudios referenciales como es de Castiblanco y Fajardo (2017), donde se realizó con 170 personas de la tercera edad donde el 64,4 % presentan un autocuidado adecuado, dando un 29,38 % autocuidado parcialmente adecuado, y con el 6,22 % de un autocuidado inadecuado.

Evaluado cada una de las categorías donde los adultos mayores jubilados IESS del Cantón Tulcán presentaron un autocuidado parcialmente adecuado.

La actividad física: las personas adultas mayores jubiladas del IESS que fueron parte del estudio en el Cantón Tulcán, presentan un autocuidado parciamente adecuado y esto hace las personas ancianas no puedan

realizar diferentes actividades, recreativas o de pasar tiempo que puede ser caminatas, bicicleta, tareas domésticas, juegos deportivos y actividades cotidianas compartidas con familiares Guzmán (2019) indica en su investigación que el deporte permite que una persona adulta mayor mejore sus funciones tanto cognitivas, físicas y hemodinámicas.

Las personas de edad avanzada pierden sus destrezas tanto física, cognitivas presentando riesgo de padecer diferentes patologías y complicaciones derivadas del sedentarismo, esto produce que las capacidades del cuerpo vayan perdiendo sus funcionalidades como un proceso natural del envejecimiento. Tener en cuenta que actividad física permite regular y reducir los efectos de la vejez y con ello mejorar su calidad de vida de las personas adultas mayores *op.cit.*

Se puede evidenciar que en el estudio realizado la categoría de actividad física de los adultos mayores se encuentra parcialmente adecuada no como en la investigación de Millán que presento 72 % presento un déficit para esta categoría ya que no participan en las actividades del círculo de los abuelos *op.cit.*

Eliminación intestinal: en la investigación realiza las personas adultas mayores jubiladas IESS del Cantón Tulcán presentaron un autocuidado parcialmente adecuado, parte fundamental de todo ser humano donde conlleva un proceso para la eliminación de todos los tóxicos del organismo a través de diferentes mecanismos como: la orina en mayores cantidades, en poca cantidad sudor, lágrimas y semen, estas son descritas como perdidas insensibles y sensible Millán (2006) manifiesta en su estudio que las personas adultas mayores pueden presentan diferentes patologías que pueden afectar en la eliminación o control de esfínteres que puede ser, incontinencia urinaria, siendo un síndrome muy frecuente que llega a producir grandes malestares como; impacto psicológico y social en higiene tanto espiritual, del soma, psique y nous implicando un importante impacto en los estilos de vida de las personas adultas mayores.

Con la edad la digestión alimentaria se hace más lenta el sistema gastrointestinal, puede presentar estreñimiento, dolores abdominales y flatulencias, llevando a una gran deficiencia de la impregnación del calcio, vitaminas, proteínas y todo esto puede estar atribuido al envejecimiento

que puede presentarse baja movilidad y de entretenimiento, la dieta, medicamento para tratamiento de enfermedades, para mejora la calidad de vida *op.cit.*

Una buena alimentación en cada etapa es decir desde el nacimiento y llegar a la ancianidad es de vital importancia, llevar un correcto estado nutricional a lo largo de la vida, pero las necesidades nutricionales van cambiando en los individuos a medida que envejecen, tomando como ejemplo que se necesita seiscientas calorías habituales y a su vez una adecuada metabolización, degradación de los alimentos, pero todo logra verse afectado por presentar una patología que hace que los abuelitos tenga que consumir una gran variedad de nutrientes como; minerales, grasas, vitaminas, proteínas y carbohidratos, en pequeñas cantidades que permitan tener un equilibrio energético *op.cit.*

Sueño descanso: en el estudio realizado de los adultos mayores jubilados IESS del Cantón Tulcán presentaron un autocuidado parciamente adecuado, se puede evidenciar que las personas de edad avanzada pierden el ritmo circadiano y esto hace que ellos puedan presentar cuadro de cambio de humor, como llanto fácil, poco apetito, desinterés por realizar las actividades cotidianas OMS (2019) indica el anciano presenta despertares nocturnos, dando aparición a la disminución del tiempo total del sueño nocturno, aumento en duración y cantidad en despertares, dando paso a la aparición de sueños con movimientos oculares rápidos lo que es conocido como la fase de REM, disminución del sueño que se puede manifestar como; fatigas diurnas acompañado de somnolencia. El aumento de años reduce el espacio para mantener el sueño: presentando dificultad para descansar y mantenerse en vigilia dando como resultado una deficiencia del sueño que se ve afectado más en el anciano pasando muchas horas encama, pero en vela.

Higiene y confort: en la investigación realizada en la Ciudad e Tulcán a las personas adultas mayores del IESS jubiladas, presentaron un autocuidado parcialmente adecuado, considero que la higiene son una barrera para de protección a diferentes infecciones OPS (2009) manifiesta las personas adultas mayores, puedan realizar el baño o higiene que permita conservar el buen estado de la piel y brindando grandes beneficios en la salud física, emocional y psíquico.

Hábitos tóxicos o adicciones: en la presente investigación del grupo de adultos mayores jubilados IESS del Cantón Tulcán, se presentó un autocuidado parciamente adecuado del las personas jubiladas, considero que tener hábitos tóxicos hacen que las personas presenten un disminución en los niveles de defensas que tiene su cuerpo y esto hace que puedan manifestar un deterioro en su salud y empeorar las diferentes enfermedades que pueda padecer, en la vejez se presenta diferentes problemáticas como; emocional donde las personas adultas mayores pueden presentar ciertas depresiones y una alteración de su propia estima. Salech, Rafael, y Luis (2019) donde señala que pueden presentarse dependencia y el afrontamiento de pérdidas de seres amados, seguridad económica.

El adulto mayor presenta grandes cambios en los diferentes órganos, que pueden presentar cambios en su corporalidad, reducción del agua a nivel corporal y un aumento de la masa del cuerpo y esto influye en el paso de la metabolización, del medicamento según la farmacocinética donde para por diferentes fases que son; la absorción del medicamento, repartición y eliminación del medicamento del organismo *op.cit.*

El control de la salud es de vital importancia y poder infundir grandes conocimientos en la promoción de hábitos alimenticios saludables en la persona familia y comunidad, que permitan tener un control y detección de los riesgos que pueden presentarse si el paciente tiene enfermedades crónicas *op.cit.*

Conclusiones

- De acuerdo a los datos obtenidos en la investigación, se puede concluir que el 58 % de los adultos mayores presentan Autocuidado Parcialmente Adecuado.
- Se puede evidenciar que la autopercepción está presente en diferentes preguntas evaluadas como son; actividad física, higiene integral, eliminación y sueño descanso donde se pretende mejorar, la calidad de vida de las personas ancianas.

- Las personas adultas mayores presentan un alto nivel de autocuidado por lo que el proceso de intervención va encaminado a realizar un refuerzo positivo a estas conductas, permitiendo de esta manera mejorar la prescripción de la actividad física bajo el asesoramiento de un especialista.
- Los datos obtenidos evidencias que las estrategias de autocuidado son adecuadas, lo que posibilita la sistematización de estas estrategias para construir un programa aplicable a otro grupo de adultos mayores.

Referencias bibliográficas

Castiblanco, M., y Fajardo, E. (2017). Capacidad y percepción de autocuidado del programa Centro día/vida Ibagué,Colombia. Salud Uninorte. Barranquilla, 8.

Eliopoulos, C. (2017). Enfermería geriátrica y gerontológica. España: Wolters kulwer.

Forttes, P. (2020). Envejecimiento y Atención de la Dependencia en Ecuador. . Ecuador: Co-publicación BID- Eurosocial.

Guzmán, J. (2019). Envejecimiento y desarrollo . Cepal, 51.

Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos, 256.

Huerta, J. (2017). Actualización de las teorías biológicas del envejecimiento. España: Ed Wolter Kluwer.

INEC. (2018). Manual del Encuestador. 175.

Israel, M. (2019). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad . Revista Cubana de Enfermería, 13.

Millán, C. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: Mcgram-Hill.

Nacional, A. (2021). Ley Orgánica de Protecciones de Datos Personales . Registro Oficial Suplemento 459 de 26-may.-2021, 38.

OMS. (2019). Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 32.

OPS. (2009). Salud Mental en la Comunidad . Paltex, 391.

Salech, F., Rafael, J., y luis, M. (2019). Cambios Fisiológicos Asociados al envejeciento. Rev. Med, Clin EV. Med. Clin. Condes -, 8.

Estrategias de calidad en los adultos mayores del I nivel de atención

Carla Viviana Hernández Tulcán
carlav.hernandez @upec.edu.ec

Ruth Elizabeth Salgado Jiménez
ruth.salgado @upec.edu.ec

Introducción

La Organización Panamericana de la salud (OPS, 2007) manifiesta que, en 1978, surge como una estrategia orientada a cumplir el ideal de "Salud para Todos"; sin embargo, dicho objetivo no pudo ni ha podido ser cumplido, por lo que continua vigente y los gobiernos se encuentran con la responsabilidad de garantizar la implementación de modelos de salud que sean el centro de la Atención Primaria en Salud (APS), además que se propongan el cumplimiento del objetivo en cuestión. Entre los mayores desafíos que afrontan los sistemas de salud alrededor del mundo, se encuentran: El acceso a los servicios sanitarios, la oferta de cobertura dependiendo de las necesidades de los pacientes y/o usuarios, mediante una atención integral de continuidad con libre acceso sin discriminación con calidad y calidez universal, razón por la cual la Conferencia Mundial de Alma – Ata, desarrollo como estrategia para responder a estos retos, la APS.

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2008) menciona que este contexto, para Ecuador en cuanto a APS utilizan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI), en donde uno de los objetivos es la

"reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, que fortalece y articula las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva..." (p. 56).

Así la (OMS, 2018) expresa que la calidad de los servicios ha sido un tema de atención permanente tanto a nivel local, nacional como internacional debido al impacto que ésta tiene en la satisfacción de los usuarios por el servicio recibido. En este sentido ha sido un tema de interés de las organizaciones de salud y, en el caso de Ecuador, para alcanzar los (ODM, 2018) de forma esencial el Objetivo del Desarrollo Sostenible que señala "Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas meta del 2023, según (INEC, 2008) quien recalca que la población adulta mayor aumentará su esperanza de vida en los años posteriores y también acrecentará las morbilidades y por ende atención médica.

(Chenlo, 2021) da a conocer la deficiencia de la calidad en servicio de atención del Primer Nivel de Atención y manifiesta que trae algunas consecuencias como; la accesibilidad, quejas, costos por no existir todos los recursos materiales, infraestructura, talento humano, como pacientes y/o usuarios insatisfechos todos estos puntos afectan a la credibilidad de la institución.

La relevancia de esta investigación radica en la problemática en los adultos mayores que asisten a la unidad operativa y no están recibiendo una atención de calidad en cuanto a el servicio integral que deben tener, para modificar la situación en cuestión se aborda el objetivo que es proponer estrategias de mejoramiento en la calidad de atención hacia los Adultos Mayores de la parroquia de Tufiño, del cantón Tulcán de la provincia del Carchi mediante: determinar la satisfacción de la atención percibida, identificar la expectativa de los usuarios, diseñar las estrategias para lograr una mejor calidad de atención.

Esta investigación tiene preeminencia técnica científica ya que permite ampliar los conocimientos cognitivos, procedimentales y actitudinales con enfoque teórico, metodológico y práctico, para la comprensión empática que desarrollará acciones encaminadas a la satisfacción de necesidades es decir la calidad de atención para un efectivo desempeño profesional.

Desde la notabilidad social, este trabajo presenta estrategias para mejorar la atención de calidad en la APS, lo cual fortalece a la

comunidad científica y educativa. Con la adquisición de habilidades y destrezas que aportan, desde los conocimientos teóricos transitando a lo práctico para llegar al empoderamiento y la toma de decisiones de la mejor forma asertiva posible.

Así también la relevancia para la universidad, porque contribuye desde la academia con la investigación para el campo laboral con las competencias adquiridas, necesarias, de aporte efectivo desde la creación hasta el desarrollo de proyectos que aportan valor agregado en la solución de los problemas en la atención de enfermería, fortaleciendo la integración con la comunidad, gestando y apoyando las oportunidades de cambio que beneficien a la población en general.

Materiales y métodos

Este estudio es de tipo observacional, de campo, descriptivo, con enfoque cuantitativo de corte transversal, con una población total de 200 adultos mayores, en donde la muestra es a conveniencia con un muestreo no probabilístico conformada por 132 adultos mayores que fueron atendidos en el Centro de Salud Tufiño. La muestra tiene como margen de error el 5%, nivel de confianza 95%. El instrumento es el cuestionario que tiene dentro de la estructura cinco dimensiones que se la obtiene mediante la técnica de encuesta, la validación se la realiza con 3 expertos, presenta alfa de Cronbach de 0,77.

Al momento de la aplicación del instrumento el cuestionario que evalúa la expectativa del paciente, se la realiza antes de que el usuario reciba la atención médica por el personal del Centro de Salud Tufiño. Días posteriores a la atención, se aplica la encuesta que correspondía a la percepción del paciente luego de la valoración de salud en la unidad operativa.

El análisis se realiza mediante los datos obtenidos en la encuesta, esta información se ingresa al sistema Jamovi, que es una interfaz gráfica de usuario, que permite acceder a muchas capacidades del entorno estadístico R., Sin que el usuario tenga que conocer el lenguaje de comandos propio de este entorno. (Badiella et al.,2021)

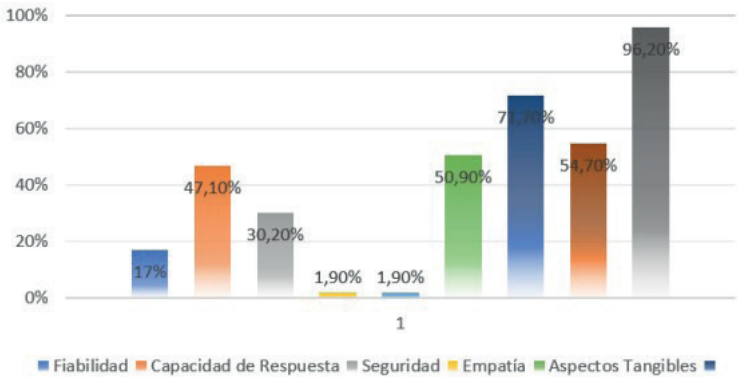
En la investigación se respeta los principios éticos como la justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, se tiene confidencialidad en la información que se obtiene ya que se la realiza con fines educativos para solucionar la problemática.

Resultados y discusión

Los resultados revelan que la muestra estudiada, el sexo que predomina es el femenino con (52.8 %) con un grado de instrucción básica (50.8 %), la edad oscila entre los 65 a los 85 años.

La escala que se toma en cuenta mediante la encuesta es una escala que se valora expectativa como la percepción en la atención brindada por el equipo de salud mediante las dimensiones de: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. El análisis da como resultado la satisfacción de acuerdo a la perspectiva y la expectativa.

Figura 11.
Percepción en la atención de los adulos mayores.



Respecto a la dimensión de fiabilidad se identifica un nivel de insatisfacción, en promedio a la percepción de los usuarios en un 17%,

se relaciona con el tiempo de espera de atención.

En la dimensión de empatía en un 1.90 % se relaciona con el trato del personal de salud en correspondencia a amabilidad, respeto y paciencia, conjuntamente respecto a la comprensión de las necesidades y los sentimientos del paciente. Mientras que, en las dimensiones de capacidad de respuesta, seguridad, se encuentran en moderada satisfacción.

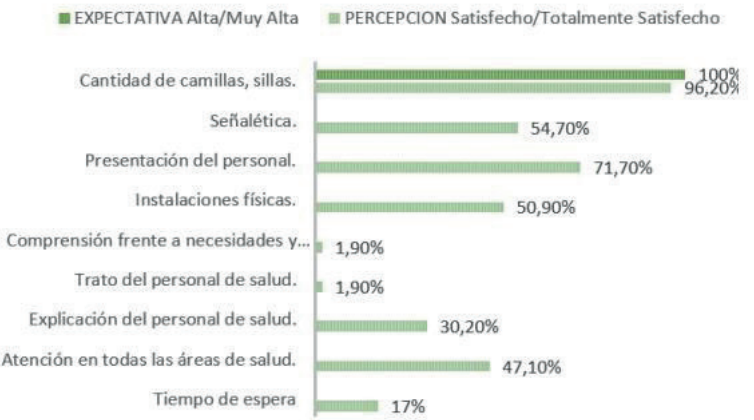
Si existe satisfacción en los aspectos tangibles relacionados con la instalación física, señalética, comodidad de las camillas en un 96% el sí cumple la expectativa de los usuarios.

Tabla 27.

Percepción y Expectativa en los Adultos Mayores en el I nivel de Atención del Centro de Salud Tufiño.

DIMENSIÓN	**DESCRIPCIÓN**	**PERCEPCIÓN** Satisfecho/ Totalmente Satisfecho	**EXPECTATIVA** Alta/Muy Alta
Fiabilidad	**Tiempo de espera**	17%	
Capacidad de Respuesta	Atención en todas las áreas de salud.	47.1%	100%
Seguridad	Explicación del equipo de salud.	30.2%	
Empatía	Trato hacia el paciente.	1.9%	
	Comprensión frente a necesidades y sentimientos del paciente.	1.9%	
Aspectos Tangibles	Instalaciones físicas.	50.9% 71.7%	
	Presentación del personal.	54.7%	
	Señalética.		
	Cantidad de camillas, sillas.	96.2%	

Figura 12.
Expectativa en la atención de los adultos mayores.



Mediante la interpretación de los datos que se obtienen se identifica la expectativa de los pacientes antes de una atención es Alta y Muy Alta. Pero ya al relacionar la expectativa conjuntamente con la percepción de los usuarios de la unidad operativa tenemos alta calidad en aspectos tangibles en los cuales se encuentra infraestructura física, presentación del equipo de salud, señalética y camillas (Vicuña, 2019). Los resultados de la Revista Cubana de Investigación (2019), en los usuarios de estudio el 48% tienen satisfacción regular, relacionándose la percepción con la expectativa. Mientras que (Vicuña, 2019) encuentra insatisfacción con un 83.9% donde la expectativa es más alta que las percepciones. Ya que si analizamos los valores del de investigación tiene estrecha relación con algunos estudios mencionados.

En el estudio se determina que los usuarios perciben menor calidad en la fiabilidad y empatía por lo que se sugiere proponer las siguientes estrategias para mejorar estas dimensiones, como indica (Sara, 2019).

Por lo tanto, se recomienda tomar en cuenta las estrategias para mejorar la calidad de atención, 1. Que autoridades distritales realicen seguimiento de las encuestas de satisfacción del usuario. 2. En la unidad

operativa para mitigar la dimensión de fiabilidad se obtenga control exhaustivo, se puede utilizar call center interno para organizar las citas o un sistema en el que se lleve el orden de las atenciones y el tiempo de espera de los pacientes. También para quienes no agendaron turnos se entreguen extras. 3. Fortalecer la satisfacción del usuario. 4. Educación a paciente sobre tiempos de espera y flujograma de atención que se brinda, es importante destacar la importancia de la atención en el orden de llegada, según horario programado y asegurar el seguimiento en la atención.

Respecto a la empatía las acciones a tomar son; 1. Participación activa del paciente. 2. Evitar consejería si el paciente no le solicita. 3. Enfocarse a comprender al paciente sin la necesidad de juzga. 4. Prestar atención e interés para satisfacer las necesidades del usuario. 5. Respetar el tiempo en el dialogo, estas profundas y significativas acciones generan conocimiento para disminuir desigualdades de salud y mejorar las prácticas de promoción de salud y la atención de grupos desfavorecidos y de riesgo.

Conclusiones

- En este grupo de estudio donde la menor calidad de atención que se percibe está en fiabilidad y empatía.
- Mientras que la mejor calidad, cumpliendo con la expectativa de los adultos mayores son los aspectos tangibles.
- Se elabora una propuesta en función de fiabilidad, empatía para mejora de satisfacción de atención en salud en el I Nivel de Atención.

Recomendaciones

- Se debe tomar en cuenta las dimensiones de la calidad y eficiencia en el Centro de Salud para mejorar la atención en los usuarios.
- Los posteriores estudios deben realizarse en la búsqueda de la satisfacción de servicios de atención que reciben los adultos mayores, ya que según las estadísticas

- INEC 2021, la esperanza de vida aumenta y va a generarse mayor necesidad de atención.
- Las estrategias diseñadas para mejorar la atención de los usuarios en las instituciones de salud deben cumplir un proceso de evaluación y seguimiento permanente para la corrección ipso facto y evitar complicaciones.
- Las investigaciones futuras deben tomar en cuenta calidad de atención y combinar las mejoras que son diseñadas para la prestación de la atención a los usuarios.

Referencias bibliográficas

Badiella, Blasco, Blanco, Boixadera,Valero, Vásquez. (2021). *Manual de Introducción a Jamovi: Una interfaz gráfica para Usuarios de R.* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Chenlo, C. (2021). *Calidad de servicio y nivel de satisfación en los usuarios externos del centro de salud Pueblo Joven de Abancay.* Obtenido de https://hdl.handle.net/20.500.12692/57616

INEC. (2008). Obtenido de https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adultamayor/#:~:text=Para%20las%20mujeres%20la%20esperanza,incrementan%20la s%20necesidades%20de%20atenci%C3%B3n.

MSP. (2008). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural.* Quito.

ODM. (2018). *Organización Mundial de Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio* . Obtenido de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs).

OMS. (24 de Agosto de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio.* https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-lasalud/

OPS.(2007).*Renovación de la atención primaria de salud en las Américas.* Obtenido de https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660

Sara, J. C. (septiembre de 2019). *Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de atencion en los servicios de salud*.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200001

Vicuña. (2019). *Percepcion sobre calidad de la Atencion en el Centro de Salud CAI III*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002019000200153 *Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Domínguez R, Rojas L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú cuarenta años del Alma Ata.* http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a13v79n4.pdf.

Chenlo, C. (2021). *Calidad de servicio y nivel de satisfacción en los usuarios externos del centro de salud Pueblo Joven de Abancay.* https://hdl.handle.net/20.500.12692/57616

INEC. (2008). Obtenido de https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adultamayor/#:~:text=Para%20las%20mujeres%20la%20esperanza,incrementan%20la s%20necesidades%20de%20atenci%C3%B3n.

MSP. (2008). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural.* Quito.

ODM. (2018). *Organización Mundial de Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio* . Obtenido de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs).

OMS. (24 de Agosto de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio.* https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-lasalud/

OPS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas.* https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660

Sara, J. C. (septiembre de 2019). *Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de atencion en los servicios de salud*. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200001

Vicuña. (2019). *Percepcion sobre calidad de la Atencion en el Centro de Salud CAI III*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002019000200153

Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Domínguez R, Rojas L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú cuarenta años del Alma Ata. http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a13v79n4.pdf.

Sandoval-Morale D. Nivel de satisfacción del adulto mayor desde la perspectiva de Hildegard Peplau Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2019 http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1382/1883.

García R, Gálvez N. Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud: Minsa- Essalud, Chongoyape – Perú. http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/383/371.

Morales-Sánchez V, Hernández-Mendo A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización.RevistaDigital–BuenosAires2022 https://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm#:~:text=La%20calidad%20de%20servicio%20puede,rendimiento%20percibido%2C%20influyendo%20sobre%20la. *Teorías de la satisfacción del paciente 2022*. Obtenido dehttps://nursinganswers.net/essays/theories-patient-satisfaction-2957.php

Mahón PY. Un análisis del concepto "satisfacción del paciente" en relación con la atención de enfermería contemporánea. J Adv Nurs , 1996,27 de febrero de 2022];24(6):1241–8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8953361/

Marriam-Webster. Empatía. 2020 [citado el 02 de marzo del 2022]. https://www.merriam- webster.com/dictionary/empathy.

Vulnerabilidad de la mujer migrante en la ciudad de Tulcán

María Belén Taramuel Chamorro
belen.taramuel@upec.edu.ec

Ruth Elizabeth Salgado Jiménez
ruth.salgado @upec.edu.ec

Introducción

El flujo migratorio en las últimas décadas se ha caracterizado por un acelerado movimiento de las personas para mejorar su calidad de vida, debido a factores socioeconómico y políticos, en este sentido, la participación de las mujeres en el campo migratorio ha traído consigo escenarios desfavorables y un desequilibrio social, convirtiéndose en una población vulnerable en el transcurso migratorio, sin embargo, "sus expectativas de mejorar la calidad de vida se convierte en muchas ocasiones en un problema para los países receptores" (Fernández y Prieto, 2019). Es por esta razón que a nivel nacional la vulnerabilidad de las mujeres ha presentado una tendencia ascendente, especialmente en aquellas personas que se encuentran en etapas de desarrollo o crecimiento. Según cifras de las entidades públicas la situación de migración sostiene que el 46 % se encuentran en los procesos previamente definidos; por tal motivo, la generación de nuevas oportunidades en el exterior se ha convertido en escenarios desfavorables, especialmente en las mujeres quienes se encuentran expuestas a situaciones vulnerables en su proceso migratorio (Fernández y Prieto, 2019).

En virtud de ello, "a pesar que la mayoría de migrantes se desplazan por las diferentes vías legales, también existen mujeres que lo realizan por vías ilegales o de segundo orden, encontrándose con situación de inseguridad, especialmente este problema se presenta en Centroamérica" (Pedone, 2018). En donde el desequilibrio político y

económico ha obligado a las mujeres a desplazarse a lugares que garanticen su sobrevivencia, sin embargo, en este transcurso han experimentado una serie de manifestaciones violentas, afectando negativamente la movilidad y desarrollo de la mujer migrante. En este sentido, se ha identificado que las mujeres toman la decisión de emigrar por mejorar sus condiciones e inestabilidad, obligándolas a dejar su país de origen e incluso huir de la violencia psicológica y física, lo cual ha resultado su integración a la violencia y pobreza en el proceso migratorio.

Si bien es cierto, la participación de los organismos internacionales han sido un ente interventor sobre el cumplimiento de los derechos de las personas que se encuentran en un proceso migratorio; sin embargo, las mujeres presentan mayor susceptibilidad de ser acosadas, secuestrada e incluso traficadas; por esta razón, se ha identificado que las mujeres migrantes buscan organizaciones que les brinden ayuda; no obstante, en muchas ocasiones las posibilidades de encontrar asistencia parecen ser nulas.

Por esta razón, este estudio es significativo, puesto que los resultados de esta investigación contribuyen a la comunidad científica, siendo el punto de partida para posteriores investigaciones que permitan establecer soluciones alternativas para disminuir y erradicar los actos vulnerables en contra de las mujeres migrantes, o establecer planes de prevención de la violencia hacia las mujeres migrantes que llegan o residen en la ciudad de Tulcán, para ello, se realizaron encuestas a mujeres migrantes para identificar los tipos de violencia que sufren y caracterizar la vulnerabilidad en ellas. Desde esta perspectiva, la ejecución de esta investigación tiene connotación social para beneficiar a las mujeres que se encuentran en proceso migratorio.

Materiales y métodos

Esta investigación fue cuantitativa por la utilización de información numérica y la correlación entre las variables de estudio, es decir, entre la violencia y la vulnerabilidad de la mujer migrantes; con respecto a los tipos

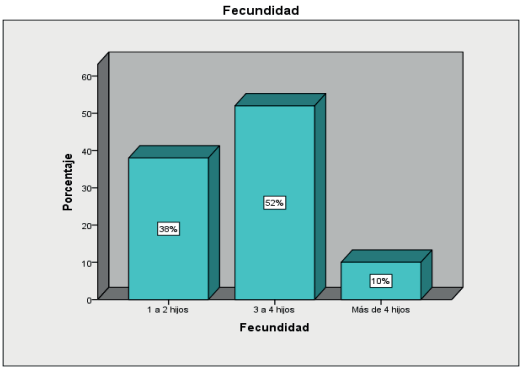
de investigación fueron este estudio fue de carácter descriptivo porque permitió caracterizar la migración de la mujer migrante y la experiencia sobre la violencia social, de hecho, por la descripción de las variables de estudio; también fue correlacional puesto que se pudo conocer el nivel o grado de relación entre la vulnerabilidad de las mujeres migrantes y la violencia social, e identificar su grado de relación; bibliográfica debido que se utilizó información para extraer información secundaria sobre la vulnerabilidad de la mujer migrante, integrándose en el presente estudio teóricas y definiciones que fueron el soporte teórico de este estudio y mediante la investigación de campo se utilizó técnicas de recolección de datos para extraer información primaria sobre la vulnerabilidad de la mujer migrante para su posterior análisis e interpretación.

La población sujeto de estudio fueron las mujeres migrantes en condición de movilidad en la ciudad de Tulcán, por no contar con un censo de esta población se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados y discusión

Figura 13.

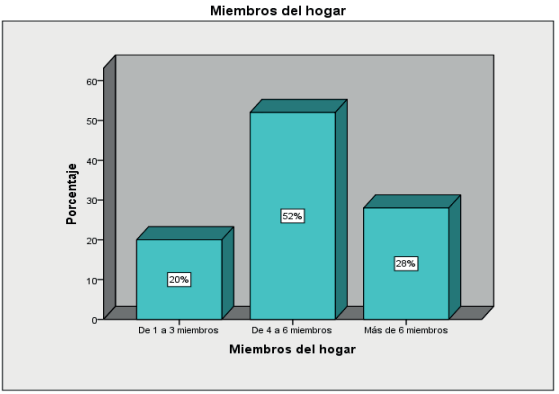
Representación gráfica de la fecundidad de la mujer migrante.



Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Conforme a la fecundidad se puede evidenciar que la mayoría de las mujeres migrantes tienen entre 3 y 4 hijos, representados por el mayor porcentaje, seguido de un grupo inferior que afirmo tener entre 1 y 2 hijos, sin embargo, las mujeres migrantes que mencionaron tener más de 4 hijos son escasas, siendo un factor que motiva a esta población a migrar para mejorar sus condiciones económicas y siendo un limitante en muchos casos para no hacerlo.

Figura 14.
Representación gráfica de los miembros del hogar de la mujer migrante.

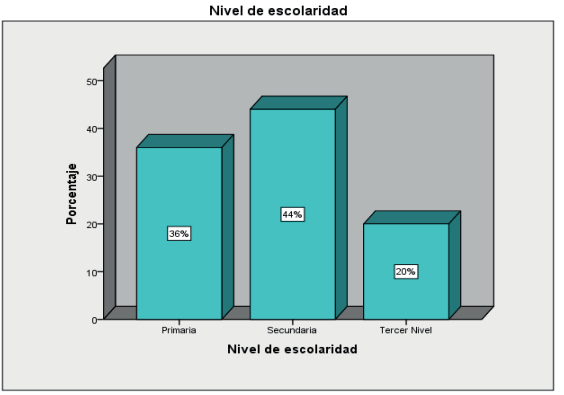


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Las mujeres migrantes que residen en la ciudad de Tulcán mencionaron que su núcleo familiar se encuentra en un rango de 4 a 6 integrantes del hogar, representados con el mayor porcentaje, seguido de un grupo inferior que afirmo tener más 6 miembros, y por último mencionaron que su núcleo familiar se integra entre 1 a 3 miembros; en donde se puede evidenciar que el hogar de las mujeres migrantes se integran por varias personas dentro del hogar, convirtiéndolas aún más vulnerables, debido que en muchos casos las mujeres migrantes son el sustento económico del hogar.

Figura 15.

Representación gráfica del nivel de escolaridad de la mujer migrante.

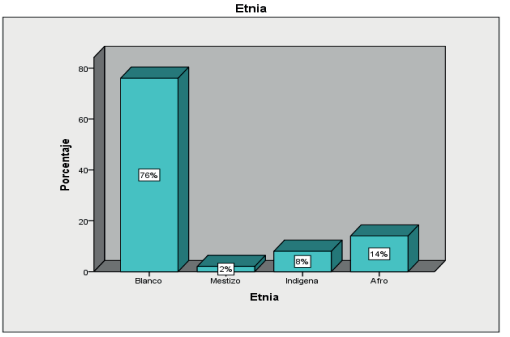


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

El nivel de estudios de las mujeres migrantes en su mayoría ha terminado la secundaria y primaria, identificando un porcentaje significativo, no obstante, las mujeres que mantienen una escolaridad de tercer nivel representan un inferior porcentaje; por tal motivo, este factor no parece incidir sobre su situación migratoria.

Figura 16.

Representación aráfica de la etnia de la muier migrante.

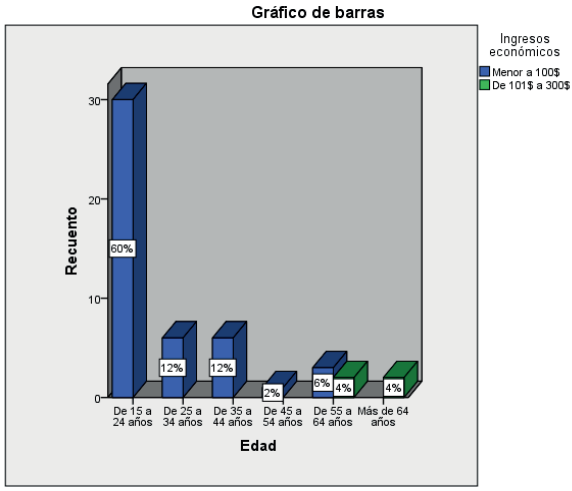


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Según la etnia de las mujeres migrantes en su mayoría se considerada de raza blanca, como se puede observar en la tabla, sin embargo, las mujeres que se considera mestizas son escasas, además de las personas que mencionaron pertenecer a la raza afro e indígenas, logrando identificar que este una pequeña confusión en relación a su raza, debido que la mayoría son de raza mestiza.

Figura 17.

Edad vs ingresos económicos.



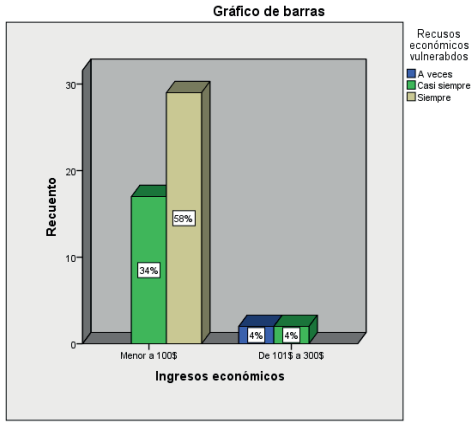
Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Según los resultados obtenidos se destaca el 60 %, corresponde de 15 a 24 años, seguido de un porcentaje que supera esta edad, de hecho, resulta importante mencionar que estas personas mantienen ingresos inferiores a los 100 dólares; mientras que las mujeres migrantes mayores de 55 años no representan un porcentaje significativo y mantienen ingresos superiores a los 101 dólares. Ahora bien, corroborando los resultados de Monleon (2019), sostiene que los recursos económicos de las mujeres migrantes representan un problema, debido que no mantiene

un poder adquisitivo sobre la tenencia de estos recursos, por tanto, en este estudio se obtuvo similar tendencia, en donde las mujeres siempre mantienen violencia sobre sus recursos económicos.

Figura 18.

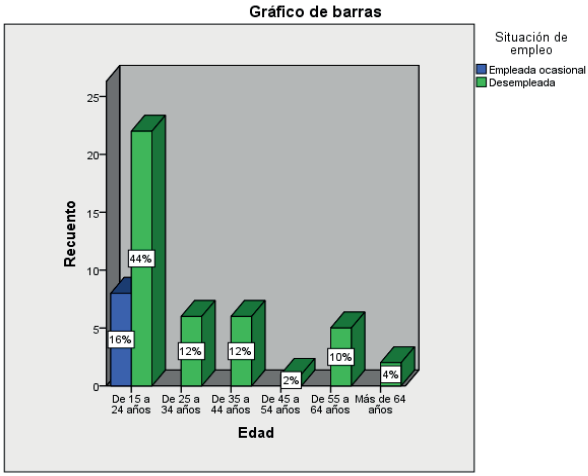
Ingresos económicos vs recursos económicos vulnerados.



Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Como se pue evidenciar en la gráfica las mujeres migrantes que mantienen ingresos mensuales menor a 100 dólares han sufrido violencia sobre la vulneración de sus recursos económicos, en donde 6 de cada 10 mujeres que mantienen ingresos menores a 100 dólares siempre sus recursos económicos han sido vulnerados, seguido de un inferior porcentaje que afirmó casi siempre; mientras que las mujeres migrantes que perciben ingresos superiores a los 100 dólares a veces y casi siempre son vulnerados sus recursos económicos.

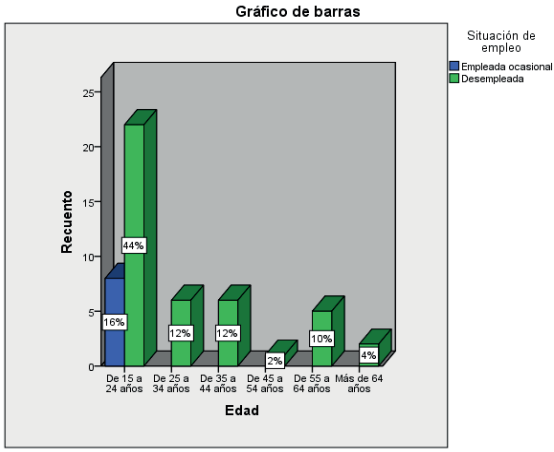
Figura 19.
Edad vs situación de empleo.



Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

En relación a la situación de empleo se puede evidenciar que las mujeres migrantes se encuentran desempleadas en su mayoría, es decir, de 10 mujeres al menos 8 se encuentran sin un trabajo formal; sin embargo, se puede evidenciar un mínimo porcentaje de las mujeres entre 15 a 24 años que mencionaron tener un empleo ocasional, agudizando más aún, la vulnerabilidad de esta población debido que en su mayoría no se encuentran en actividades laborales que permiten la generación de ingresos económicos.

Figura 20.
Edad vs situación de empleo.

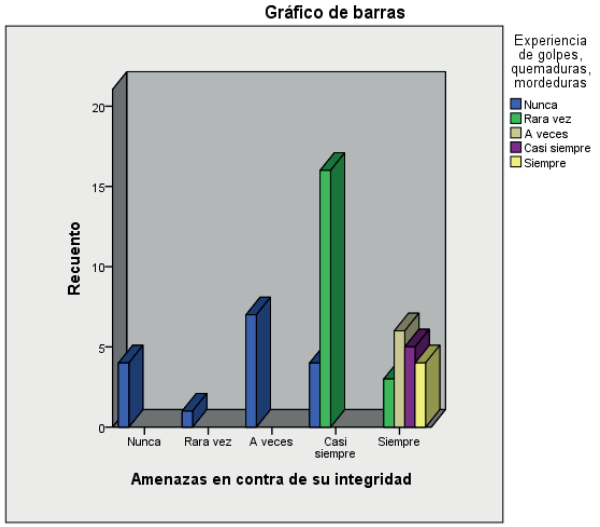


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

En relación a la situación de empleo se puede evidenciar que las mujeres migrantes se encuentran desempleadas en su mayoría, es decir, de 10 mujeres al menos 8 se encuentran sin un trabajo formal; sin embargo, se puede evidenciar un mínimo porcentaje de las mujeres entre 15 a 24 años que mencionaron tener un empleo ocasional, agudizando más aún, la vulnerabilidad de esta población debido que en su mayoría no se encuentran en actividades laborales que permiten la generación de ingresos económicos.

Figura 21.

Amenazas en contra de la integridad vs experiencia de golpes,

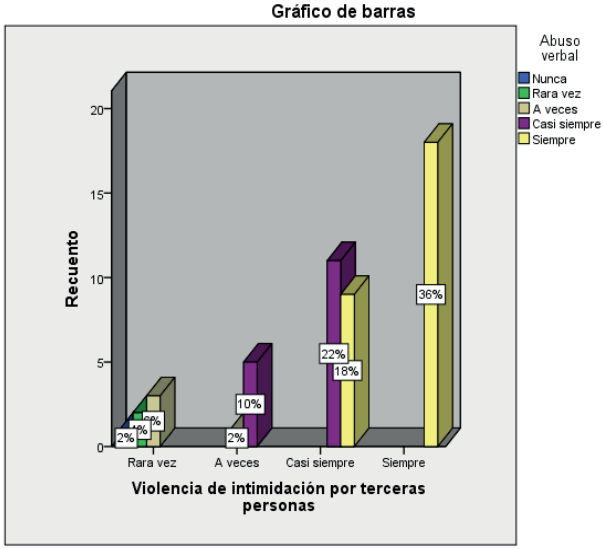


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Las mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán casi siempre reciben amenazas en contra de su integridad y rara vez han experimentado quemaduras, golpes y mordeduras; mientras que las mujeres que a veces y nunca han recibido amenazas en contra de su integridad nunca han experimentado golpes, mordeduras o quemaduras; de hecho, las mujeres que siempre han recibido amenazas a veces y casi siempre han experimentado violencia física. Ahora bien, en contraste con Torres (2022), menciona que las amenazas se han convertido en un aspecto del diario convivir de las personas migrantes, convirtiéndolas en vulnerables y siendo cada susceptibles a este tipo de eventos.

Figura 22.

Violencia de intimidación por terceras personas vs abuso verbal.

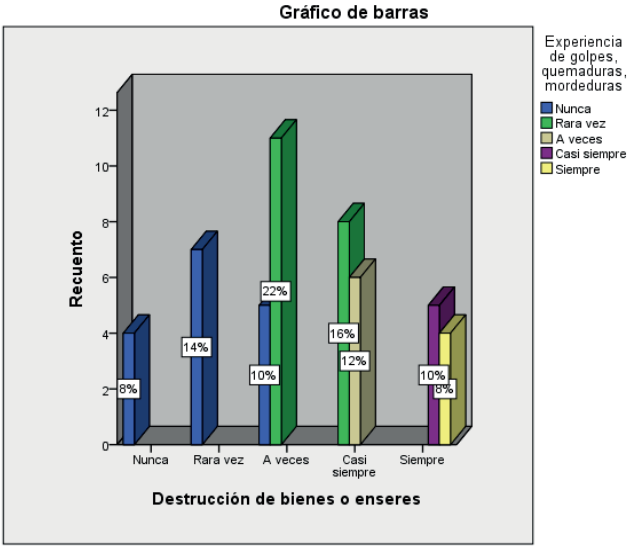


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Las mujeres migrantes en su mayoría siempre han recibido intimidaciones por terceras personas mediante abuso verbal; mientras que las mujeres que a veces y casi siempre han presentado intimidación casi siempre ha sido mediante abusos verbales; sin embargo, las mujeres que rara vez han experimentado intimidaciones por terceras personas a veces han sido por abuso verbal. En este sentido, según (Rebolledo y Rodríguez (2019) se identifico que las mujeres migrantes son vulneables sobre las intimidaciones por terceras personas, esto se sucita por su situacion de defensa, puesto que en algunos casos este tipo de violencia ha ocasionado que este grutpo etario mantenga incertidumbre sobre su integracion.

Figura 21.

Destrucción de bienes o enseres vs experiencias de golpes físicos.

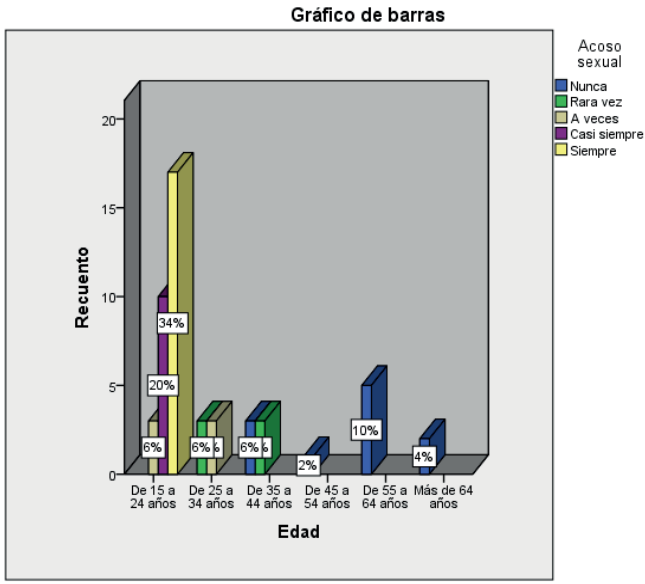


Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Por su parte, conforme a la destrucción de bienes y experiencias físicas las mujeres migrantes que a veces han experimentado la destrucción de sus bienes o enseres por terceras personas rara vez han sido víctimas de golpes, quemaduras o mordeduras; mientras que las mujeres que rara vez y nunca les ha destruido sus vienen nunca han experimentado violencia física; de hecho, las mujeres que siempre les han destruido sus bienes, también han experimentado golpes o quemaduras. Desde la perspectiva de Huaymacari y Meléndez (2020), menciona que la migración Trasnacional ha ocasionado que los bienes y enseres de las mujeres hayan sido destruidos por parte de terceras personas, debido a una cultura racista que no comparte las ideologías y pensamientos de los migrantes.

En este sentido, conforme la Organización Panamericana de la Salud (2020), menciona que la experiencia de violencia física en las mujeres cada vez mantiene mayor tendencia, convirtiendo a estas personas en un grupo vulnerable, especialmente porque se encuentran expuestas a una serie de factores físico en contra de su integridad.

Figura 24.
Edad vs abuso sexual.



Nota La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

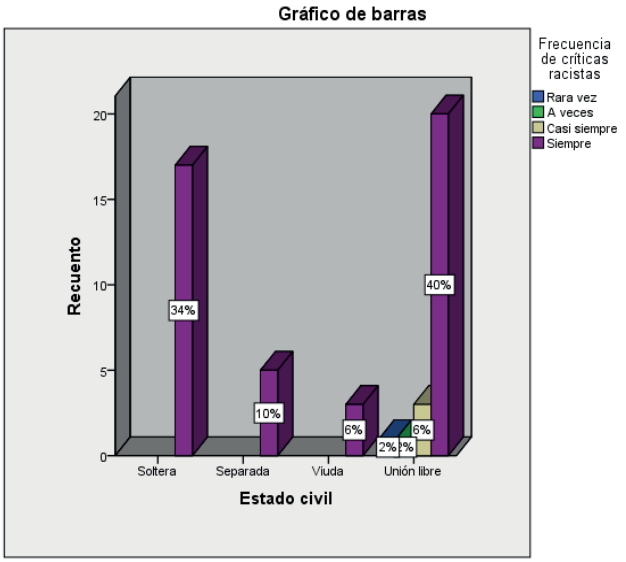
Según los resultados obtenidos las mujeres migrantes de 15 a 24 años siempre han experimentado acoso sexual, seguido de un inferior porcentaje que sostuvo casi siempre presenciado este tipo de violencia; mientras que las mujeres entre los 25 a 44 años rara vez han experimentado esta violencia; por su parte, las mujeres de 45 años en adelante nunca han sido víctimas de acoso sexual. Bajo esta percepción,

Bayona (2020), afirma que las mujeres migrantes se encuentran en un escenario complejo, debido a los problemas que tienen que enfrentarse, especialmente por el abuso y acoso, por esta razón, en muchas ocasiones las mujeres sufren de acoso sexual por la falta de garantías o el desconocimiento de organizaciones que velen por sus derechos.

En virtud de ello, Bayona (2020), afirma que las mujeres migrantes se encuentran en un escenario complejo, debido a los problemas que tienen que enfrentarse, especialmente por el abuso y acoso, por esta razón, en muchas ocasiones las mujeres sufren de acoso sexual por la falta de garantías o el desconocimiento de organizaciones que velen por sus derechos.

Figura 25.

Estado civil vs críticas racistas.



Nota, La información corresponde a 50 mujeres migrantes en la ciudad de Tulcán.

Las críticas racistas se han convertido en un tipo de violencia con mayor impacto en la mujer migrante, puesto que esta población ha sido vulnerada por estos actos racistas; en donde se puede evidenciar que las mujeres migrantes que mantienen un estado civil de unión libre y solteras siempre han recibido críticas racistas; mientras que las mujeres separadas o viudas han presentado menor actos y críticas racistas; Ahora bien, conforme a los resultados de Moriana (2018), menciona que los insultos verbales son frecuentemente un acto de violencia con mayor experimentación de las mujeres migrantes, debido que los resultados de su estudio muestran que el 78 % de las mujeres por lo menos alguna vez han experimentado estos tipos de violencia o insultos.

Conclusiones

- Las mujeres migrantes que residen en la ciudad de Tulcán mantienen un rango de edad de 15 a 24 años, en donde sus ingresos económicos son inferiores a los 100 dólares, su núcleo familiar se integra entre de 4 a 6 miembros, en relación a la cantidad de hijos la mayoría tiene entre 3 a 4 hijos, su formación académica es secundaria y su estado civil unión libre
- Los tipos de violencia que experimentan las mujeres migrantes que residen en la ciudad de Tulcán son de carácter psicológico y emocional, es decir, de 10 mujeres migrantes al menos 7 casi siempre recibe amenazas en contra de su integridad, mientras que la mayoría recibe insultos verbales por terceras personas y presentan críticas racistas, de hecho, de 10 mujeres al menos 3 han experimentado acoso sexual, sin embargo, los golpes, violación son los actos de violencia con menor experiencia en las mujeres migrantes.
- Las mujeres en calidad de migrantes requieren de ejes de intervención que les permita combatir la violencia social, debido que actualmente esta población carece de ayuda o la intervención de instituciones públicas o privada que garantice el cumplimiento de sus derechos.

Recomendaciones

- Se recomienda a la comunidad científica tomar como referencia los resultados de este estudio para futuras investigación que establezcan estrategias o acciones para erradicar la violencia social en contra de las mujeres que se encuentran en situación migrante.
- Es necesario que las fundaciones que velan por el bienestar de las personas migrantes evalúen su situación sobre la violencia social, especialmente las mujeres quienes son un grupo vulnerable frente a esta problemática.
- Se recomienda a las instituciones y ONG's y al estado ecuatoriano a enfrentar la situación sobre la situación actual de las mujeres migrantes mediante políticas públicas o mecanismos que garantice una integración viable y ordenada para que las mujeres puedan tener oportunidades en el mercado laboral y las actividades económicas.

Referencias bibliográficas

Bayona, J. (Marzo de 2020). Trayectorias migratorias y fracaso escolar de los alumnos inmigrados y descendientes de migrantes en cataluña. *Revista Internacional de Sociología*. 5(3), 37-49.

nnnnnnhttps://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/1051/1429

Fernández, C., & Prieto, A. (02 de Diciembre de 2019). *Política y Sociedad*. Medios de comunicación y esfera pública: el caso del tratamiento por la prensa española de las políticas públicas en torno a la ley de extranjería. [Tesis de pregrado]. http://repositorio.usj.es/bitstream/123456789/404/1/Medios%20de%20comunicación %20y %20esfera %20pública.pdf

Huaymacari, C., & Melendez, A. (2020). *Programa academico de derecho*. juicio de tipicidad entre los delitos de trata de personas y explotación sexual: acuerdo plenario, [Tesis de pregrado]. http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/ucp/1229/arirama%20melendez %20orffa %20melanie %20Y %20calle %20huaymacari %20MARLENE %20del %20rosario %20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moriana, G. (15 de Septiembre de 2018). la violencia de género en las historias de vida de las mujeres inmigrante: *revista de ciencias sociales*. 10(2), 45-57. https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/67804/gmoriana2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torres, E. (2022). *Universidad de Azuay* . Situación de vulnerabilidad laboral de las mujeres latinas en condición de migrantes: una revisión bibliográfica : https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11783/1/17311.pdf

Monleon, L. (2019). *Las mujeres migrantes en las legislaciones de América Latina* . Publicación de las Naciones Unidas : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44655/1/S1900271_es.pdf

Pérez, E. (2019). Análisis correlacional de la formación académico-profesional y cultura tributaria de los estudiantes de Marketing y Dirección de Empresas. Revista Universidad y *Sociedad*, 12(6), 478-483.

Rebolledo, F. y Rodriguez, R. (2019). Potencialidades del análisis de redes para el estudio de las migraciones. *Revista de Metodología de las Ciencias Sociales. 12(3),* 145-156.



Sección III:
CUIDADO INTEGRA A NIVEL COMUNITARIO

Eventos adversos post-vacunación contra la COVID- 19 en el personal de salud del Distrito 04D01 San Pedro de Huaca - Tulcán Salud

Andrés Fernando Flores Chávez
andres.flores @upec.edu.ec

Carmen Marlene Potosí Villarreal
marlene.potosi @upec.edu.ec

Introducción

A finales del mes de diciembre del 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió reportes de casos relacionados a neumonías en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei del país de China, a comienzos del siguiente año se identificó la causa que era por una cepa no identificada de coronavirus con el nombre de SARS - COV - 2, a partir de estas fechas la enfermedad se fue expandiendo a lo largo de los demás continentes convirtiéndose en una pandemia que generó grandes impactos mundiales. Siendo una enfermedad de alto nivel de contagio fue una pandemia preocupante a nivel mundial ya que en menos de un año de su aparición se reportaron más de 400 000 casos, y entre el 2020 y 2021 aproximadamente 15 millones de personas murieron, ocasionando un exceso de muertes del 84%, las muertes se concentraron en su gran mayoría en Europa, el Sudeste Asiático y las Américas (Naciones Unidas, 2023)

Frente a la realidad que enfrentaba el mundo entero, la opción de generar investigaciones encaminadas a la búsqueda de soluciones efectivas fue una lucha contra reloj, es así que, se generaron alternativas de vacunas, para el 8 diciembre del 2020 se administró la primera vacuna como ensayo clínico y para el 2021 se inició con la vacunación, para finales del año 2022, las diferentes vacunas son administradas como parte del esquema de vacunación entre las marcas están: Pfizer/ BioNTech, AstraZeneca, Janssen, Moderna, Sinopharm,

Sinovac, Bharat, Novavax, Cansino y Valneva, que son vacunas que se autorizaron en los diferentes países, y cuatro de ellas en Ecuador (OPS, 2022).

Según la OPS (2023), la eficacia mostrada por las vacunas frente al COVID – 19, fue hasta un 95 % contra la mayoría de cepas del SARS – CoV- 2, incluida la variante ómicron y sus variantes; considerando el cumplimiento de un esquema completo, que consta de 2 dosis iniciales con un intervalo mínimo de 28 días y las dos dosis de refuerzo, lo que ayudaría a prevenir las complicaciones de dicha enfermedad, la hospitalización y la muerte. A si mismo las vacunas nos ayudan a disminuir la proliferación del virus; Watson et al. (2022) menciona que la vacunación contra la COVID – 19, tiene un gran impacto mundial donde casi llega a los 20 millones de muertes que se evitaron por la acción de la inoculación frente a la enfermedad.

Sin embargo, no todas personas han podido acceder a las vacunas por diversas circunstancias, en el Ecuador el Plan de vacunación fue por fases donde se priorizó al personal de salud quienes estaban en contacto directo con el paciente enfermo, a la fecha se han administrado un total de 39574195 dosis, considerando que el 80,2 % ha completado el esquema, pero el 19,8 % restante no lo ha hecho , y una de las causales son los ESAVI o eventos supuestamente atribuibles a la vacuna que según el Ministerio de Salud Pública (2022) se han notificado 3 582 de ESAVI de un total de 32,6 millones de dosis inoculadas, reportándose 2,4 % ESAVI Grave y 97, 6 % son No Grave.

Como se menciona anteriormente las vacunas generaron un impacto positivo durante la pandemia del VOCID - 19, no obstante, la resistencia del personal de salud frente al esquema completo es una interrogante que debe ser indagada para generar propuestas específicas, por esta razón la investigación se direcciona con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los eventos adversos post - vacunación contra la COVID – 19 en el personal de salud del Distrito de Salud Huaca – Tulcán 2023?

El objetivo general que persiguió la investigación fue:

- Determinar los eventos adversos de los diferentes tipos de vacunas contra la COVID-19, que se presentaron en el personal de salud del Distrito 04D01 San Pedro de Huaca -Tulcán Salud.

Y los Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de cumplimiento del esquema de vacunación contra la COVID-19, en el personal de salud del Distrito de Salud Huaca – Tulcán 2023
- Identificar los eventos adversos graves y no graves post - vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud del Distrito de Salud Huaca – Tulcán 2023.
- Establecer las intervenciones que se realizaron en caso de un evento adverso atribuible a la vacuna contra la COVID-19 en el personal de salud del Distrito 04D01 San Pedro de Huaca -Tulcán Salud.

Materiales y métodos

Enfoque: Este estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que permite medir la magnitud y la frecuencia de los efectos adversos que se presentan en la etapa post vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud.

Tipo: Es descriptiva ya que se describe los afectos adversos de la post vacunación de la COVID-19 en la población que pertenecen al distrito de salud Huaca – Tulcán; según Martínez (2018), la investigación descriptiva “es el procedimiento usado en ciencia para describir las características del fenómeno, sujeto o población a estudiar. Al contrario que el método analítico, no describe por qué ocurre un fenómeno”

Según en el periodo que se va a realizar se determina que es un estudio con diseño transversal donde se analizará los datos de variables recopiladas en un tiempo determinado sobre una población, en nuestra

investigación vamos a determinar las reacciones adversas en el personal de salud en un determinado tiempo.

Población y muestra: Para el estudio se aplicará la fórmula para sacar la muestra, nuestra población general es de 262 profesionales de salud que pertenecen al Distrito 04D01 Huaca – Tulcán Salud y se trabajó con un nivel de confianza de 95% la cual nos da una muestra de 157 personas a estudiar con un margen de error de 5 %.

Métodos: Se uso el método deductivo es decir del tema se desprenden las partes o las variables de estudio

Técnicas: Se aplicó la técnica de encuesta para recolectar los datos de las variables de estudio

Instrumentos: Se elaboró un cuestionario de 20 preguntas cerradas de opción múltiple, para indagar las variables de estudio de eventos adversos y tipo de vacunas, el instrumento fue sometido a criterios de validez de 3 expertos y confiabilidad y objetividad

Consideraciones bioéticas: Se respeta los principios básicos de bioética como la beneficencia, la justicia, No maleficencia y la autonomía. Además, se realizó la socialización y firma respectiva del consentimiento informado a las personas que iban a participar de la investigación, así mismo los datos fueron anónimos y codificados de manera que no se tenían datos de identificación y los mismos fueron usados solo para fines de la presente investigación.

Resultados y discusión

Datos sociodemográficos de la muestra.

La muestra estudiada corresponde al personal de salud del al Distrito 04D01 Huaca – Tulcán Salud, de las cuales en la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas.

Tabla 28.

Características sociodemográficas.

Características de la muestra		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	118	75,2%
	LGBTIQ+	2	1,3%
	Masculino	37	23,6%
Estado civil	Casado/a	40	25,5%
	Divorciado/a	9	5,7%
	Soltero/a	88	56,1%
	Unión libre	20	12,7%
Grupo étnico	Afroecuatoriano	2	1,3%
	Blanco	14	8,9%
	Indígena	2	1,3%
	Mestizo	139	88,5%
Edad	20 a 29 años	98	62,4%
	30 a 39 años	39	24,8%
	40 a 49 años	11	7,0%
	50 años o más	9	5,7%
Cargo	Auxiliar de Farmacia	2	1,3%
	Auxiliar de enfermería	11	7,0%
	Farmacéutico	1	0,6%
	Fisioterapeuta	1	0,6%
	IRE	33	21,0%
	IRM	9	5,7%
	Licenciado/a de Enfermería	41	26,1%
	Médico	27	17,2%
	Nutricionista	1	0,6%
	Obstetra	4	2,5%
	Odontólogo	18	11,5%
	TAPS	9	5,7%

Esquema de vacunación

Tabla 29.

Esquema de vacunación contra la COVID – 19.

Dosis vacunas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	1.3
1 dosis	8	5,1
2 dosis	9	5,7
3 dosis	39	24,8
4 dosis	99	63,1
Total	157	100,0

Con respecto al esquema de vacunación contra la COVID-19, se muestra en la Tabla 24, que el 36,9 % del personal de salud del Distrito 04D01 Huaca – Tulcán Salud no cuenta con un esquema completo de las primeras dos dosis y sus dos refuerzos y solo el 63% cumple con un esquema completo.

Considerando que la vacunación nos protege e interrumpe la proliferación de la COVID-19, y es una forma indirecta de protección a personas que no accedan a la vacunación, es imprescindible que el personal de salud tenga un esquema completo de vacunación; algunos estudios muestran que el nivel de cumplimiento del esquema de vacunación contra la COVID – 19 del personal de salud es igual o mayor al 80% es así que, Hernández et al (2022) y Becker et al (2021) evidencian un alto nivel de cumplimiento de 80% y 87,20 % respectivamente; y reafirman la importancia que tiene su cumplimiento para realizar el trabajo de una forma adecuada y disminuir el riesgo de contagio al momento del contacto con los pacientes, datos que son mayores a los registrados en nuestro estudio.

Tabla 30.

Dosis recibidas por el personal de salud.

	Dosis recibidas					Total	Prueba chi – cuadrado P< 0.05
	Ninguna	1 dosis	2 dosis	3 dosis	4 dosis		
Auxiliar de Farmacia				0,6%	0,6%	1,3%	p= 0.031 *
Auxiliar de enfermería		0,6%	0,6%	0,6%	5,1%	7,0%	
Farmacéutico					0,6%	0,6%	
Fisioterapeuta			0,6%			0,6%	
IRE		1,3%	0,6%	9,6%	9,6%	21,0%	
IRM		1,3%	0,6%	0,6%	3,2%	5,7%	
Licenciado/a de Enfermería			1,3%	5,1%	19,7%	26,1%	
Médico	0,6%		0,6%	5,7%	10,2%	17,2%	
Nutricionista					0,6%	0,6%	
Obstetra			0,6%		1,9%	2,5%	
Odontólogo		0,6%		2,5%	8,3%	11,5%	
TAPS	0,6%	1,3%	0,6%		3,2%	5,7%	
Total	1,3%	5,1%	5,7%	24,8%	63,1%	100,0%	

Haciendo un análisis del personal de salud y las dosis recibidas se evidencia que son los/as licenciados/as de enfermería los que tienen un porcentaje mayor de cumplimiento del esquema de vacunación contra la COVID-19 en un 19,7 %; en relación a los demás profesionales de la salud, además llama la atención que los Internos rotativos de enfermería IRE con aproximadamente 11 % y los TAPS Técnicos de Atención Primaria en salud con 2, 5 % un tengan un porcentaje mayor de incumplimiento del esquema contra la COVID-19, en relación al mismo grupo. De igual forma al aplicar prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de p=0,031 siendo menor al valor p=0,05; por tanto, existe diferencia significativa entre las dosis de las vacunas contra la COVID-19 y las diferentes funciones de los profesionales de la salud que laboran en el Distrito 04D01 Huaca-Tulcán Salud.

Para la OMS (2022), son los trabajadores de la salud quienes tiene mayor riesgo de exponerse a enfermedades graves, de tener complicaciones y de morir, ya que se encuentran en contacto directo tanto con pacientes como con material infeccioso, por tanto, es imprescindible que tengan el esquema de vacunación completo contra enfermedades prevenibles por vacunación, vacunas anuales y vacunación por emergencia.

Así mismo según la OMS (2022) los trabajadores de la salud son "la personas que están involucradas en acciones laborales cuya intención principal es mejorar la salud" por tanto los IRE y TAPS son personal en riesgo; con respecto a los IRE según Farfán et al. (2022), menciona que este grupo de estudiantes trabajadores tiene la función de dar acompañamiento al paciente y la familia aplicando criterios científicos, éticos y morales, por tanto necesitan protección de riesgos laborales y por tanto al ser estudiantes trabajadores dependen de la Institución de educación superior (IES) y del MSP, que deben vigilar y coordinar acciones para prevención de riesgos de salud.

Tabla 31.

Razones esquema incompleto.

	Frecuencia	Porcentaje
Antivacunas	1	0,6
Embarazo	1	0,6
Enfermedad	2	1,3
No protegen contra la enfermedad	1	0,6
Por las reacciones adversas	43	27,4
Por miedo	4	2,5
Porque no creo que sea necesario	6	3,8
No aplica	99	63,1
Total	157	100,0

Entre las principales razones que se presentaron para el incumplimiento del esquema de vacunación contra la COVID – 19 en el personal de salud del Distrito de Salud 04D01 se observa en primer lugar con un 27.4 % la presencia de los efectos adversos que se presentaron al momento de la vacunación, seguido de un 3.8% donde el personal no cree que sea necesario completar el esquema.

Considerando que no todo el personal de salud esta con un esquema de vacunas completo y habiendo una similitud con el estudio realizado en Perú por García et al (2021) donde explica que las reacciones adversas es el segundo factor influyente para el rechazo a la vacunación con un 37.1% seguido de factores como son por miedo y la inseguridad que tiene un menor valor, concuerda con nuestro estudio donde se debería aclarar y motivar al personal de salud para el cumplimiento del esquema haciendo a un lado los motivos por el cual no se realiza.

Eventos adversos

Tabla 32.

Efectos adversos post – vacunación contra la COVID – 19 en el personal de la salud.

Tipos de vacuna	**TIPO DE REACCIÓN**			Prueba chi – cuadrado P< 0.05
	Ninguna	**No graves**	**Grave**	
AstraZeneca	3,1%	30,3%	1,6%	P=0.0001*
Cansino	0,1%	0,6%	0,2%	
Janssen	0,0%	0,1%	0,0%	
Pfizer	3,4%	37,7%	1,5%	
Sinovac	3,5%	17,4%	0,5%	
Total	10,1%	86,1%	3,7%	

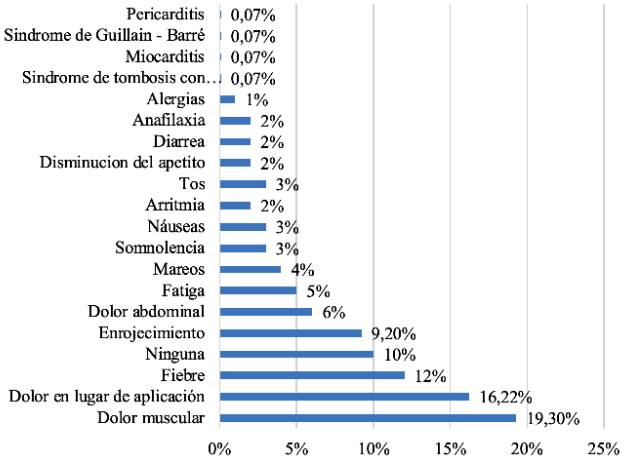
Con respecto a que vacunas presentaron más reacciones adversas graves a nivel del personal de salud del Distrito de salud 04D01 es la marca AstraZeneca con un 1.6% seguida de la vacuna Pfizer con un

1.5%, en cambio a nivel de la presencia de reacciones adversas no graves encontramos a Pfizer con un 37.7% y en segundo lugar a AstraZeneca con un 30%, al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0,0001 que es menor a 0,05 por tanto hay diferencia estadística entre el tipo de reacción y tipos de vacuna, se rechaza la hipótesis nula de igualdad y se acepta la hipótesis alternativa que dice que hay diferentes reacciones adversas con las vacunas administradas.

Los diferentes tipos de vacunas actúan de una forma distinta al ser inoculada en nuestro organismo y presenta diferentes eventos adversos, según el estudio realizado por Castelo et al (2022) donde manifiesta que la vacuna que presenta más eventos adversos no graves es la Pfizer con un 29.36 % asimismo un estudio que se realizó con estudiantes de medicina por Fuertes (2022) nos indica que los eventos adversos por la vacuna Pfizer son muy comunes, con resultados de primera dosis con un 72.6% y a nivel de segunda dosis se disminuye el reporte pero se mantiene alto con un 69.4% dichos resultados coinciden con nuestro estudio donde Pfizer es la vacuna con presencia de eventos adversos.

Figura 26.

Principales reacciones adversas Post vacunación contra la COVID – 19.



Los principales efectos adversos post – vacunación contra la COVID - 19 que se presentaron a nivel del personal de salud del Distrito Huaca – Tulcán salud se evidencia en dos grupos grandes que son efectos adversos graves y no graves, a nivel de No graves encontramos con mayor frecuencia el dolor muscular con 19,30 %, seguido del dolor a nivel de la aplicación con 16,22 % y en un tercer lugar encontramos la fiebre 12 %, que es una reacción fisiológica compleja a la presencia de sustancias para la activación inmunológica provocada por la vacuna (Pinela,2020) estos datos concuerdan con el estudio de Castelo (2022) las principales reacciones adversas presentadas después de haberse colocado la vacuna se encontraron: dolor de brazo con un 31,98 %, dolor de cabeza con un 15,4 % y fiebre con un 13,95 %; además, es necesario destacar la reacción por su gravedad, aunque poco común, de la dificultad para respirar en un 0,6 %.

Conductas frente a ESAVI post – vacunación contra la COVID – 19

Tabla 33.

Conductas frente a evento adverso post – vacunación contra la COVID – 19 en el personal de la salud.

Conductas	Frecuencia	Porcentaje
Acudió a un servicio de salud privado	13	8,3
Automedicación	33	21,0
Cuidados en el hogar	50	31,8
Informó a la Unidad Operativa de Salud - MSP	11	7,0
Ninguna	50	31,8
Total	157	100,0

El personal de salud del Distrito de salud 04D01considero en un valor considerable la realización de cuidados dentro del hogar que representa un 31.8 % seguido de la automedicación con un 21 % la misma que puede enmascarar otro tipo de sintomatología. A nivel de la acción de reportar que es informar a la Unidad Operativa MSP ocupa un bajo valor de 7 %.

Según MSP (2022), el reporte de ESAVI es baja donde se evidencia que más de 30 millones de dosis colocadas solo existieron 3582 notificaciones de los eventos, que corresponden a 0,01 %, esta situación se da porque no hay una notificación de los mismos que se pueda hacer seguimiento a los casos, en el presente estudio se evidencia el motivo de que no se reporte los mismos, y se observa otra acciones como son cuidados dentro del hogar o la propia automedicación.

Conclusiones

- La mayor parte del personal de salud del Distrito 04D01 Salud, cumple con un esquema de 4 dosis sin embargo el personal de salud que no cuenta con el esquema completo es alto y requiere intervenciones encaminadas a la educación y gestión en enfermería.
- Los efectos adversos más comunes fueron los No graves entre ellos el dolor muscular, dolor a nivel de lugar de aplicación y fiebre son los más frecuentes; y son las vacunas de Pfizer y AstraZeneca con más efectos adversos.
- Las conductas más frecuentes frente a los eventos adversos fueron los cuidados dentro del hogar y la automedicación, en contraste con el reporte o informe del mismo a MSP que es considerablemente bajo.

Recomendaciones

- Educar y explicar los beneficios del esquema de vacunación completo contra la COVID-19 y las complicaciones por el incumplimiento.
- Se recomienda que el personal de salud reporte los eventos adversos atribuidos a la Vacunación y seguir el debido proceso, más aún cuando el evento es grave.

- Las recomendaciones para seguir tras un ESAVI deben ser dadas por un profesional de la salud.
- Departamento de Seguridad ocupacional debe hacer seguimiento al tema de vacunación.

Referencias bibliográficas

Allende, L. (2022). *repositorio.ucv.edu.pe*. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/101939/Laura_AM-SD.pdf?isAllowed=y&sequence=1

Becker, M., Balbuena, C., & Samudio, M. (2021). Reacciones adversas post vacunación, y eventual infección por. *Scielo*, 85-95.

BUPA. (2020). *www.bupasalud.com.ec*. https://www.bupasalud.com.ec/salud/coronavirus

Castelo RivasI, W. P. (2022). *Reacciones adversas en personas vacunadas contra la COVID-19 pertenecientes al Recinto.* Santo Domingo de Tsachilas: Informacion Cientifica.

Castelo, W., Carrión, K., Rámirez , K., & Tipanluisa, S. (2022). Reacciones adversas en personas vacunadas contra la COVID-19 pertenecientes al Recinto. *Informacion cientifica*, 1-11.

Farfán, T., & Ordoñez, H. (2022). Rol del Interno Rotativo de enfermería en los procesos de Atención hospitalaria y comunitaria. *Ocronos*, 7-22. https://revistamedica.com/interno-rotativo-enfermeria-procesos-atencion-hospitalaria-comunitari/

Fuertes, J., Madrid, J., Rivas , A., & Ruano, M. (2022). Eventos adversos posteriores a la vacunación contra COVID-19: un estudio de corte transversal. *revista de investigación*, 1-11.

Garcia, F., Barrios , N., Ramos , K., Ortiz , J., Itusaca, N., & Garcia , L. (2021). Aceptación de la vacunación contra la COVID-19 durante la primera ola pandémica en Perú. *CMHNAAA*, 1-2.

Hernandez, F., Martinez, V., & Aparicio, M. (2022). Efectividad de las vacunas contra la. *Comamed*, 167-174.

Martinez, C. (2018). *Investigación Descriptiva: Tipos y carcteristicas.*

MSP. (2022). *Ministerio de salud publica*. Obtenido de Ministerio de salud publica: https://www.salud.gob.ec/en-menos-del-1-por-10-millones-de-dosis-de-vacunas-se-presentaron-esavi-graves-relacionados-con-la-vacunacion-covid-19/

MSP. (2022). *www.salud.gob.ec*.https://www.salud.gob.ec/en-menos-del-1-por-10-millones-de-dosis-de-vacunas-se-presentaron-esavi-graves-relacionados-con-la-vacunacion-covid-19/

Naciones Unidas, O. (2023). *Las muertes por COVID*. Obtenido de https://www.un.org/es/desa/las-muertes-por-covid-19-sumar%C3%ADan-15-millones-entre-2020-y-2021

OMS. (2022). *Guía de implementación para la vacunación de los trabajadores de la salud*. Ginebra. Obtenido de https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules

OPS. (2022). *www.paho.org*. Obtenido de www.paho.org: https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19

OPS. (2023). *www.paho.org*. Obtenido de www.paho.org: https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19

OPS. (s.f.). *www.paho.org*. Obtenido de www.paho.org: https://www.paho.org/es/temas/servicios-salud/esavi-herramienta-electronica-apoyo-para-evaluacion-causalidad

Questionpro. (2021). *www.questionpro.com*. Obtenido de www.questionpro.com: https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/

Watson, O., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A., Winskill, P., & Ghani, A. (2022). www.intramed.net. Obtenido de www.intramed.net: https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=101534

Intervención de enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos

Anyela Jackeline Fuertes López
anyela.fuertes @upec.edu.ec

Roba Amer Al Kontar
roba.al @upec.edu.ec

Introducción

La adherencia terapéutica según López (2019) es “el grado en el que un paciente cumple con las pautas y la medicación prescritas por el médico” (p.3) es decir cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico que el paciente tome la responsabilidad de autocuidado en su salud mejorando sus estilos de vida.

Según Hernández-Quintero *et al* (2021) la prevalencia de la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es el siguiente:

El nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial es bajo, siendo el motivo más frecuente el olvido, la adherencia al tratamiento fue de 47,50 %. La mayor adherencia se situó en el grupo etario de 65 años y más, del sexo femenino con un 31,3 % y el nivel preuniversitario en el 17,5 %. El 39,40 % de adherencia estuvo representada por el esquema terapéutico de monoterapia. El olvido y el sentirse mejor fueron los motivos más frecuentes de no adherencia en un 41,0 y 27,0 %, respectivamente. (p.13).

Por otro lado, la adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, siendo considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por lo tanto, este término engloba responsabilidad de las “dos partes” (Juan, Herrera Sanchez , Rodriguez Miranda , & Legaspi Ortega , 2018)

En un estudio desarrollado en un hospital de la provincia del Azuay, Ecuador (2019) se encontraron los siguientes resultados en la falta de adherencia, los incumplimientos de las indicaciones de tratamiento de los pacientes hipertensos y diabéticos están relacionados con la edad, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, las dimensiones adaptativas y desadaptativas de la identidad de enfermedad. Serrano. A. (2021).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en la Región de las Américas. En el 2019, representaron dos millones de vidas perdidas, es decir, una tercera parte de todas las muertes en la Región.

Además, más de 50 % de las cardiopatías isquémicas y de los accidentes cerebrovasculares son atribuibles a la hipertensión arterial. Debido a que la hipertensión se puede prevenir y tratar por medio de intervenciones relativas al modo de vida y de tratamientos médicos, es un objetivo de importancia para la mejora de los sistemas de atención médica. (Pedro et al., 2022)

La falta de adhesión terapéutica en pacientes hipertensos genera un reto importante para el personal de enfermería quien está en contacto directo con el usuario, familia y comunidad, a pesar de las actividades de seguimiento y control en los pacientes con hipertensión arterial se puede notar que existe un alto índice de abandono al tratamiento antihipertensivo, luego del diagnóstico el paciente pasa por un proceso de asimilación hasta llegar a la concienciación de autocuidado en su salud la responsabilidad en la toma de medicación indicada por el médico y el adoptar estilos de vida que aporten a este tratamiento, por lo que se ha convertido en un tema de gran interés siendo objeto de una gran cantidad de estudios; buscando estrategias que permitan garantizar la adherencia terapéutica en territorio conociendo las causas individuales y colectivas que lo provocan, si bien hay tratamientos antihipertensivos con resultados eficaces no ha sido posible tener controles óptimos en la presión arterial y las crisis hipertensivas se vuelven cada vez más usuales como las complicaciones de una Hipertensión arterial mal controlada.

A nivel mundial, la presión arterial elevada es el factor de riesgo modificable más importante para evitar la enfermedad cardiovascular y para retrasar la enfermedad renal crónica (ERC) terminal. A pesar del amplio conocimiento sobre las formas de prevenir y tratar la hipertensión, la incidencia y prevalencia global de hipertensión arterial y sus complicaciones cardiovasculares no se reducen, en parte debido a deficiencias en la prevención, el diagnóstico y el control del trastorno en un mundo que envejece. (MSP,2019)

Según el INEC (2021) la hipertensión arterial es la séptima causa de defunción sobrepasando los 4000 casos, esta cifra aún sigue siendo preocupante ya que la hipertensión arterial mal controlada genera mayor problema para el sistema de salud, el MSP ha generado diversas estrategias de promoción y prevención de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención pero es muy difícil llegar a la concienciación de la responsabilidad de autocuidado y que se adopte estilos de vida saludables, la población en su gran mayoría acude a las unidades de salud cuando se enferman o se complica su enfermedad.

En el Ecuador, 1 de cada 5 habitantes tienen hipertensión arterial, de lo cual se estima que 12000 personas son hipertensas y 5000 personas sufren de crisis hipertensiva al año catalogándose como la segunda enfermedad de defunciones en el ecuador se estima que 80 % de estas personas hipertensas conocen que la padecen mientras el 20 % mencionan no saber sobre esta patología lo cual se registran 2000 muertes a causa de esta patología. (Flores, 2022)

A pesar de que la Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que cuenta con varios tratamientos efectivos la falta de adherencia terapéutica afecta al control óptimo de la presión arterial y es un factor de riesgo para desencadenar crisis hipertensivas, cardiopatía isquémica, Enfermedad cerebrovascular (ECV), Insuficiencia Renal Crónica, Infarto cerebral, se ha calculado que el 40 % de los casos de infarto agudo al miocardio o de ECV es atribuible a la HTA que ponen en riesgo la vida de la persona y generan discapacidad en la mayoría de los casos. (Anco, L. 2021)

(Ángel, 2020). En el año 2020 se registran 2000 personas con infarto cerebral y de estas 950 mueren, siendo esta la segunda causa de muerte en el Ecuador que afecta a hombres 1 % y en mujeres 2 % que aumentan anualmente la tasa de morbimortalidad en la población, es fundamental reconocer en la población de esta patología ya que puede generar discapacidad en el paciente.

Finalmente, el ámbito local, de acuerdo a los datos proporcionados por el departamento de estadística del Hospital General Luis Gabriel Dávila (H.L.G.D.) del cantón Tulcán, provincia del Carchi; en el año 2022 se atendió a un total de 550 pacientes con Hipertensión arterial, y 325 pacientes con crisis hipertensiva, generalmente debido a que olvidan tomar la medicación correspondiente y algunos desconocen saber que padecen de dicha patología, se estiman 11 muertes a causa de la crisis hipertensiva con diferentes patologías. Se puede finalizar mencionando que en el año 2022 se atendieron a 67 pacientes con infarto cerebral, en el Hospital Luis Gabriel Dávila (H.L.G.D), 17 de estos generaron discapacidad, siendo así una causa común de discapacidad que afecta a la población, 9 pacientes mueren de los 67 y se infiere que el 70 % de estos eran adultos mayores.

Al centro de salud San Francisco asisten 194 pacientes con hipertensión arterial el mayor problema que se ha identificado es la falta de adherencia terapéutica generando crisis hipertensivas y complicaciones en su estado de salud y por lo tanto inciden de forma directa a su calidad de vida, a su economía y por ende genera mayor gasto en la salud pública.

El presente estudió se desarrolló con la finalidad de proponer estrategias de intervención en enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos que asisten al Centro de salud San Francisco, cabe mencionar que en esta unidad no se ha realizado una investigación de este tipo que permita resolver la falta de adherencia terapéutica en mencionados pacientes.

Materiales y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio observacional de campo, cuantitativo, descriptivo, transversal, se consideró los siguientes criterios de inclusión; se incluyeron a todos los pacientes que dieron el consentimiento de participar en la investigación y que asisten al centro de Salud San Francisco al tratamiento de la Hipertensión arterial, un estudio observacional que no repercute ningún peligro para los asistentes en su participación, más bien busca mejorar su calidad de salud y de vida con la propuesta de intervención en enfermería.

La población de estudio corresponde a 194 pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud San Francisco en el 2023, la muestra está representada por 129 pacientes con hipertensión arterial; se realiza un muestreo probabilístico con los datos suministrados por la unidad de salud.

La técnica aplicada fue la encuesta, el instrumento un cuestionario que fue validado por cuatro expertos con el siguiente perfi1 profesional, 1 experto Esp. Medicina familiar y comunitaria labora en el Centro de Salud San Francisco, 1 experto investigador de la UPEC, 1 experto Médico y docente titular Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local, y un 4 experto Docente titular carrera de enfermería UPEC, el puntaje dado por los validadores es de 19/20 puntos.

El instrumento consta de 20 preguntas 8 interrogantes corresponden al Test de Morisky-Green para identificar el nivel de adherencia al tratamiento y 12 preguntas que permiten determinar las causas y factores asociados a la falta de adherencia terapéutica y al abandono al tratamiento por parte de los pacientes, este instrumento es aplicado de forma físico y asistido en la Unidad de Salud a quienes acudieron a control médico y en el domicilio a los pacientes que salieron seleccionados para la muestra, para la tabulación y análisis de datos se utiliza el programa Excel y el programa estadístico Jamovi, la presentación y análisis de resultados se lo hace a través de figuras y tablas de frecuencia, correlaciones entre variables dependientes e independientes.

Resultados y discusión

Se han tomado a cosideración los resultados que aportan al cumplimiento de los objetivos de la investigación y los más relevantes que orientan al diseño de las estrategias de intervención en enfermería para mejorar la adherencia terapéutica antihipertensiva en los pacientes con HTA que acuden al centro de salud San Francisco en el 2023.

En la tabla N 1 se puede evidenciar que el mayor número de pacientes con HTA son adultos y adultos mayores una edad avanzada, el mayor número de pacientes se encuentran en edades de 60 a 75 años de edad (n=57) la edad avanzada puede afectar a la adherencia terapéutica debido al cambio de estilos de vida de los que ya estaban acostumbrados, más se presenta en el sexo femenino con un 57 %, que no está en relación con estadísticas generales en Ecuador que más se presenta en el sexo masculino, la prevalencia de la Hipertensión arterial (HTA) aumenta con la edad y es más prevalente en el sexo masculino que en el femenino a nivel de Ecuador (MSP;2019) En el estudio en la provincia del Azuay Ecuador por Serrano. A. (2021), se encontró que el incumplimiento de las indicaciones de tratamiento de los pacientes hipertensos y diabéticos están relacionados con la edad, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, las dimensiones adaptativas y desadaptativas de la identidad de enfermedad resultados que son similares a la presente investigación.

Tabla 34.

Edad de los pacientes Hipertensos.

Edad	FEMENINO	MASCULINO	Total, general
DE 20 A 39 AÑOS	1	2	3
DE 40 A 59 AÑOS	27	13	40
DE 60 A 75 AÑOS	30	27	57
MÁS DE 75 AÑOS	16	13	29
Total, general	**74**	**55**	**129**

En la Tabla 34 se puede observar que los pacientes viven con la HTA en mayor porcentaje 38 % de 5 y 10 años tiempo que llevan tomando el tratamiento. Las Enfermedades crónico-degenerativas necesitan tratamiento de por vida una vez que se las diagnóstica, los pacientes deben cumplir con el tratamiento terapéutico para evitar complicaciones de cardiopatía coronaria, se ha calculado que el 40 % de los casos de infarto agudo al miocardio o de Enfermedades cerebrovasculares se debe a la hipertensión y se incrementa este porcentaje cuando el paciente abandona el tratamiento. (Conte. Et. al, 2020).

Tabla 35.

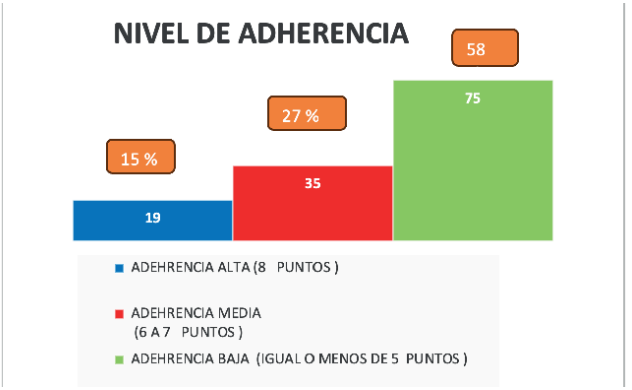
¿Qué tiempo lleva tomando el tratamiento de la Hipertensión arterial?

DE 5 A 10 AÑOS	50	38 %
MÁS DE 10 AÑOS	42	33 %
MENOS DE 5 AÑOS	37	29 %
Total, general	**129**	**100 %**

En la Figura 27 se exponen los resultados del nivel de adherencia que presentan los pacientes con HTA estudiados, *e*l 85 % de la población de pacientes con HTA no tienen adherencia al tratamiento antihipertensivo y solo un 15 % se adhieren al tratamiento terapéutico nivel que ha sido determinado por el test de Morisky, la falta de adherencia en pacientes hipertensos debe ser considerada como un problema de gran magnitud de salud pública ya que afecta de forma directa en la salud del paciente causando un mayor riesgo de presentar Enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, infartos cerebrales, insuficiencia renal crónica generando en muchos de los casos discapacidad o la muerte, que no solo afecta a nivel individual en su calidad de vida sino a nivel familiar, comunitario y mayor gasto público, así lo califica la OMS en el año 2021. En el presente estudio se pudo identificar que es mucho más alta la no adherencia terapéutica

al tratamiento antihipertensivo en un 85 % y la adherencia terapéutica solo es del 15 %, en comparación con otros estudios realizados la no adherencia terapéutica siempre está en mayor porcentaje, en un estudio de adherencia en pacientes hipertensos el 43,9 % de los pacientes se encontraron adheridos al tratamiento farmacológico demostrado por el test de Morisky Green Levine estudio que se realizó en Cuba y si se compara con los resultados del Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) en Argentina, que reportó un 48,1 % de pacientes adheridos al tratamiento mientras que un 51,8 % fueron no adheridos (De Murga, G. 2020).En un estudio desarrollado por Peláez, K. (2021) en adultos mayores de la Península de Santa Elena- Ecuador, el test de Morisky-Green Levine develó la no adherencia en la totalidad de los hipertensos (100 %) puesto que todos se ubicaron por debajo de los 8 puntos establecidos por el instrumento.

Figura 27.
¿Cuáles son sus actitudes en relación con el tratamiento para su enfermedad?



En la Tabla 36 se presentan los resultados del test de Morisky se ha podido evidenciar las actitudes de los pacientes en el tratamiento antihipertensivo el resultado está en que el mayor número de los pacientes estudiados, se olvidan alguna vez de tomar el medicamento para su

hipertensión arterial (n= 91) lo que conlleva a la interrupción del tratamiento y esto afecta al control de la presión arterial, otro factor es que no toma la medicación a la hora indicada (n=67) modificando la acción terapéutica del medicamento, el paciente considera que es demasiado complejo (difícil) cumplir con el horario en que se debe tomar el medicamento (n=66) a pesar que ya lleva algún tiempo de tratamiento se le dificulta habituarse al tratamiento lo que dificulta la adherencia farmacológica. y que son los más relevantes en el estudio. Estos resultados son muy similares a los expuestos por Peláez, K. (2021) donde el 84,8 % afirmaron positivamente que se olvidan de tomar el medicamento y olvidan de tomar la medicación a la hora indicada. A nivel mundial, en el año 2022 se estimó que más de 1280 millones de personas son Hipertensas cabe recalcar qué es importante recordarle a la población los controles de presión arterial y el buen manejo de la medicación. (Beltrán et al, 2022). En el año 2020 se registran 2000 personas con infarto cerebral y de estas 950 mueren, siendo esta la segunda causa de muerte en el Ecuador que afecta a hombres 1 % y en mujeres 2 % que aumentan anualmente la tasa de morbimortalidad en la población complicaciones atribuidas a la hipertensión arterial mal controlada en la mayoría de los casos. (Angel, 2020).

Tabla 36.

¿Cuáles son sus actitudes en relación con el tratamiento para su enfermedad?

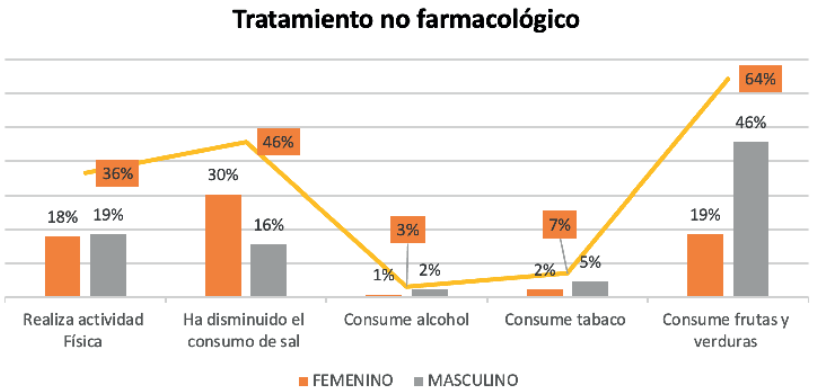
Test de Morisky	**SI**	**NO**
¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento para su hipertensión arterial?	91	38
¿Toma la medicación a la hora indicada?	67	62
Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	45	84
Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar la medicación?	21	108
¿Considera que es demasiado complejo (difícil) cumplir con el horario en que se debe tomar el medicamento?	66	63
¿Ha dejado alguna vez de tomar el medicamento porque se encontraba peor de salud tomándola?	19	110
¿Ha dejado de tomar la medicación porque no le agrada el sabor de la pastilla?	15	114
¿El tomar muchas pastillas le hace olvidarse del medicamento para controlar la Hipertensión arterial?	38	91

En la población de pacientes con HTA que se estudió el 63 % no sigue el tratamiento no farmacológico indicado por el médico, podemos observar los resultados en el gráfico N 2 lo que genera preocupación en su desinterés en el tratamiento de la HTA. El tratamiento farmacológico y no farmacológico tienen vital importancia en el control de la HTA, el seguir las recomendaciones de realizar actividad física solo el 36 % pone en práctica esta recomendación, el 46 % lleva una dieta baja en sal, reducir el consumo de alcohol si es una recomendación que ha sido aceptada de forma afirmativa solo en el 3 % se presenta el consumo de tabaco en un 7 % que es un número mínimo y se presenta más en el sexo masculino, el 64 % consume de frutas y verduras que favorece significativamente, al igual que realizar ejercicio físico reduce considerablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares

La HTA mal controlada es uno de los principales factores de riesgo de ECV, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, enfermedad renal crónica e incluso puede desencadenar la muerte (García, I. et al 2021).

Figura 28.

¿Cuáles son sus actitudes en el tratamiento no farmacológico?

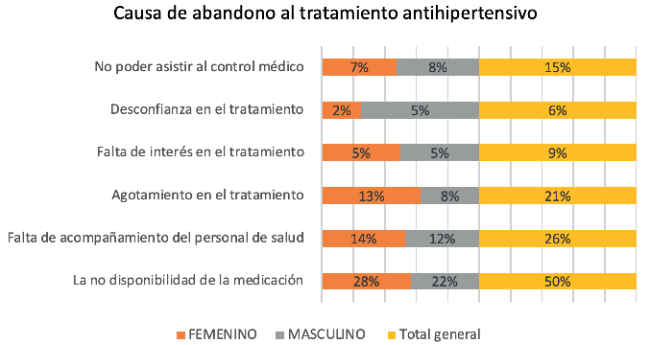


Los motivos más relevantes en la población de estudio del porqué abandonan el tratamiento antihipertensivo radica en un 50 % la no disponibilidad de la medicación manifestada por los pacientes que cuando no hay en el centro de salud no la pueden comprar y

esperan a poder disponer del dinero para continuar con el tratamiento esto en mayor número se presentó en el sexo femenino, seguido por la falta de acompañamiento del personal de salud en un 26 %. La no asistencia al control médico es otra causa de abandono unos pacientes no acuden por falta de tiempo y en otras ocasiones no pueden acceder a un turno cuando acuden al centro de salud, esto hace que no se dé una continuidad a su control de la HTA de manera regular. (Ver Figura 3). Algunos estudios afirman que no poder adquirir el medicamento ni tener apoyo familiar para el cumplimiento de su tratamiento influye en la no adherencia terapéutica, un estudio realizado en Trujillo, Perú (2022) donde pone en evidencia la asociación positiva entre el incumplimiento de la terapia antihipertensiva y los factores socioeconómicos (OR 2.6 IC95 %: 1,47 - 4,48) considerados en este estudio como el apoyo familiar (45,4 %). En el estudio desarrollado por Velásquez A (2022) en Chiclayo los resultados de la no adherencia al tratamiento que involucra al personal de salud se deben a las explicaciones poco comprensibles sobre el tratamiento para el paciente por parte del profesional de salud (49,2 %), la falta de información adecuada de los beneficios del medicamento (35,0 %) se sienten confundidos y sin un acompañamiento por parte del personal de salud resultados que se asemejan a los obtenidos en el presente estudio.

Figura 29.

¿Qué le ha llevado a no cumplir con el tratamiento antihipertensivo?



Propuesta

La falta de adherencia terapéutica en los pacientes con HTA que asisten al centro de salud San Francisco que hicieron parte de este estudio en muy alta por lo que es una preocupación de salud pública a nivel local que amerita intervenciones urgentes que permitan mejorar la adherencia antihipertensiva las mismas que están dirigidas al paciente la familia y el personal de enfermería.

- Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R). Juega un papel fundamental en la prevención, tratamiento y detección oportuna de complicaciones en la HTA. Contar con un protocolo de atención al paciente con HTA en el Centro de salud San Francisco que permita evaluar oportunamente el nivel de adherencia de los pacientes, brindar seguimiento individual y acompañamiento en el tratamiento con la participación de la familia y actores sociales de la comunidad.
- La conformación de grupos de apoyo que promueven la información y capacitación de la responsabilidad de autocuidado y prácticas integrales saludables que permiten mejorar su condición en salud estos grupos están conformados por personal de enfermería, pacientes con HTA y población de riesgo incluyendo familiares, siendo todos corresponsables en el seguimiento y prevención de complicaciones de los pacientes con HTA.
- Guía de cuidado para pacientes con HTA dirigida a los familiares y dirigentes de los diferentes barrios con la finalidad de desarrollar acciones de prevención y acompañamiento es su tratamiento, actuar de manera oportuna ante un problema que pueda presentar el paciente.

Conclusiones

- El 85 % de la población de pacientes con HTA no tienen adherencia al tratamiento antihipertensivo y solo un 15 % se adhieren al tratamiento terapéutico, ha sido determinado por el test de Morisky, 58 % de los pacientes (n=75) de 129 tienen adherencia baja al tratamiento antihipertensivo, el 27 % tienen adherencia media al tratamiento (n=35) y solo el 15 % tienen adherencia terapéutica (n=19).
- El 63 % no sigue el tratamiento no farmacológico solo el 27 % realizan actividad física, el 35 % ha disminuido el consumo de sal, el 49 % consumen frutas y verduras siempre.
- Lo que los ha llevado a no cumplir con el tratamiento antihipertensivo en un 50 % es la no disponibilidad de la medicación, el 26 % manifiestan que la falta de acompañamiento por el personal de salud, el 21 % sienten agotamiento por el tratamiento antihipertensivo y el 15 % el no poder asistir al control médico.
- Los pacientes no son adherentes al tratamiento terapéutico, no cumplen con las indicaciones médicas en general tanto el tratamiento farmacológico y no farmacológico, han abandonado el tratamiento por la no disponibilidad de la medicación en la mayoría de los casos, por lo que es necesario desarrollar estrategias de intervención en enfermería inmediatas dirigidas al personal de salud, a los pacientes con Hipertensión arterial, a la familia y comunidad.

Recomendaciones

- La OMS califica a la falta de adherencia terapéutica una preocupación de gran magnitud por lo que se recomienda tomar en cuenta este enunciado con los resultados obtenidos en la presente investigación donde el 85 % de los pacientes hipertensos

estudiados no tienen adherencia y esto genera un riesgo de presentar crisis hipertensivas, ECV, Infarto cerebral y por ende genera mayor gasto público, es de vital importancia que en el primer nivel de atención en salud se evalúe a los pacientes con HTA mediante el test de Morisky Green Levine para detectar de manera oportuna la falta de adherencia terapéutica y realizar el acompañamiento de acuerdo a los resultados.

- Es de vital importancia considerar en los pacientes Hipertensos realizar seguimiento permanente valorar el nivel de adherencia cada vez que se brinde atención de enfermería se puede utilizar el test de Morisky Green Levine, además cuando se realice atención en el domicilio se realice el conteo de las pastillas para verificar que se esté tomando la medicación, además es importante la medición de la presión arterial, esto permite obtener resultados de manera oportuna de manera individual con la finalidad de concienciar al paciente de la importancia de la responsabilidad de autocuidado en seguir todas las indicaciones médicas tanto del tratamiento farmacológico y no farmacológico para tener un control óptimo de la presión arterial.
- El cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico por parte de los pacientes evita el riesgo de complicaciones en su salud por lo que es imprescindible ser persistentes en el seguimiento de los pacientes hipertensos, generar grupos de apoyo, charlas educativas, visitas domiciliarias, tele enfermería que permitan dar seguimiento continuo y apoyo permanente la intervención de enfermería juega un papel fundamental en la adherencia terapéutica y la prevención de complicaciones en esta patología.
- La familia es un pilar fundamental en el apoyo al tratamiento terapéutico por lo que se recomienda insertar a un familiar como corresponsable del tratamiento quien a nivel familiar sea quien de seguimiento al cumplimiento del tratamiento del paciente hipertenso.
- La Gestión juega un papel fundamental cuando se trata de

recursos económicos algunos de los pacientes dejan de tomar la medicación por la no disponibilidad del medicamento en un 50 % se presenta en la población estudiada, el apoyo de los GAD municipales puede ser una estrategia quienes apoyen al tratamiento del pacientes hipertensos o también que sean apadrinados por personas de la comunidad cuando lo necesiten, tomando a consideración que este problema no solo afecta a nivel individual, sino familiar y comunitario por lo que es importante dar a conocer a la población que la prevención es un compromiso de todos.

Referencias bibliográficas

Coca, A. (20 de febrero de 2018). Clinic Barcelona.https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hipertensionarterial#:~:text=Hipertensi %C3 %B3n %20Grado %201 %3A %20Presi %C3 %B 3n %20sist %C3 %B3lica,o %20igual %20a %20110 %20mmHg.

De Murga G. Sujo, M. Estévez, A. (2020) Adherencia farmacológica en pacientes hipertensos. Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana, Cuba.

Figueroa, A. (06 de Noviembre de 2017). Enfermedades- Hipertensión Arterial. de https://viviendolasalud.com/enfermedades/hipertension-arterial

García, P. (2019). Hipertensión arterial. Sociedad Española de Medicina Interna, 7. Recuperado el 10 de noviembre de 2022.https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/hta-semi.pdf

Guerra, E. H. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión Arterial. Avances en enfermería, 67-75.

Haro Coronel Diana Elisa (2023) Factores que afectan la adherencia al tratamiento antihipertensivo. Repositorio de Investigación Universidad Católica de Cuenca. Cuenca Ecuador

Hernández-Quintero L, Crespo-Fernández D, Trujillo-Cruz L, Hernández-Quintero L, Azcuy-Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay [revista en Internet]. 2021 [citado 2022 Nov 11]; Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973 International Journal of G ood Conscience, 7(3), 131-138.

López, L. (2019). Adherencia terapéutica y dispositivos SPD. Universidad complutense, Madrid.

Marallano, M. G., Lazaro, M. Y. G., & Chauca-Torres, N. (2022). Factores asocicados a la adherencia terapéutica antihipertensiva. Revista Cubana de Medicina, 61.

MSP (2019) Guía de práctica clínica Hipertensión arterial. Quito Ecuador

Pocohuanca-Ancco, L., Villacorta, J., & Hurtado-Roca, Y. (2021). Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 14(3), 316-321.

Peláez Cabrera, Keyla Estefanía (2021). Adherencia terapéutica de fármacos antihipertensivos en adultos mayores que acuden al centro de salud Bastión Popular tipo C, 2020-2021. La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 57p.

Rodríguez Reyes, J. A., Fonseca González, K., Salazar Rodríguez, J. F., & Marrero Martínez, D. (2020). Adherencia terapéutica en hipertensos con incremento matutino de la presión arterial. Revista Cubana de Medicina, 59(3).

Salazar Gavino, S. (2023). Factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-2022.

Comunicación enfermero/a-paciente como indicador de calidad en la atención primaria de salud

María Soledad Jumbo Armijos
maría.jumbo@upec.edu.ec

Ruth Elizabeth Salgado Jiménez
ruth.salgado @upec.edu.ec

Introducción

López (2020) señala que la comunicación humana es un proceso que transmite señales y genera significados. Al momento que un usuario ingresa a un centro de salud se genera un cambio en el bienestar emocional de la persona, quedando a merced del personal de salud por lo que el paciente sentirá la necesidad de comunicarse para solventar dudas, por lo que es importante la forma de comunicarse del personal de salud con el beneficiario ya que esto puede generar confianza o desconfianza, dependiendo considerablemente de cómo se maneje la comunicación.

De forma general la comunicación depende de varios factores tales como: estrés laboral, el cual se origina por largas jornadas profesionales, agotamiento físico que complican una comunicación efectiva y empática. Por ello es de vital importancia, que exista una adecuada comunicación para lograr la adherencia y la colaboración en el proceso de vacunación y además afrontar situaciones que produzcan miedo, ansiedad, inquietud, preocupación y en algunos casos incomodidad e ira (Cabrera y López, 2021, p.25-27).

En la actualidad las instituciones de salud a nivel mundial han generado mayor consciencia acerca de la calidad del cuidado y comunicación entre el personal de salud y usuario, mejorando sus procesos y protocolos de manera técnica y sentida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el nivel y tipo de comunicación

con el usuario es esencial ya que es un indicador de calidad del cuidado y atención en la salud en países desarrollados (Mamani y Oliveda, 2020).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2016 menciona que en países latinoamericanos tales como Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela son necesario la revalorización sobre la importancia de la comunicación entre usuario y enfermero como un eje primordial en la calidad de la atención en enfermería (Delgado y Pérez, 2020)

En el año 2019, el objetivo planteado por el Ministerio de Salud (MSP) en colaboración con la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud fue asegurar la calidad y la eficiencia en la entrega de servicios de salud. Según una investigación llevada a cabo por Fariño et al. en 2018, en la cual se evaluó la comunicación y el trato proporcionado por el personal de enfermería en unidades operativas de atención primaria de salud en la localidad de Milagro, Ecuador, los usuarios expresaron insatisfacción debido a una comunicación ineficaz por parte del personal, lo que generó malestar e incomodidad. En este contexto, se evidencia que el papel desempeñado por el personal de enfermería en términos de comunicación juega un papel fundamental en la gestión de la calidad de los servicios de salud, ya que está estrechamente ligada al usuario y contribuye a brindar un cuidado interpersonal.

En base a lo expuesto anteriormente se genera la necesidad de conocer la calidad de la comunicación que existe entre el personal de enfermería y el usuario, con el fin de identificar aspectos que sean de gran importancia para lograr una mejora en ella, y encontrar soluciones para perfeccionar la comunicación en el servicio de salud ya que incide como factor de calidad dentro del establecimiento.

Avilés, et al., (2018) en España realiza una investigación sobre “Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica”, cuyo propósito fue demostrar la importancia de la comunicación entre el paciente con el personal de enfermería y su evolución en donde se concluyó que el personal de enfermería

necesita una formación específica acerca de cómo manejar una correcta comunicación con el paciente ya que la escucha activa, la comunicación no verbal y la cercanía son factores claves para una comunicación efectiva.

Simonovich, et. al (2021) en Estados Unidos cuya investigación lleva como título "Examinar la comunicación efectiva en la práctica de enfermería durante el COVID-19: Un estudio cualitativo a gran escala" cuyo objetivo fue analizar las experiencias de comunicación durante la primera ola de pandemia ocasionada por el virus COVID-19, concluye que los participantes del estudio identificaron una comunicación efectiva y el impacto positivo que generó por lo que se demuestra que la comunicación segura es fundamental para apoyar al personal de enfermería en períodos de crisis y el contar con políticas, procedimientos innovadores, relevantes que promuevan una comunicación indudable es fundamental para tener una óptima práctica de enfermería preservando la calidad de atención al paciente.

En la investigación elaborada por Ortiz (2020) en San Luis Potosí, México titulada "Utilidad de una estrategia educativa en el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable; comunicación efectiva de la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades (CAPCE), en atención médica continua de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) N°. 47" la cual tuvo como objetivo demostrar la importancia de una estrategia educativa relacionada con la comunicación segura donde se evidencia que al aplicar una estrategia de educación acerca de la comunicación en un grupo de médicos mejora el trato y satisfacción de los pacientes indicando un aumento de la calidad del servicio de salud ofertado.

Con la misma perspectiva Huapaya Solano, (2020) realizó su investigación titulada "Empatía del profesional de enfermería del servicio de hospitalización de un hospital de Lima, 2020" en donde se aplicaron los cuatro patrones de conocimiento de una estudiante de enfermería con su paciente en el área hospitalaria los cuales son conocimiento teórico, práctico, ético y empático, analizando los sentimientos emergentes en la relación enfermero-paciente donde se

concluye que el análisis las actitudes y aptitudes en el cuidado de las personas genera pautas para mejorar la comunicación entre enfermero-paciente y abordar patrones en el currículo de estudio del profesional de enfermería para dar respuestas emocionales que permitan lograr empatía con el paciente y su familia (p.231)

Del mismo modo, la investigación realizada por Espinoza, et. al., (2010) en Montevideo, Chile titulada "Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa" cuyo propósito analiza mediante investigación bibliográfica como se efectúa la comunicación entre paciente crítico adulto y profesionales de enfermería, se concluye que existe una necesidad de mejorar las habilidades de comunicación del personal de enfermería para generar una comunicación eficiente con el paciente y su medio, actuando como agentes de cambio para fortalecer el cuidado de manera holística y humanizada (p.37).

En Ecuador el acceso a una salud de calidad es un objetivo del Plan Nacional de Desarrollo por lo que es imprescindible mejorar la comunicación entre el personal de salud y pacientes ya que esto permite una oportuna atención para mejorar los servicios de Salud. el objetivo de esta investigación es proponer estrategias para lograr una comunicación efectiva entre enfermero-paciente en el servicio de vacunación del Centro de Salud N°1 Tulcán para proponer un plan de intervención que permita prevenir riesgos, problemas y mejorar la calidad en la comunicación aumentando la comodidad y seguridad del paciente. logrando cumplir con los estándares de certificación de calidad en la atención al paciente.

La interacción que desempeña el paciente y la enfermera es fundamental para otorgar cuidados con calidad y calidez. Por tal razón, dentro de las funciones sustantivas de las universidades y facultades formadoras de profesionales de enfermería y las entidades que requieren recursos humanos en esta profesión, se evidencia la importancia de la profundización de los conocimientos en comunicación para aportar en los procesos de la calidad de atención.

En la práctica de enfermería en la atención primaria de salud, la interacción entre el enfermero y el paciente juega un papel fundamental. Se pueden identificar diversas formas de comunicación que tienen un impacto en esta relación. La comunicación intrapersonal se refiere a la reflexión interna y la percepción de emociones, comportamientos y autoimagen. Es esencial que los enfermeros sean conscientes de sus propias emociones y pensamientos para establecer una comunicación efectiva con los pacientes. La comunicación interpersonal involucra el intercambio de significados y experiencias entre el enfermero y el paciente. Esto abarca desde la negociación y la expresión de ideas hasta la resolución conjunta de problemas y la toma de decisiones.

La comunicación transpersonal se relaciona con aspectos espirituales y puede tener influencia en el cuidado de enfermería, especialmente en contextos religiosos o espirituales. La comunicación no verbal, que incluye gestos, expresiones faciales, tono de voz y movimientos corporales, también comunica mensajes importantes. Interpretar estas señales de manera precisa es crucial para comprender las necesidades y emociones del paciente. La comunicación centrada en el paciente implica asegurar la adhesión al tratamiento, la seguridad y la calidad del cuidado. Esto requiere escucha activa y tener en cuenta las preferencias y necesidades del paciente.

La comunicación terapéutica implica utilizar habilidades terapéuticas, brindar educación, apoyo emocional y establecer una relación de ayuda para fomentar la salud y el bienestar del paciente (Navarro et al., 2019). Además, existen principios generales para lograr una comunicación efectiva en enfermería:

- Claridad y concisión: Utilizar un lenguaje claro y organizado para transmitir información de manera precisa y comprensible.
- Escucha activa: Prestar atención y mostrar un interés genuino en lo que el paciente está expresando.
- Retroalimentación constructiva: Brindar comentarios positivos y sugerencias de mejora de manera respetuosa.
- Uso de medios apropiados: Utilizar los canales de comunicación adecuados para cada situación.

- Manejo de conflictos: Abordar los desacuerdos de manera constructiva, buscando soluciones y compromisos.
- Cultivar empatía: Considerar los sentimientos y necesidades del paciente para comunicarse de manera respetuosa y comprensiva (Muro y Ramírez, 2018).Principio del formulario

En conjunto, una comunicación efectiva entre enfermeros y pacientes en la atención primaria de salud contribuye a la calidad del cuidado y a una relación terapéutica sólida.

La débil comunicación efectiva entre enfermeros y pacientes puede llevar a diversos riesgos y desafíos que impactan negativamente en la calidad de la atención y la relación terapéutica. En primer lugar, errores en el tratamiento pueden surgir debido a malentendidos sobre las instrucciones, dosis de medicamentos o procedimientos médicos. Esto incrementa la posibilidad de que los pacientes reciban tratamientos incorrectos, comprometiendo su estado de salud (Vivar, 2023).

Otro riesgo es el débil cumplimiento del tratamiento, ya que los pacientes podrían no entender completamente las indicaciones debido a una comunicación deficiente. Esto puede tener consecuencias negativas en su proceso de recuperación y bienestar general. Además, la inexactitud de una comunicación clara puede generar incertidumbre, ansiedad y confusión entre los pacientes y sus familias, dificultando la toma de decisiones informadas y la participación activa en el proceso de atención médica (Lalón Ramo et al, 2019).

La empatía y el apoyo emocional son elementos cruciales en la relación enfermero-paciente, pero una comunicación inadecuada puede dar lugar a la percepción de que los pacientes no están siendo escuchados o comprendidos. Esto puede afectar la confianza mutua y, a su vez, influir en el proceso de recuperación. Además, la comunicación deficiente puede dar lugar a quejas formales y litigios legales por parte de los pacientes insatisfechos con su atención (Cárdenas y Chauca, 2022).

La débil comprensión sobre procedimientos médicos y tratamientos también puede resultar en el inadecuado consentimiento informado de los pacientes. Sin la comprensión completa y consciente de los riesgos y beneficios, socavando la capacidad de toma de decisiones

informadas y autónomas. Por último, en el ámbito educativo de la atención primaria de salud, la comunicación no efectiva puede limitar las oportunidades de educación para los pacientes, dificultando la comprensión de conceptos clave y prácticas de autocuidado (Ortíz et al., 2021).

En resumen, la comunicación no efectiva entre enfermeros y pacientes conlleva riesgos significativos que afectan la atención médica y la relación terapéutica. Los profesionales de enfermería deben esforzarse por mejorar sus habilidades de comunicación para asegurar una atención segura, informada y centrada en el paciente (Pantoja et al., 2021).

Materiales y métodos

Para esta investigación se utiliza una metodología descriptiva cuantitativa observacional y transversal ya que se recopila información detallada y precisa para describir la calidad de la comunicación dentro del Centro de salud N° 1 Tulcán, al implicar el uso de datos estadísticos y comparar variables específicas, como la frecuencia de ciertos comportamientos comunicativos o la percepción del paciente sobre la calidad de la comunicación. Se hace uso de la observación directa de las interacciones entre el enfermero/a y el paciente en el entorno de la atención primaria, se registra, y analiza los comportamientos, el lenguaje corporal, la claridad de la información proporcionada, la empatía y otros aspectos relevantes de la comunicación.

Del mismo modo se recopilan datos en tiempo real, sin seguimiento a largo plazo, se evalúa la comunicación entre el enfermero/a y el paciente en un momento específico, sin considerar los cambios a lo largo del tiempo. La metodología utilizada proporciona una instantánea de la situación actual y permite analizar la relación entre la comunicación y la calidad de la atención primaria en ese momento.

Como instrumento de medición se utiliza un cuestionario validado por tres expertos, aplicado en investigaciones anteriores, se aplica a través de una encuesta. La confiabilidad del instrumento se mide con el estadígrafo Alfa de Cronbach proporcionando un valor global de 0,87 presentando un excelente índice de consistencia interna, permitiendo comprobar que el instrumento es fiable con mediciones estables y consistentes.

El universo corresponde a 60 personas quienes son usuarios del servicio de vacunación del Centro de Salud N°1 Tulcán y 7 profesionales de la salud que laboran dentro del área de vacunación del centro antes mencionado, durante los meses de junio a julio del año 2023.

Los datos recabados se incorporaron a una matriz Microsoft Excel 2017, para el análisis se utiliza programa SPSS versión 15, las herramientas para este estudio son estadígrafos distribución de frecuencias, media de datos agrupados, promedios y porcentajes. Finalmente, los aspectos éticos considerados en esta investigación fueron consentimiento informado y firmado.

Resultados y discusión

Figura 30.

Resultados de la encuesta de la comunicación enfermero-paciente con base en perspectiva de las enfermeras/os del Centro de Salud N°1.



En relación con la comunicación con los pacientes, los resultados muestran que solo existe un porcentaje muy por debajo de la mitad de los profesionales enfermeros/as que consideran buena su comunicación con los pacientes. Esta cifra es significativamente más baja en comparación con otros estudios similares. Espinoza, *et al* (2021) encuentra que el 80 % de las enfermeras evaluaron positivamente su comunicación con los pacientes en un centro de salud similar al Centro de Salud N°1 Tulcán. Esta diferencia sugiere que en el Centro de Salud existe un problema específico en la calidad de la comunicación entre las enfermeras/os y los usuarios.

Un posible factor que podría contribuir a esta diferencia en los resultados es la débil capacitación recibida y escasos recursos utilizados en comunicación para los profesionales de enfermería. Otros autores han demostrado que la capacitación en habilidades de comunicación puede mejorar la calidad de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios (Alba et al., 2018). Es de vital importancia considerar que la capacitación sea en comunicación y proporcionen recursos necesarios para desarrollar estas habilidades y destrezas en esta área del conocimiento.

Igualmente, casi la mitad de los enfermeros/as encuestadas afirman que los pacientes participan en la toma de decisiones sobre sus cuidados y que la institución les brinda facilidades. Sobre lo mencionado Elers y Gibert (2016) afirman que la participación del paciente en la toma de decisiones se considera un aspecto esencial de la atención centrada en el paciente y se ha relacionado con una mayor satisfacción y cumplimiento del tratamiento.

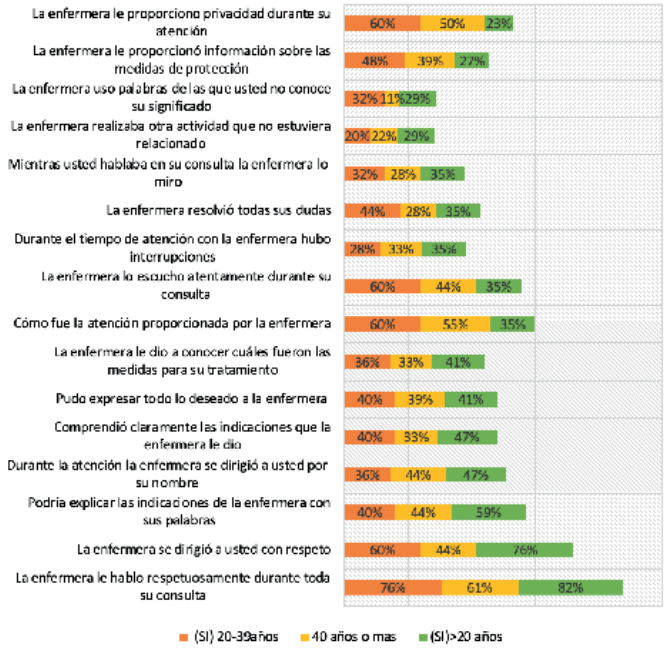
Asimismo, más de la mitad de los enfermeros/as encuestados afirman que sus necesidades de comunicación con el paciente son cubiertas como por ejemplo medidas preventivas y efectos secundarios al aplicar las vacunas correspondientes. A esto (Gijón y Vigil, 2019) concluye que es importante que los enfermeros/as se sientan respaldados y tengan sus necesidades de comunicación satisfechas para brindar una atención de calidad e informar a los pacientes sobre los posibles efectos secundarios de las vacunas para garantizar la seguridad y la toma de decisiones informada.

Además, la mayoría de los profesionales enfermeros/as muestran un comportamiento positivo al llamar a los usuarios por su nombre y presentarse adecuadamente, obteniendo que este grupo etéreo en correspondencia les

trate con cortesía y respeto. Asimismo, el mismo porcentaje de enfermeros/as afirma contar con un entorno de trabajo cómodo. Aunque no se disponga de comparaciones directas, estos hallazgos resaltan la importancia de establecer una relación empática y respetuosa, así como de contar con un ambiente físico propicio, para lograr una comunicación efectiva y brindar una atención de calidad (Simonovich, et al, 2021). Investigaciones futuras pueden profundizar en estos aspectos y comparar los resultados con estudios previos para tener una comprensión completa de la calidad de la comunicación en la atención primaria y su impacto en la experiencia del paciente y los resultados de salud.

Figura 31.

Resultados de la encuesta de la comunicación enfermero-paciente en base a la perspectiva de los pacientes del Centro de Salud N°1.



Nota. Resultados obtenidos de la encuesta realizada.

En relación con la comunicación desde la perspectiva de los usuarios, los resultados muestran que, en general, existe una alta proporción que perciben que los enfermeros/as les hablan con respeto durante su consulta. Comparando los resultados con otros autores, es importante destacar que los estudios previos sobre la perspectiva de los usuarios y/o pacientes con relación a la comunicación con los enfermeros/as han mostrado resultados similares en términos de la importancia del respeto y la comprensión de las indicaciones. Por ejemplo, un estudio realizado por Saucedo, 2016 encontró que el 70 % de los pacientes percibieron que los enfermeros/as se dirigieron a ellos con respeto durante la consulta. Sin embargo, es necesario destacar que la proporción de usuarios mayores de 40 años que percibieron un trato respetuoso ligeramente inferior. Esto podría indicar la necesidad de brindar una atención enfocada en la población de mayor edad, centrándose en la comunicación respetuosa y adaptada a las necesidades individuales.

En cuanto a la comprensión de las indicaciones, el presente estudio muestra que casi la mitad de los usuarios y/o pacientes en general mayores de 40 años podrían explicar las indicaciones de los enfermeros/as con sus propias palabras. Estos resultados están en línea con los hallazgos de un estudio realizado por Cabrera de Idrogo y López Chávez, (2021), en el cual se encontró que el 42 % de los pacientes afirmaron poder explicar las indicaciones de manera comprensible. Estos hallazgos sugieren que existe una proporción significativa de pacientes que tienen dificultades para comprender completamente las indicaciones proporcionadas por los profesionales de enfermería. Esto pudiera ser debido a diversos factores, como la terminología médica compleja, la escaza claridad en las explicaciones o el escaso tiempo para aclarar dudas (Pereira et al, 2023).

Es importante destacar la importancia de una comunicación efectiva y comprensible entre los profesionales de enfermería y los usuarios y/o pacientes, especialmente en relación con las indicaciones y recomendaciones de tratamiento. Una comunicación clara y

comprensible es esencial para garantizar la comprensión adecuada de las instrucciones, para fomentar la adherencia, el autocuidado y la participación activa.

Igualmente hay que tener en cuenta que cada estudio puede tener diferencias en cuanto a la población de pacientes, el entorno de atención médica y los métodos de evaluación utilizados. Estas diferencias pueden contribuir a las variaciones en los resultados. Además, es necesario considerar que la percepción de los pacientes sobre la comunicación y la atención puede estar influenciada por factores individuales y contextuales.

No se identifican errores metodológicos evidentes en la presentación de los resultados. Sin embargo, es importante mencionar que la evaluación de la comunicación se basa en la percepción subjetiva de los pacientes, lo que puede estar influenciado por diversos factores, como el estado de ánimo o las experiencias previas.

Con base a lo expuesto anteriormente se propone líneas estratégicas con sus respectivas acciones a tomar y el objetivo de esta para mejorar la comunicación enfermero- paciente en la siguiente tabla.

Tabla 37.
Líneas estratégicas y actividades para la mejora de la comunicación enfermera /paciente.

Línea Estratégica	Acciones/Actividades	Objetivos
Fortalecer en el personal de enfermería para mejorar la comunicación enfermero-paciente	1. Brindar capacitación en habilidades de comunicación efectiva	- Mejorar la calidad de la comunicación entre enfermero -paciente
	- Identificar las habilidades de comunicación clave a desarrollar, como escucha activa, empatía, claridad y asertividad	
	- Diseñar programas de capacitación que incluyan tanto aspectos teóricos como prácticos	
	- Realizar talleres, cursos o sesiones de capacitación con la participación activa del profesional de enfermería	
	2. Realizar talleres de empatía y escucha activa	- Establecer una relación empática con los usuarios y/o pacientes.
	- Proporcionar ejercicios y dinámicas para practicar habilidades de empatía y escucha activa	
	- Fomentar la reflexión sobre la importancia de la empatía y la escucha activa en la comunicación enfermero-paciente	
	3. Proporcionar recursos y materiales de apoyo para la comunicación	- Facilitar la comunicación clara y efectiva con los usuarios y/o pacientes.
	- Crear guías y folletos con pautas para una comunicación efectiva	
	- Desarrollar herramientas digitales, como aplicaciones o videos explicativos, que ayuden a mejorar la comunicación	

Línea Estratégica	Acciones/Actividades	Objetivos
Mejorar la participación del paciente y/o usuario en el plan de cuidados de vacunas	1. Implementar estrategias de educación para usuarios y/o pacientes	- Incrementar la participación activa del usuario y/o paciente en la toma de decisiones relacionadas con las vacunas
	- Realizar sesiones educativas para informar a los usuarios sobre las vacunas, su importancia y beneficios	
	- Proporcionar materiales educativos claros y accesibles, como folletos o videos explicativos	
	2. Promover la toma de decisiones compartidas entre enfermeros y usuarios	- Fomentar la autonomía y la participación del usuario en su auto cuidado de vacunas
	- Facilitar un diálogo abierto y respetuoso entre los profesionales de enfermería y el usuario y/o paciente, donde se discutan las opciones y se tomen decisiones de manera conjunta.	
	- Proporcionar información completa y objetiva sobre las opciones de vacunación, sus beneficios y posibles efectos secundarios	
	3. Desarrollar herramientas de información y consentimiento informado	- Garantizar que los usuarios y/o pacientes estén debidamente informados sobre las vacunas y sus beneficios.
	- Crear formularios de consentimiento informado claros y comprensibles	
	- Brindar explicaciones detalladas sobre el procedimiento de vacunación, los posibles efectos secundarios y las medidas de seguridad	

Línea Estratégica	Acciones/Actividades	Objetivos
Fomentar el lenguaje claro y conciso entre enfermero-paciente	1. Establecer directrices para el uso de un lenguaje claro y sencillo	- Mejorar la comprensión de las indicaciones y explicaciones del profesional enfermero por parte del paciente y/o usuario.
	- Desarrollar un glosario de términos médicos y técnicos comunes y proporcionar alternativas más sencillas y comprensibles	
	- Promover el uso de frases cortas y simples, evitando jerga médica	
	2. Proporcionar capacitación en comunicación basada en lenguaje sencillo	- Promover una comunicación efectiva y comprensible entre enfermero-paciente.
	- Impartir talleres o cursos de comunicación centrados en el uso de un lenguaje claro y conciso	
	- Realizar ejercicios de simulación y práctica de la comunicación con enfoque en el lenguaje sencillo	
	3. Implementar estrategias de retroalimentación y evaluación	- Identificar áreas de mejora en la comunicación enfermero-paciente y realizar ajustes necesarios
	- Realizar evaluaciones periódicas de la comunicación enfermero-paciente, recopilando comentarios y retroalimentación de los pacientes	
	- Brindar oportunidades de capacitación continua y retroalimentación individualizada para mejorar las habilidades de comunicación	

Conclusiones

- Existe una percepción generalizada de una débil calidad de la comunicación entre los enfermeros/as y los usuarios y/o pacientes en el Centro de Salud N°1 Tulcán, en comparación con otros estudios similares. La escasa capacitación y recursos en comunicación para los profesionales de enfermería en este centro de salud contribuye a la baja calidad de la comunicación.
- Se evidencia la necesidad de la participación del paciente y/o usuario en la toma de decisiones y la disponibilidad de facilidades de capacitación en comunicación, aspectos resaltados por casi la mitad de los profesionales enfermeros encuestados. Estos hallazgos están alineados con la importancia de la atención centrada en el paciente y su impacto en la satisfacción y el cumplimiento del tratamiento. Se considera adecuada la cobertura de las necesidades de comunicación de los enfermeros/as con los pacientes, como brindar información sobre medidas preventivas y efectos secundarios de las vacunas. Esto es crucial para garantizar la seguridad y la toma de decisiones informada por parte de los pacientes.
- Los enfermeros/as muestran un comportamiento positivo en aspectos clave, como llamar a los pacientes por su nombre, presentarse adecuadamente y contar con un entorno de trabajo cómodo. Estos aspectos son esenciales para establecer una relación empática y respetuosa, y proporcionar una atención de calidad. Los resultados señalan la existencia de dificultades en la comprensión de las indicaciones entregadas por el personal profesional de enfermería a los usuarios y/o pacientes. Esto destaca la importancia de una comunicación clara y comprensible en la transmisión de instrucciones y recomendaciones de tratamiento.

- Cada estudio puede tener diferencias en la población de pacientes, el entorno de atención y los métodos de evaluación utilizados, lo que puede influir en las variaciones en los resultados. Es necesario considerar estas diferencias al interpretar los resultados. No se identificaron errores metodológicos evidentes en la presentación de los resultados, pero se debe tener en cuenta que la percepción de los pacientes sobre la comunicación y la atención puede estar influenciada por factores individuales y contextuales.

Recomendaciones

- Es recomendable evaluar el impacto de programas de capacitación en habilidades de comunicación para enfermeras en el Centro de Salud N° 1 Tulcán y su efecto en la calidad de la comunicación con los pacientes. Además de investigar la influencia de los recursos disponibles para la comunicación en el centro de salud, como material educativo y herramientas tecnológicas, en la mejora de la comunicación enfermero-paciente.
- Realizar un estudio comparativo entre diferentes centros de salud para analizar las diferencias en la calidad de la comunicación entre enfermeros y pacientes y determinar los factores que influyen en estas diferencias. Asimismo, es recomendable explorar las experiencias y percepciones de los pacientes en relación a la comunicación, centrándose en las necesidades y expectativas específicas.
- Finalmente es necesario investigar la efectividad de intervenciones específicas para mejorar la participación del usuario y/o paciente en el plan de cuidados de vacunas y su impacto en la adherencia y resultados de vacunación.

Referencias bibliográficas

Alba-Leonel, A., Fajardo-Ortiz, G., López, E., & Papaqui-Hernández, J. (2018). La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Revista de enfermeria neurológica*, *11*(3), 138-141. https://doi.org/https://doi.org/10.51422/ren.v11i3.144

Aviles Saez, Z., Cara Rodríguez, R., & López Trinidad, L. M. (2018). *Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica= Nursing staff communication with psychiatric pathology patient. Rev esp comun salud.* https://doi.org/ https://doi.org/10.20318/recs.2018.4499

Cabrera de Idrogo, M. C., & López Chávez, M. (2021). *Cuidado enfermero a personas durante la fase preoperatoria en el Servicio de Cirugía. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2018.* Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo . https://hdl.handle.net/20.500.12893/10500

Cárdenas Allaico, J. C., & Chauca Guallpa, E. J. (2022). *Rol de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. Revisión Sistemática.*https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/12951

Delgado, D., & Pérez, V. (2020). Satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermero. *FACSALUD-UNEMI Revista de la Facultad de Salud y Servicios Sociales de la Universidad Estatal de Milagro*, *4*(7), 11-22. https://doi.org/https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol4iss7.2020pp11-22p

Elers Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. d. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista cubana de enfermería*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08640319201600040001 9&script=sci_arttext&tlng=pt

Espinoza, M., Daza, P., Rojas, F., & Vásquez, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 10*(1), 30-43. https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412

Gijón-Alvarado, M., & Vigil, M. (2019). Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. *Enfermería universitaria, 16*(3). https://doi.org/https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.687

Huapaya Solano, S. M. (2020). *Empatía del profesional de enfermería del servicio de hospitalización de un hospital de Lima, 2020.* https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75804

Lalón Ramo, L. M., Moyano Cesen, C. E., & Pagalo Coello, J. M. (2019). *Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama en atención primaria. Ecuador, 2018.* http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5525

Muro, L., & Ramírez, M. (2018). Relación enfermero-paciente hipertenso en la atención primaria de salud. . *Medicentro Electrónica, 8*(3).

Navarro Ferrer, P., Pérez Labrada, B., & Parada López, N. (2019). Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Enfermería, 25*(1).

Ortiz Reyes, M. M. (2020). *Utilidad de una estrategia educativa en el nivel de información del personal médico relacionado con el estándar indispensable; comunicación efectiva del CAPCE, en atención médica continua de la UMF no. 47.* https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7286

Ortíz, E., Cruz, J., Montañez, R., & Buitrago, C. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciência y Cuidado, 18*(1), 94-104. https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7732371

Pantoja, J., Holguín, S., Castillo, V., & Urrea, H. (2021). Factores interculturales que inciden en la atención de enfermería. Centro de salud tipo c venus de valdivia la libertad. *Journal of American Health*, *4*(1), 90-107. https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7732371

Pereira, J., Silva, N., Sampaio, R., R. V., & Carvalho, E. (2023). Estrategias de comunicación enfermero-paciente: propuesta de un video educativo para estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *31*. https://doi.org/ https://www.scielo.br/j/rlae/a/vb765fGtRF6nLdPpLz4LscL/

Saucedo, G. (2016). La comunicación enfermera-paciente: una estrategia para la humanización del cuidado. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *24*(2), 85-6. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/94

Simonovich, S., Spurlark, R., Badowski, D., Krawczyk, U., & Ponder, T. (2021). Examinar la comunicación efectiva en la práctica de enfermería durante el COVID-19: un estudio cualitativo a gran escala. *International Nursing Review in Spanish: Revista Oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 514-525. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8428745

Vivar Melgarejo, G. M. (2023). *Cumplimiento de medidas de bioseguridad en la practica de la enfermeria en la atencion primaria de salud: una revision bibliografica.* https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/14729

Intervención de enfermería en cuidadores de pacientes con discapacidad

Carmen Margoth Toapanta Tipán
carmen.toapanta@upec.edu.ec

Carmen Marlene Potosí Villarreal
marlene.potosi @upec.edu.ec

Introducción

Según la OMS (2020), el l5 % de la población a nivel mundial padece algún tipo de discapacidad sea esta temporal o permanente en algún momento de su vida, para América Latina y el Caribe corresponde al 12,4 %; y a pesar de que, en los últimos años el tema ha pasado a formar parte de las agendas nacionales y mundiales, en la práctica no se ha llegado a cumplir con la perspectiva de abordaje integral desde la esfera física, social y político.

En Ecuador para finales del año 2021 se registran 471 205 personas con discapacidad, de ellas la discapacidad física está en 45.66 %, la discapacidad intelectual 12 %, discapacidad auditiva con el 14 %, discapacidad visual con el 11.54 %, y con discapacidad psicosocial con un 5.55 % (Ministerio de Salud Pública, 2021)

Frente a los datos citados es preciso contemplar los desafíos no solo para persona con discapacidad, sino para su familia, y su entorno, lo que requiere de trabajo, de responsabilidad y compromiso obligando al cuidador informal a mirar la vida de un modo diferente y frecuentemente dejando de lado sus propias necesidades tanto físicas, sociales, emocionales y espirituales.

El cuidado de una persona se viene realizando desde hace mucho tiempo en todas las culturas y en los diferentes grupos sociales, habitualmente son las personas más cercanas, familias directas, madres,

hijos, quienes brindan el cuidado directo dejando a un lado actividades propias de su vida cotidiana. (Ramírez et al.,2018)

En varias ocasiones los cuidadores tienen que abandonar su trabajo, dejar sus actividades sociales, recreativas para asumir roles de cuidado, afrontando roles que cambiaran su estilo y calidad de vida, con mucha frecuencia presentan problemas físicos, psicológicos y sociales, que sobrepasan la capacidad del cuidador. (Guijarro et al.,2022)

Estudios previos muestran que hay problemas en los cuidadores de personas con discapacidad, Gómez (2016) menciona que existe fragilidad en las redes de apoyo del cuidador, acompañada de precariedad económica, complementando Izaguirre (2021), muestra que el agotamiento psicológico y cansancio emocional tienen alta prevalencia entre los cuidadores, así mismo Rodríguez Delgado (2021) hace hincapié en la necesidad de un abordaje desde la familia y el estado psicosocial del cuidador desde una intervención multidisciplinar.

Por esta razón es preciso establecer el rol del profesional de enfermería frente al cuidador de personas con discapacidad, es así que, el problema que se investigó es ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que reducen los factores de riesgo de los cuidadores de personas con discapacidad del Distrito 04D01?, donde el objetivo general fue:

Establecer un Plan de intervención de enfermería para reducir los factores de riesgo de los cuidadores de personas con discapacidad del Distrito 04D01.

Y los Objetivos específicos:

- Identificar los factores de riesgos de salud que tienen los cuidadores de pacientes con discapacidad que pertenecen del Distrito 04D01San Pedro de Huaca- Tulcán
- Determinar la intervención del personal de enfermería del Distrito 04D01, para disminuir los riesgos de un cuidador de personas con discapacidad.
- Plantear estrategias de enfermería para los cuidadores de personas con discapacidad del Distrito 04D01San Pedro de Huaca- Tulcán

Materiales y métodos

Enfoque de investigación: Es cuantitativo ya que parte de la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías relacionados al tema de estudio.

Tipo de investigación: Diseño observacional y descriptivo y trasversal mismos que permiten obtener datos exactos relacionados con el problema de estudio.

Instrumento: Cuestionario para profesionales de enfermería con 22 preguntas cerradas de opción múltiple para identificar la variable intervenciones de enfermería, con nivel de confiabilidad 0,88 con Alfa de Cronbach, y validado por expertos. Para la variable Factores de riesgo de cuidadores se aplicó un instrumento validado denominado Escala de sobrecarga y necesidades de apoyo del cuidador con un Alfa de Cronbach 0,9, consta de 12 preguntas, donde valora las consecuencias físicas o emocionales y las necesidades de apoyo (Bermejo, 2017)

Población y muestra: Para la variable intervenciones de enfermería se trabajó con el universo 39 profesionales en Enfermería del Distrito 04D01 Salud y para variable factores de riesgo de cuidadores se trabajó con una muestra de 175 cuidadores de personas con discapacidad que pertenecen al Centro de Salud N°1, el muestreo fue no Probabilístico por conveniencia.

Consideraciones bioéticas: Se consideró los principios bioéticos de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, se usó el consentimiento informado para cuidadores y para profesionales de la salud, los datos fueron codificados y se manejaron de manera anónima y de uso exclusivo para la investigación.

Resultados y discusión

Caracterización de los cuidadores de personas con Discapacidad

Tabla 38.
Características sociodemográficas de cuidadores de personas con discapacidad.

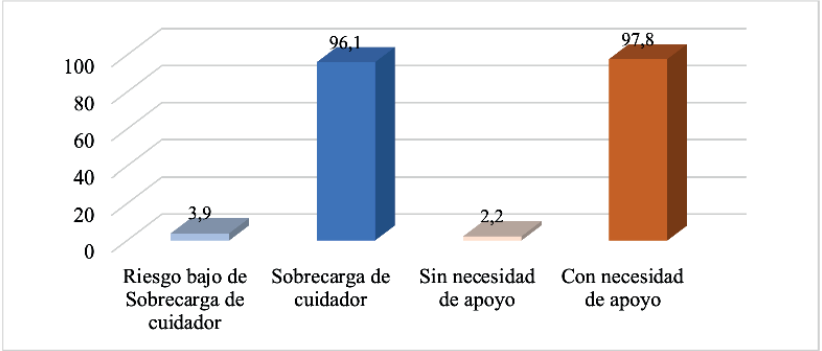
		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	31	17,3 %
	Femenino	148	82,7 %
Estado Civil	Soltera/o	67	37,4 %
	Casado/casada	76	42,5 %
	Unión Libre	30	16,8 %
	Viuda/o	6	3,4 %
	Divorciada/o	0	0,0 %
Instrucción	Primaria incompleta	22	12,3 %
	Primaria completa	77	43,0 %
	Secundaria	69	38,5 %
	Superior	11	6,1 %
Religión	Católica	162	90,5 %
	Cristiana	12	6,7 %
	Otra	5	2,8 %
Nacionalidad	Ecuatoriana	178	99,4 %
	Colombiana	1	0,6 %

En la Tabla 38 se muestra que la muestra tiene un mayor porcentaje de cuidadores de género femenino en un 82, 7 %, así mismo el estado civil casado y soltero tienen mayor prevalencia ya que se encuentra en 42, 5 % y 37, 4 % respectivamente, la mayor parte de cuidadores tienen instrucción primaria y secundaria, el 90 % de cuidadores son católicos y el 99, 4 % son de nacionalidad ecuatoriana.

Factores de riesgo de personas con discapacidad del Distrito 01D04 Huaca-Tulcán Salud.

Figura 32.

Escala de sobrecarga y escala de necesidades de apoyo de los cuidadores.



En la Figura 32 se muestra la Escala de sobrecarga donde se identifica un 96 % de cuidadores con riesgo alto de sobrecarga, y un 97, 8 % de cuidadores que requieren necesidades de apoyo.

Es así que los datos obtenidos son mayores en relación con otros estudios, así por ejemplo Gómez (2019), demostró que el 30,4 % tenían sobrecarga leve y el 35, 7 % sobrecarga intensa, así mismo en un estudio realizado por Cárdenas (2022), menciona que el 52 % de los cuidadores muestran sobrecarga leve y el 16 % padece una sobrecarga intensa, y es preciso realizar una intervención inmediata ya que la salud de los cuidadores está deteriorándose sobre todo en los aspectos de salud mental.

Tabla 39.

Factores de riesgo de personas con discapacidad.

		Frecuencia	Porcentaje
Relación o parentesco con la persona con discapacidad	Hijo/a	48	26,8 %
	Hermano/a	13	7,3 %
	Madre	78	43,6 %
	Padre	6	3,4 %
	Tío/a	15	8,4 %
	Sobrino/a	9	5,0 %
	Esposo/a	5	2,8 %
	Abuela/o	3	1,7 %
	Cuidador formal	2	1,1 %
Tipo de Discapacidad de la persona a su cuidado	Física	82	45,8 %
	Auditiva	20	11,2 %
	Intelectual	47	26,3 %
	Psicosocial	10	5,6 %
	Visual	20	11,2 %
	Otra	0	0,0 %
La persona a su cuidado tiene carnet CONADIS	No	10	5,7 %
	Si	165	94,3 %
Porcentaje de discapacidad	De 30 a 40 %	6	40.1 %
	De 41 a 50 %	3	20 %
	De 51 a 60 %	1	6,7 %
	De 61 a 70 %	1	6,7 %
	De 71 a 80 %	2	20 %

En la Tabla 39 se puede observar que la muestra con relación al parentesco con la persona con discapacidad es la madre con 43.6 %, el tipo de discapacidad física sobresale con 45,8 %, la mayor parte de las personas a su cuidado cuentan con carné de discapacidad en un 94,3 %, el 40,1 % de las personas con discapacidad tienen discapacidad menor a 40 %, el 20 % de 40 a 50 y un 20 % con un grado de 71 a 80 % de discapacidad.

Las personas que generalmente están al cuidado de una persona con discapacidad son mujeres, que tienen parentesco directo (madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida, y por ende asume el rol de cuidador principal. Las estadísticas nos demuestran que son mujeres el 60 % de los cuidadores principales de personas mayores, el 75 % de los cuidadores de personas con discapacidad y el 92 % de los cuidadores de las personas que necesitan atención en los hogares (García Calvente, 2017).

La mayor parte de la discapacidad puede deberse que al existir mayor prevalencia de las enfermedades crónicas se han incrementado los accidentes en donde una persona puede llegar a tener más de una discapacidad y por lo tanto pueden producir varias limitaciones sean estas permanentes o temporales dejando a la persona sea con una discapacidad física, auditiva, Psicosocial, o intelectual. (Cruz, 2017)

Tabla 40.

Inclusión Social de los cuidadores de personas con Discapacidad.

		Frecuencia	Porcentaje
Beneficio por el cuidado de una persona con discapacidad	Bono Joaquín Gallegos Lara	19	10,7 %
	Bono de desarrollo Humano	93	52,5 %
	Ninguno	65	36,7 %
Ingreso económico actual al mes	De 200 a 300 USD	102	56.9 %
	De 400 a 500 USD	18	10.05 %
	Mayor a 500	3	1.67 %
	Menos de 200 USD	39	21.7 %
	Ninguno	17	9.4 %
Familiares que apoyan en el cuidado de la persona con discapacidad	Nunca	18	10,1 %
	Casi Nunca	62	34,6 %
	Ocasionalmente	81	45,3 %
	Usualmente	6	3,4 %
	Siempre	12	6,7 %
Trabajo fuera de su rol de cuidador	No	75	41,9 %
	Si	104	58,1 %

En la Tabla 40 se puede verificar que el beneficio que reciben por el cuidado de una persona con discapacidad es el Bono de desarrollo Humano en un 52 %, a si mismo observamos que cuentan con un ingreso económico de 200 a 300 dólares en un 56,9 %, reciben ocasionalmente el apoyo de un familiar con un 45,3 %, y en su gran mayoría cumplen con un trabajo fuera de su rol de cuidador en un 58,1 %.

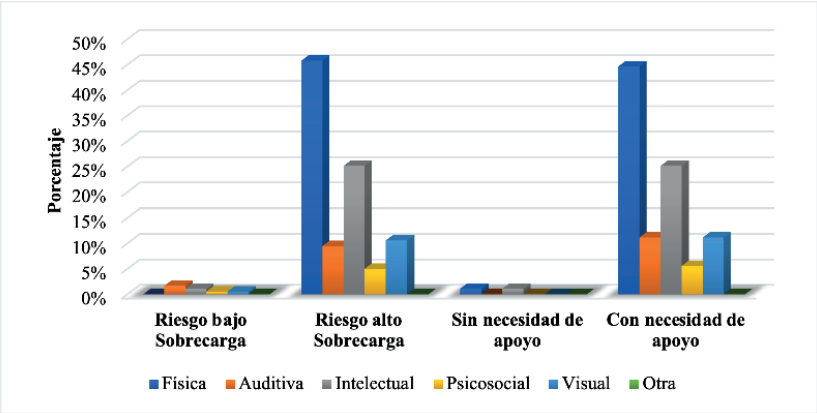
Para relacionar los factores de riesgo y el riesgo de Sobrecarga tanto física como emocional se realizó cruce de variables que se muestran a continuación.

El Ministerio de Inclusión Económica con el fin de asegurar que las personas tengan las oportunidades y recursos necesarios realiza transferencias mensuales para personas con discapacidad y cuidadores de personas con discapacidad severa; El Bono Joaquín Gallegos Lara de 240 dólares mensuales, y el Bono del Desarrollo humano de 50 dólares mensuales los que representan una gran ayuda para poder sustentar parte de sus necesidades básicas como medicamentos, alimentación , entre otros . (Ministerio de Inclusión Económica y Social Ecuador, 2019)

La familias que tienen un integrante con discapacidad independientemente del tipo de discapacidad aprende a adaptarse a los cambios de estilos de vida, por lo general desarrollan niveles de estrés , mediante estudios realizados señalan diferentes variables como el tipo y gravedad de la discapacidad, el grado de dependencia, las demandas del cuidado por parte de la familia, estatus económico, apoyo de la pareja , apoyo social entre otros ,el rol principal asume el cuidador directo recibiendo ocasionalmente la ayuda del resto de la familia, parientes o amigos. (Guevara, 2012)

Figura 33.

Tipo de Discapacidad y riesgo de sobrecarga.



En la Figura 33, se muestra que los cuidadores de personas con discapacidad física tienen mayor riesgo de sobrecarga con un 45 %, seguido de los cuidadores de personas con discapacidad intelectual con un 24 %, lo mismo sucede con las necesidades de apoyo que son los que más necesitan.

Los datos obtenidos se aproximan a los de estudios de Navarrete & Tupe (2023), que en su estudio realizado menciona que los cuidadores de personas con discapacidad física presentaron alta intensidad de sobrecarga en un 39 % y un 22 % de sobrecarga ligera, y en el estudio de Leyva (2022) se encontró que las personas con discapacidad intelectual tienen un nivel alto de dependencia de su cuidador, así mismos necesitan del apoyo permanente para la realización de actividades diarias lo que genera en su cuidador un nivel más alto de sobrecarga.

Tabla 41.

Relación o parentesco con la persona con discapacidad y Escala de sobrecarga de cuidador y Escala de necesidades de apoyo.

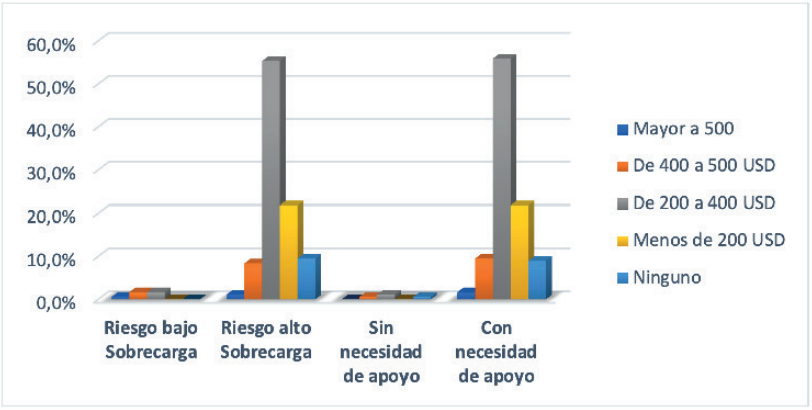
Relación o parentesco	Escala Sobrecarga de cuidador		Prueba de chi cuadrado
	Riesgo bajo	Riesgo alto	
Hijo/a	0,6 %	26,3 %	P= 0,000
Hermano/a	0,0 %	7,3 %	
Madre	0,0 %	43,6 %	
Padre	0,0 %	3,4 %	
Tío/a	1,7 %	6,7 %	
Sobrino/a	0,6 %	4,5 %	
Esposo/a	0,0 %	2,8 %	
Abuela/o	0,6 %	1,1 %	
Cuidadora formal	0,6 %	0,6 %	

En la Tabla 41 se visualiza que la madre es quien tiene mayor riesgo de sobrecarga con un 43,6 % seguido del hijo o hija con un 26, 3 % considerando que existe un valor significativo al aplicar Prueba de chi cuadrado se obtiene un valor de p=0,000 que es menor a p valor de 0,05 por tanto existe diferencia entre la relación de parentesco y la sobrecarga.

Estudio realizado por Arias Reyes (2019), menciona que el perfil del cuidador de personas con discapacidad está relacionado directamente con la figura femenina, específicamente con la madre, esto puede deberse a los patrones culturales tradicionales, y los roles implantados por la sociedad donde el padre tiene un rol de proveedor y la madre de cuidadora, lo que generan en este grupo un elevado nivel de sobrecarga.

Figura 34.

Ingreso económico mensual y Escala de Sobrecarga

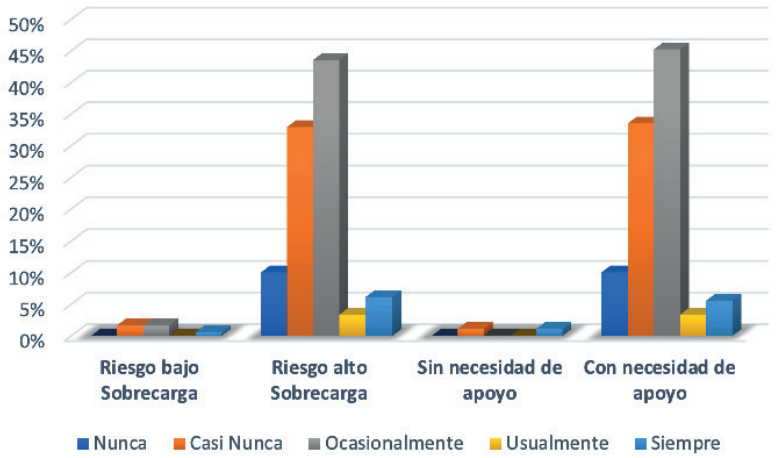


Con respecto a la Figura 34, considerando el nivel de sobrecarga se visualiza que los cuidadores que tienen un ingreso económico menor al básico entre 200 a 400 mensual, tienen un nivel de sobrecarga mayor al 50 % seguido de los de menos de 200 con un 21%. Así mismo las necesidades de apoyo se visualizan en aquellos que menores ingresos tienen.

Cerquera (2016) , menciona que los ingresos económicos de los cuidadores de personas con discapacidad no les alcanzan para satisfacer todas sus necesidades, ya que el cuidado requiere mayores gastos a los comunes, sin embargo, se determinó que no es una variable que influya directamente en la sobrecarga, además es preciso señalar que usualmente los cuidadores de personas con discapacidad no reciben un remuneración por la actividad realizada lo que limita aún más su accionar (Hurtado, 2021)

Figura 35.

Apoyo de familiares en el cuidado y Escala de Sobrecarga.



Con referencia a la Figura 35, se observa que aquellos cuidadores de personas con discapacidad que tienen alto riesgo de sobrecarga son aquellos que nunca, casi nunca y ocasionalmente reciben apoyo de familiares o amigos en el cuidado de los mismos con un 10 %, 33 % y 43,6 % respectivamente, así mismo se evidencia que este mismo grupo es quien mayores necesidades de apoyo tienen.

Con respecto a esto Ruiz (2019) menciona que, la familia cumple un rol fundamental de apoyo al cuidador, y es considerado el principal recurso de apoyo en la labor de cuidar, así mismo Hurtado (2021), menciona que los cuidadores que no reciben apoyo tienen mayor probabilidad de desarrollar malestar psicológico y físico lo que impide cumplir con las actividades de autocuidado y para la persona con discapacidad a su cargo.

Caracterización del personal de enfermería asistencial del Distrito 01D04 Huaca-Tulcán Salud.

Tabla 42.

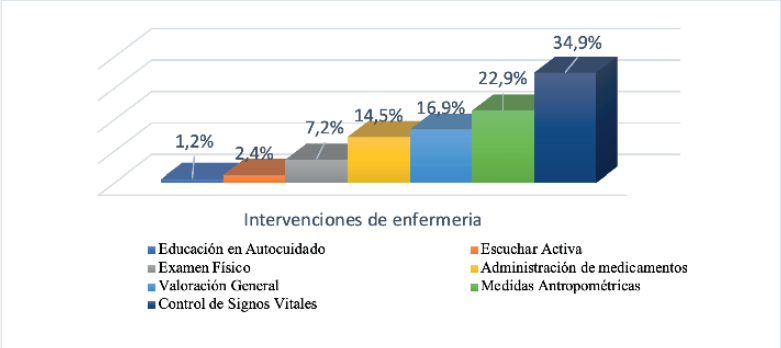
Caracterización sociodemográfica del personal de enfermería.

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	4	10,5 %
	Femenino	34	89,5 %
Edad	Menor de 25	3	7,9 %
	De 26 a 35	20	52,6 %
	De 36 a 45	12	31,6 %
	Mayor de 45	3	7,9 %

En la Tabla 42, se muestra las características del personal de enfermería que intervino en la investigación, así se evidencia que aproximadamente el 90 % de los profesionales de enfermería son mujeres, y más del 50 % son adultos jóvenes.

Figura 36.

Intervenciones de enfermería.



En la Figura 36 se visualiza que las intervenciones de enfermería que se realizan con mayor frecuencia son el control de signos vitales y toma de medidas antropométricas a los cuidadores de personas con discapacidad, con un porcentaje de 34,9 % y 22,9 % respectivamente,

se resalta que las actividades relacionadas a Promoción de la salud incluidas educación, y escucha activa son las que menos prevalencia tienen.

Para Hurtado (2021), los cuidadores que enfrentan dificultades a nivel social, económico, de apoyo y más aún no reciben capacitación están en un gran porcentaje y son los que menor adherencia tienen a intervenciones de ayuda y encuentran menos sentido a bridar cuidados, es así que para Bustillos (2018), las intervenciones grupales son las que mayor impacto tienen en los cuidadores, y el modelo teórico implementado es el de estrés adaptado al cuidado, lo que implica ejecutar actividades dirigidas a optimizar los recursos personales de los cuidadores para minimizar las consecuencias negativas.

Tabla 43.

Conocimientos sobre los pasos para brindar primeros auxilios psicológicos a cuidadores de personas con discapacidad en caso de una crisis.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	0	0
Poco	19	48,7
Medianamente	14	35,9
Suficiente	5	12,8
Mucho	1	2,6
Total	39	100,0

En la Tabla 43 se muestra que el 48,7 % de los profesionales de enfermería mencionan que conocen poco y el 35,9 % conoce medianamente sobre los primeros auxilios psicológicos en caso de una crisis.

El cuidador de una persona con discapacidad atraviesa por un proceso antes de padecer el síndrome de sobrecarga del cuidador ,esto va avanzando conforme pasa el tiempo, en donde influyen factores externos e internos, no existe un tiempo predeterminado con exactitud todo depende del ambiente, en que se desempeña, de la demanda de acuerdo

a la persona a su cuidado y el tipo de discapacidad (Abril Beltrán, 2023) Es por eso que el personal de enfermería que esta al cuidado directo de cuidadores de personas con discapacidad deben identificar y brindar una intervención en crisis inicial, asegurar la seguridad del afectado y después ayudar a la persona a alcanzar un nivel de funcionamiento autónomo adecuado. (Muñoz, 2017).

Propuesta

Una vez realizado la valoración de enfermería en cuanto a factores de riesgo se propone un Proceso de intervención de enfermería grupal para reducir los fatores de riesgo de cuidadores de personas con Discapacidad, enfocado en la inclusión del personal de enfermería como parte del equipo que interviene en el cuidado del paciente con discapacidad, considerando la sugerencia de Bustillos (2018) y Hurtado (2021), donde se evidencia que actividades grupales como: Conformación de grupos de autoayuda donde otro cuidador proporciona consejos y ayuda a otros cuidadores, intervenciones de respiro y relajación, así como la implementación de programas psicoeducativos donde se entrene a cuidadores en habilidades y estrategias para afrontar las situaciones del cuidado, y los programas terapéuticos destinados a la revisión periódica de los cuidadores para identificar diagnósticos físicos o psicológicos y tratarlos a tiempo son intervenciones que tienen mayor impacto.

Es así que se planteó intervenciones que fueron aceptadas por el Centro de Salud N°1 entre ellas podemos citar:

- Formación del grupo de cuidadores de personas con discapacidad del Centro de Salud N°1
- Coordinación de agenda de actividades mensuales
- Valoración integral al cuidador de personas con discapacidad al menos 2 veces al año.

Conclusiones

- Se concluye que el riesgo de salud para un cuidador de personas con discapacidad es alto ya que compromete su salud física o mental de manera directa o indirecta y esto a su vez es susceptible que estas situaciones afecten el cuidado de la persona que tiene bajo su cuidado
- La discapacidad física e intelectual son factores de alto riesgo de sobrecarga.
- Las actividades de enfermería como escucha activa y educación en el autocuidado son intervenciones con menor frecuencia.
- La necesidad de apoyo que tienen los cuidadores de personas con discapacidad orienta a plantear Estrategias de enfermería educo comunicacionales de promoción de la salud en grupo, donde se realice un apoyo en el fomento de estrategias de afrontamiento, conformación de grupos de autoayuda, entre otras actividades.

Recomendaciones

- Se recomienda que se dé continuidad a la investigación de cuidadores de personas con discapacidad, enfocándose en las personas de zonas rurales que no acuden a distrito de salud.

Referencias bibliográficas

Abril Beltrán, R. ,. (9 de junio de 2023). Síndrome de sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad. https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/38778

Arias Reyes, C. &. (2019). Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores de escolares con discapacidad intelectual. *Interdiciplinaria, 36*(1), 257-272. doi:http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v36n1/v36n1a17.pdf

Bermejo, J. V. (2017). Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. *Gerokomos, 28*(3), 116-120.

Bustillo, M. G.-G. (2018). Los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes: una Revisión de las Intervenciones Psicológicas de los Últimos Diez Años. *Clínica y Salud, 29*(2), 89-100. doi:http://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13

Cárdenas, D. (2022). Síndrome de sobrecarga y calidad de vida del cuidador de pacientes con. *Polo del Conocimiento, 7*(1), 702-717. doi:DOI: 10.23857/pc.v7i1.3504

Cerquera Córdoba, A. P. (2016). Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente, 19*(36), 240-251. doi: http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1295

Cruz Ortiz, M. P. (junio de 2017). Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index de Enfermería, 26(1-2),*, págs. 53-57. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012&lng=es&tlng=es.

García Calvente, M. R. (2017). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Escuela Andaluza de Salud Pública.*, págs. 312-9. doi:18(Supl 1)

Gómez, E. ,. (2019). Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad. *Duazary, 16*(1), 67-78. doi:https://doi.org/10.21676/2389783X.2508

Gómez-Galindo, A. M.-F.-E. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Revista de Salud Pública, 18*(3), 367-378. doi:https://doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048

Guevara Benítez, Y. G. (septiembre de 2012). LAS FAMILIAS ANTE LA DISCAPACIDAD. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala., Vol. 15 No. 3*, pág. 1026. Obtenido de www.revistas.unam.mx/index.php/repi

Guijarro Requena, M., Campaña, M., Pulido Lozano, M., Romero, R. & Luque, L. (2022). Mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de personas dependientes mediante talleres educacionales. *Enfermería Global, 21*(65), 43-73. doi:https://doi.org/10.6018/eglobal.478351.

Hurtado Vega, J. C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, *29*(1). doi:https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339

Izaguirre - Bordelois, M. A.-L.-C. (2021). Agotamiento psicológico en cuidadores de personas con discapacidad. *MEDISAN*, *25*(6), 1309-1323. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000601309&lng=es&tlng=es.

Leyva López, A. R.-P. (2022). Estudio de la calidad de vida en cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual. *salud pública de méxico, 6*(4), 397-405. doi:https://doi.org/10.21149/13325

Ministerio de Inclusión Económica y Social Ecuador. (Marzo de 2019). Sistemas de protección social para la reducción de la pobreza y la Desigualdad. 9-11.

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Estadísticas de Discapacidad.* Obtenido de https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/

Muñoz, B. P. (2017). Acercamientos al apoyo psicológico temprano. *Universidad Complutense de Madrid (España), Vol. 15, Nº 3*, págs. 479-505.

Navarrete Llamuca, A. &. (2023). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. *Salud ConCiencia, 2*(2), 14e. Obtenido de http://saludconciencia.com.ar/index.php/scc/article/view/14/11

Organización Mundial de la salud. (15 de agosto de 2020). *Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación del 2019*. Obtenido de Discapacidad: https://www.paho.org/es/temas/discapacidad

Ramírez Calixto, C., & Luna Álvarez, H. (2018). La cuidadora de personas discapacitadas en Ecuador. *Revista Universidad y Sociedad, 10*(3), 98-103. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000300098&lng=es&tlng=es.

Rodríguez Delgado, Y. C. (2021). Características sociodemográficas, del cuidado y nivel de carga en los cuidadores de personas con discapacidad severa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5*(3), 2527-2544. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i3.472

Ruiz Valencia, L. F. (2019). Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Revista Cuidarte, 10*(3), e608. doi:https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608

Programa de intervención educativo de enfermería para mitigar la afectación de los cuidadores de los pacientes hemodializados

Irene Yomayra Tuz Tapia
irene.tuz@upec.edu.ec

Juan Carlos Pilacuán España
juan.pilacuan@upec.edu.ec

Introducción

Esta investigación se centra en la relación del cuidador con el paciente en hemodiálisis, y como esta relación terapéutica afecta la salud mental y física del cuidador debido a que muchas veces las tareas combinadas sobrepasan las capacidades de las personas quienes atienden al paciente.

El cuidado de un paciente se establece a partir de diversas tácticas. Una de estas estrategias es aceptar la situación o lo que se denomina afrontamiento concepto entendido, como cualquier actividad que realiza un cuidador para resolver una situación o problema que se ha presentado, al momento de brindar atención al paciente con hemodiálisis. Por lo que Alcaraz (2019) establece que, los cuidadores son conscientes de que a medida que aumenta el tiempo de la tarea de cuidar, comienzan a experimentar cambios en diversas áreas de su vida, por ejemplo, interrumpen sus actividades diarias para cuidar o estar con sus familiares. Los ajustes que estas enfermeras hicieron durante su cuidado se reflejaron en su vida personal y dinámica familiar.

La calidad de vida de las personas dedicadas al cuidado del paciente en hemodiálisis trae cambios en su vida no solo en el ámbito familiar, sino también social, ya que, con el tiempo, las personas que realizan la tarea de cuidado pueden experimentar cambios en diversas dimensiones, como la forma física, social, financiera, emocional y mental, como resultado de lo cual, el cuidador puede experimentar tristeza, agotamiento, impotencia, entre otros.

A estos cambios, se suman problemas como el aislamiento social y problemas familiares (cambio de rol, rechazo de otros miembros) e incluso problemas económicos (Orozco y Vinaccia, 2018). Todo ello se origina ya que el cuidador es sometido a una elevada carga física, emocional y económica, presentando así altos niveles de estrés, cansancio, enfado y perdida de la paciencia. Con relación al ámbito social, el tiempo que le representa el cuidado disminuye la relación con sus amigos, así como de familiares, debido a que está limitado en su vida social por la exigencia de los cuidados a realizar al paciente en su hogar (Sanhueza, 2017). Cabe señalar que en la mayoría de los casos los familiares asumen esta responsabilidad de cuidado de un paciente hemo dializado, muchas veces padres, esposos o hijas. Desde el punto de vista económico, los pacientes con insuficiencia renal crónica son de nivel bajo y medio, es decir, tienen poca capacidad económica para tratar una enfermedad de estas características, debido al alto costo de los procesos de tratamiento y atención. En este sentido, trata de conocer las fluctuaciones psicológicas, físicas, sociales y económicas que tienen que sufrir los familiares de un paciente en hemodiálisis.

El problema afecta la calidad de vida a través del compromiso con el cuidado del paciente en hemodiálisis, pues el tratamiento deja de socializar y afecta la psicología de los seres queridos que cuidan al paciente.

De igual forma debemos considerar que la capacidad de autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal y tratamiento de hemodiálisis es disminuida, lo que indica que las habilidades y los conocimientos para realizar acciones de autocuidado podrán ejecutar actividades de la vida cotidiana permitiendo adaptarse y afrontar a la enfermedad (Garcia y Racines, 2021).

Los pacientes con enfermedades crónicas tienen una variedad de problemas asociados, incluidos los de naturaleza física que son una consecuencia directa de su enfermedad, como dolor, cambios metabólicos, disnea, movilidad limitada y posible deterioro cognitivo. Además de complicaciones derivadas del tratamiento como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso e impotencia sexual, entre otras. El dolor crónico es un síntoma común de muchas de estas enfermedades. Este es un dolor que dura más de 6 meses y está asociado con dificultades secundarias como cambios en el nivel socioeconómico, desempleo, inseguridad financiera y disfunción en las relaciones (Hernández y Villa, 2018).

En el Ecuador, alrededor de mil personas mueren por año por Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Cada año se suman mil personas a la lista, tres personas mueren diariamente esperando la donación de un órgano, 1.700 anualmente presentan algún tipo de (IRC) y al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante. Sólo el 35 % de los pacientes con problema renal reciben atención; no obstante, 1000 pacientes son beneficiados con el programa del Ministerio de Salud Pública. Además de las afectaciones que sufre el paciente, también se generan afectaciones en el entorno familiar de quienes se encuentran a su cuidado desde la perspectiva psicológica.

Los pacientes de hemodiálisis se caracterizan por graves trastornos del estado de ánimo, que se describen a continuación. Ha sido descrito como neurológico, desinteresado en actividades y emociones durante 2 semanas, y acompañado de malestar importante o disminución del funcionamiento profesional y social. Se observan dificultades con retraso psicomotor, lentitud de movimientos, lentitud de reacciones, lentitud del habla y disminución de la atención, así como también se presenta un cambio en el peso corporal, no hay aumento en la ingesta de alimentos, una disminución en el tiempo total de sueño y, en algunos casos, un aumento en el tiempo total de sueño de 12 horas o más por día. Es así como, este contexto del paciente da lugar una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de las personas a cargo de su cuidado, quienes la mayoría de las veces son familiares de estos, lo cual conduce a la modificación de costumbres, así como valores, lo que a su vez influye en la capacidad de la familia para enfrentar esta realidad. En el aspecto económico los gastos que deben asumirse son altos; además, de la manutención del paciente, lo que genera muchas de las veces exista colisiones entre los miembros de la familia generándose así una disfunción familiar, debido a las ocupaciones de carácter laboral o familiar que cada uno tiene (Romero, 2018).

Uno de los problemas frecuentes en los pacientes en hemodiálisis son los episodios maníacos, ya que estos se vuelven irritables y tienen un estado mental anormal que dura una semana, seguido de ello suele haber un período persistente de estado de ánimo severo, que cambia con el aumento de la autoestima y tiene episodios de manía. Esto conduce a una mayor autoestima, sentimientos de grandiosidad, mayor presión para

hablar demasiado, y menor somnolencia. Por otra parte, se puede presentar episodios mixtos, los que se basan en una duración de una semana que presenta criterios para un episodio maníaco asociado a un episodio depresivo mayor con cambios de humor. Finalmente, se pueden desarrollar episodios hipomaníacos de alrededor de cuatro días, cuyos síntomas son similares a los episodios anteriormente mencionados, pero que suelen ser asintomáticos en determinadas situaciones (Solórzano, 2021).

Es necesario considerar que la atención y cuidado del paciente en su mayoría está a cargo de los familiares, los cuales se convierten en cuidadores, cambiando la matriz relacional. Estos cuidadores deben recibir la capacitación adecuada sobre el proceso de asistencial: alimentación, baño, tratamiento farmacológico, actividades relacionadas con el hogar en la vida personal, y actividades sociales.

Esta situación relacional provoca una sobrecarga y afecta claramente la calidad de vida del cuidador. Los familiares cuidadores de pacientes en hemodiálisis enfrentan muchos factores estresantes en su entorno. Estos factores pueden desencadenar diversas reacciones en el sistema del paciente y provocar una ruptura en la línea de defensa, lo que afectaría la calidad de vida de los familiares que le bridan el cuidado respectivo.

En base a lo anteriormente expuesto este artículo tuvo por objetivo desarrollar un programa de intervención educativo de enfermería, que mitigue la afectación de los cuidadores de los pacientes hemo dializados en la clínica del riñón Menydial de Tulcán desde el aspecto físico y emocional.

Dentro de este marco contextual la relación cuidador paciente origina una serie de consecuencias que afectan sobre todo al cuidador, originando la necesidad de una investigación que nos permita evidenciar cuales son las afectaciones en la parte de la salud mental, así como en la vida social del cuidador.

Es importante generar esta investigación a partir del criterio de (Alcaraz, 2019) en el cual establece que, los cuidadores son conscientes de que a medida que aumenta el tiempo de la tarea de cuidar, comienzan a experimentar cambios en diversas áreas de su vida, por ejemplo, interrumpen sus actividades diarias para cuidar o estar con sus familiares. Los ajustes que estas enfermeras hicieron durante su cuidado se reflejaron en su vida personal

y dinámica familiar, por lo que el actual estudio, establece complicaciones y riesgos en los familiares que desarrollan el cuidado de los pacientes con hemodiálisis provocando daño psicológico físico, social y económico, de esta manera se requiere lograr una mejor condición de vida y enfatizar la importancia que tiene el sustento familiar, frente a una enfermedad de estas características, pues solo con la colaboración y concientización familiar se logra mitigar las afecciones psicológicas físicas, sociales y económicas que padecen los cuidadores de pacientes hemo dializados.

Metodología de la intervención

La modalidad de investigación fue mixta, considerando los paradigmas cuantitativo y cualitativo. El primero permitió recolectar datos y expresarlos en tablas y gráficos de series numéricas, mientras que el enfoque cualitativo utilizó la entrevista directa y la observación participada, obteniendo información sin medición numérica, para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, se basa en métodos de recolección de información no estandarizados (Ramírez, 2018).

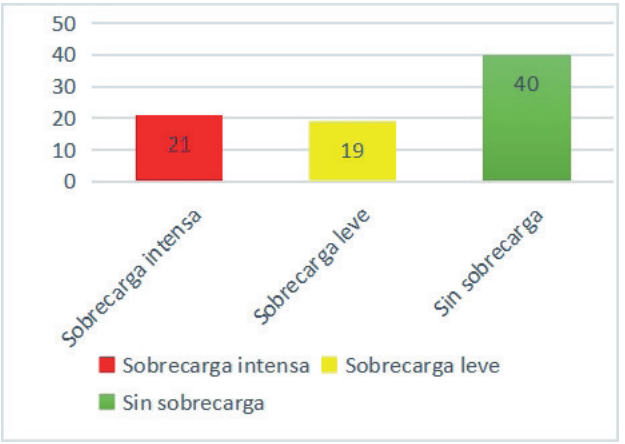
El tipo de la investigación fue investigación descriptiva, la cual busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos o comunidades, procesos, objetos que se someta a un análisis. (Ramírez, 2018).

Es así como esta investigación permitió conocer el comportamiento de los cuidadores de los pacientes de hemodiálisis y con ello tratar de entender el comportamiento de cada cuidador ante el paciente, y sobre todo establecer la dinámica relacional, la cual se construye en el proceso asistencial.

Finalmente, se utilizó la historia clínica como instrumento para el estado actual del paciente hemo dializado a través del análisis de datos registrados en este documento, por lo que se indagó sobre estas y fue requerido el consentimiento informado por escrito por parte del paciente y los cuidadores para obtener la información deseada en el desarrollo de la presente investigación, en el presente estudio a cada paciente se le asignara un código conocido por el investigador.

Resultados de la intervención

Figura 37.
Niveles de sobrecarga en los cuidadores



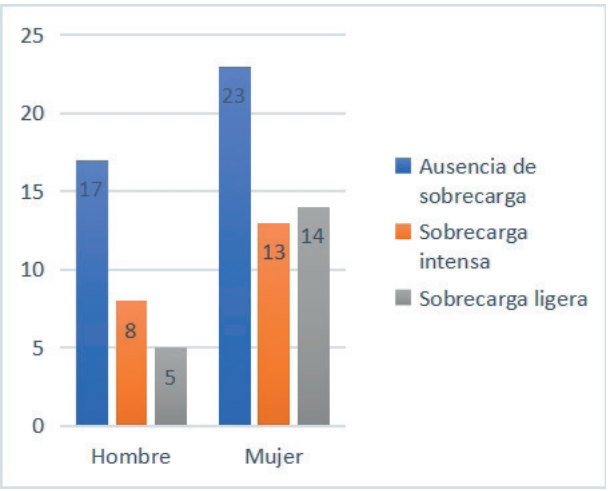
Se pudo observar luego de la aplicación del *test* de Zarit que el 24 % de cuidadores de presenta un nivel de sobrecarga intensa, mientras que existe un 26 % quienes presentan un nivel leve y finalmente el 50 % de ellos no presenta sobrecarga.

Estos resultados evidencian un riesgo para la salud mental tanto para el cuidador como para el paciente en hemodiálisis, ya que la casuística relacional dada en el proceso de asistencia afecta a los dos actores. El cuidador al no estar en plenitud de sus capacidades puede tomar malas elecciones a la hora de ejecutar los cuidados o a su vez su salud mental puede verse afectada en vista de los altos niveles de sobrecarga de funciones hacia los cuales están sometidos, por lo que pueden generarse situaciones que afecten de manera directa o indirecta el bienestar de ambas partes, pudiendo generar efectos como el agotamiento, estrés y ansiedad, aislamiento social, deterioro de salud así como depresión y carga emocional, por lo cual es fundamental que el cuidador del paciente con hemodiálisis reciba apoyo adecuado para

manejar la sobrecarga intensa presentada, mediante grupos de apoyo o servicios profesionales que les permitan concientizarse sobre la importancia de su bienestar, realizando acciones como un descanso debido y actividades enfocadas al apoyo emocional necesario para su salud.

Figura 38.

Niveles de sobrecarga y sexo.

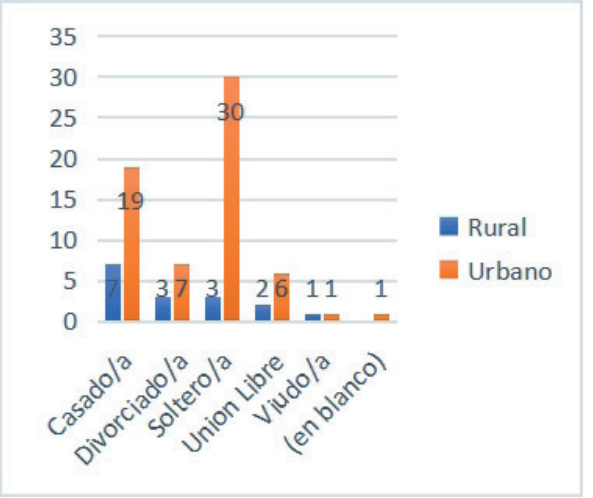


Los niveles de sobrecarga indican que del 26 % de cuidadores, el género femenino es el que ha sufrido mayores complicaciones con respecto a este aspecto, esto en vista que, del total de mujeres, el 26 % (13) de ella presenta sobrecarga intensa, mientras el 28 % (14) exhiben un nivel de sobrecarga ligera, ya que en del total de hombres el 16 % (5) presentan sobrecarga ligera y el 25 % (8) presenta un nivel de sobrecarga intensa. En base a estos datos se puede mencionar que el nivel de sobrecarga en los cuidadores es del 54 % en mujeres y del 41 % en hombres.

Estos datos reflejan el hecho de que en el caso de que las mujeres presenten mayores niveles de sobrecarga se debe a la mezcla de actividades tanto laborales como en el hogar con los cuidados, por lo cual el nivel de exigencia hacia ellas es mayor que en el caso de los hombres.

La mayor parte de cuidadores encuestados son mujeres, mismas que se pueden identificar como el grupo de mayor representación entre quienes realizan los cuidados a los pacientes en hemodiálisis, debiendo hacer frente a las exigencias de sobrellevar el cuidado dirigido hacia su familiar más las actividades diarias de su vida, propias de la cotidianidad de una mujer que esta en este grupo etario. Generando en ellas un nivel de sobrecarga que puede desencadenar en complicaciones o a su vez el desinterés por la ejecución de la atención al paciente. Partiendo de esta premisa podemos observar que no existe diferencias de género en cuanto a la perspectiva de cuidado.

Figura 39.
Estado civil y procedencia.

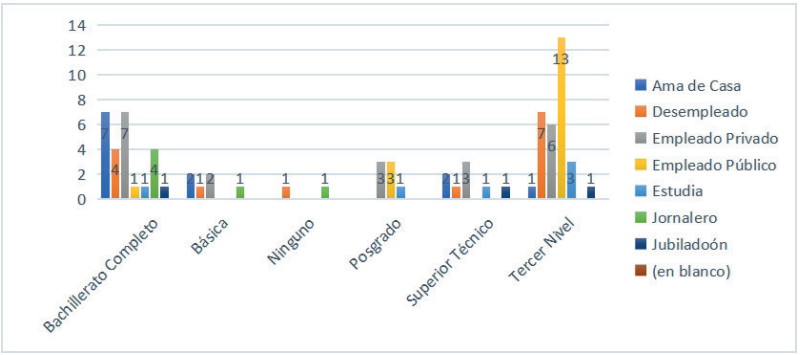


La mayor parte de los encuestados se encuentran en un estado civil soltero, lo cual puede influir en la disponibilidad de recursos, así como el tiempo para la ejecución del cuidado a su familiar, ya que mientras un cónyuge o pareja puede brindar apoyo emocional y compartir las responsabilidades del cuidado, los solteros pueden enfrentarse al desafío adicional de manejar todos los trabajos del cuidado por sí mismo.

Sin embargo, la condición de soltero determina una dinámica en la vida social lo que implica una predisposición permanente para el cuidado del paciente, de hecho, la sobrecarga puede afectar la vida social de estas personas.

Figura 40.

Ocupación y nivel educativo

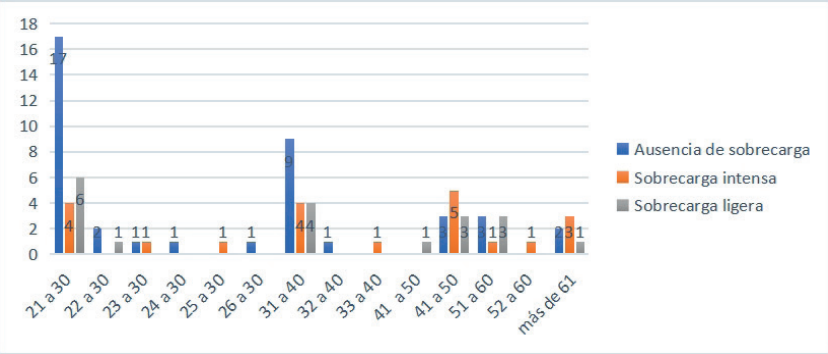


El nivel educativo es de suma importancia a la hora de aplicar de mejor manera las acciones en el cuidado del paciente en el hogar, por lo cual se puede destacar que en su mayoría las personas encuestadas presentan un nivel educativo superior. Sumado al hecho de que gran parte de ellos presentan una ocupación como empleados públicos o privados, mientras en menor medida se encuentran estudiando, estas variables vienen a determinar una influencia directa en el tiempo del cuidado, lo que se puede convertir en uno de los causantes de efectos negativos a la salud mental y física del cuidador.

Esta realidad obliga al cuidador a combinar sus actividades así como responsabilidades cotidianas con la atención a al paciente en su hogar, pueden sufrir una sobrecarga de funciones que originará que ninguna de estas se cumplan de manera satisfactoria, siendo un factor clave para ello la flexibilidad laboral que les pueda brindar el trabajo, en el cual al ser empleados públicos, no les entrega demasiado margen de tiempo disponible, ya que un empelados con horario rígido pueden enfrentar mayores desafíos para atender las necesidades del paciente.

Figura 41.

Niveles de sobrecarga y edad



El grupo etario en el cual se presenta mayores niveles de sobrecarga en los cuidadores es en el de más de 60 años, lo cual pone en manifiesto que a mayor edad el índice de sobrecarga incrementa, ya que mientras en el grupo de cuidadores de 21 a 30, mismo que es el de mayor representatividad con un total de 27, el 15 % de ellos presenta sobrecarga intensa y el 22 % sobrecarga ligera, mientras que en el grupo de 51 a 60 años de los 7 cuidadores, el 14 % presenta sobrecarga intensa y el 43 % muestra sobrecarga ligera, y en el caso de aquellos mayores de 60 años, el 50 % de ellos exhibe sobrecarga intensa.

Estos datos permiten determinar la influencia que existe entre el nivel de sobrecarga y la edad, ya que, a mayor edad, la capacidad física de la persona se ve disminuida, por lo que las necesidades del cuidado combinadas con las actividades cotidianas representan con el paso de los años una exigencia cada vez mayor.

La información estadística obtenida y expuesta en este apartado nos permite proponer un programa de intervención para el cuidador, dicha propuesta toma en cuenta las diferentes variables expuestas en esta investigación.

Discusión

Una vez analizados los resultados del cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes hemo dializados, se pueden destacar los siguientes puntos en relación con las variables más importantes que se han considerado en el análisis.

Uno de los factores a destacar es el concepto de sobrecarga en donde se observa que 21 de los participantes presenta sobrecarga intensa, mientras que 19 presentan sobrecarga leve lo que nos permite afirmar que el 50 % de la muestra entra dentro del concepto de sobrecarga, bajo esta premisa es importante entender que este concepto de sobrecarga es transversal a todos los análisis que se han hecho.

Tomando en cuenta que la gráfica nos muestra que el 26 % de las personas con sobrecarga son mujeres, es importante partir de una interpretación que tenga en cuenta el contexto cultural, ya que a las mujeres se les asigna un rol social asistencial con más carga, por lo que el estilo de vida del cuidador mujer tiene más tareas cotidianas, que el estilo de vida cuidador hombre.

Otra variable importante a discutir viene determinada por el estado civil y procedencia, al respecto se evidencia que existe un alto índice de cuidadores en la parte urbana y de igual manera una prevalencia de la población soltera, esta estadística evidencia que el estilo de vida dentro de la ciudad para un soltero tiene muchas exigencias sociales, que muchas veces se imponen a las exigencias del cuidador , determinando una afectación en el proceso asistencial, por lo tanto el estilo del estilo de vida del cuidador viene afectado directamente y provoca una sobrecarga.

Dentro del estilo de vida del cuidador cumple un aspecto fundamental la ocupación, la cual viene determinada por el nivel educativo; estableciéndose entonces que cuando hay un buen nivel educativo el cuidador pasa a ser un empleado, entonces se intensifica la carga, convirtiéndose el proceso asistencial en una función paralela al trabajo, por lo que la sobrecarga es un resultado. Mientras que otros

elementos a destacar es el hecho que la mayor parte de encuestados presentan un nivel educativo de tercer grado, siendo la principal profesión la de empleados públicos, lo que dificulta la realización de los cuidados hacia su familiar en vista de las responsabilidades propias de su trabajo, situación que de acuerdo con Martínez (2019)

Los cuidadores que están dentro del estudio están dentro de un grupo etario entre los 20 y 35 años en su mayoría, lo que determina que puedan llevar adelante el rol de cuidador, lo cual según Delgado et al. (2019) factores como estado civil, escolaridad, parentesco, tiempo de cuidado son variables que están asociadas a la presencia de sobrecarga, mismas que fueron corroboradas con los resultados de su investigación.

De igual manera los encuestados expresaron su insatisfacción por la falta de tiempo que el cuidado hacia su familiar le genera, situación que puede generar efectos negativos ya que a menudo los cuidadores de este tipo de pacientes enfrentan desafíos tanto físicos como emocionales, mismos que pueden afectar su salud mental, de acuerdo a lo expresado por Andrade y Beltrán (2020) quienes exponen que entre las consecuencias que genera la sobrecarga en el cuidador se encuentran la depresión y ansiedad, ya que el cuidado constante y la preocupación por el bienestar del paciente, sumado a la incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad, así como la carga emocional pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos, a pesar de ello se debe destacar que cada cuidador experimenta efectos distintos con relación a este contexto, por otra parte esto puede afectar también al paciente ya que el cuidador se convierte en el sostén físico, social y psicológico del enfermo, trayendo consigo repercusiones para la salud y su bienestar haciendo indudable la demanda física y emocional de la actividad (Valdes y Rodrígues, 2019).

Finalmente, mediante la aplicación del test de Zarit se pudo destacar que el 24 % de los cuidadores presenta un nivel de sobrecarga intensa, lo cual compromete seriamente tanto su salud física como mental así como la de su familiar bajo el cual está encargado del cuidado, lo cual se relaciona con el trabajo de Prada y Carreño (2022) quienes expresan que frente a la sobrecarga su población de estudio presentó niveles

más altos en las dimensiones impacto y competencias-expectativas, arrojando como resultado que el 45% de ellos presentada sobrecarga intensa, por lo que precisan un mayor apoyo y preparación que permiten fortalecer su habilidad de cuidado en aspectos instrumentales y de conocimientos. Los cuidadores de pacientes en hemodiálisis requieren de mayor preparación para su relación interpersonal con el receptor de cuidados. Complementando a ello se puede destacar que en cuanto a los factores sociodemográficos los grupos en los cuales se presentaba mayor sobrecarga eran en las mujeres (54 %), los mayores de 60 años (50 %), de estado civil casado (38 %), de ocupación empleado público (45 %).

Conclusiones

- La sobrecarga es un riesgo ocupacional dentro del proceso asistencial a personas cuidadores de pacientes hemo dializados, dicha sobrecarga es resultado de una serie de factores que se han considerado dentro de este estudio.
- El estudio muestra de manera concluyente que las mujeres se encuentran muy expuestas a experimentar un proceso de sobrecarga.
- La sobrecarga viene determinada por el rol social del cuidador, en conclusión, el estilo de vida que presenta más exigencias sociales determina el aparecimiento de sobrecarga, sobre todo en la población en la que se ha realizado el estudio que está dentro de los 20 - 35 años.
- Podemos concluir que muchos cuidadores combinan sus actividades con un trabajo formal lo que deja a la actividad asistencial como un segundo trabajo lo cual provoca la sobrecarga.

Recomendaciones

Es recomendable ante todo profundizar más el concepto de sobrecarga en el cuidador, para evitar el primer término que la relación asistencial cuidador - paciente con hemodiálisis se vea deteriorada.

Sin embargo, esta investigación nos permite recomendar el siguiente programa de intervención educativo de enfermería para mitigar la afectación de los cuidadores de los pacientes hemo dializados.

- Es recomendable trabajar en un proceso de capacitación para mujeres cuidadoras, en vista de propiciar una toma de conciencia acerca de la labor del cuidador como un trabajo, por lo que es necesario conocimientos básicos de enfermería que permitan promover un sentido de auto eficacia en las mujeres cuidadoras.
- Dentro del programa es recomendable trabajar con el tema de estilos de vida, generando la posibilidad en el cuidador de entender la autorregulación como un elemento importante para su trabajo.

Referencias bibliográficas

Alcaraz, N. (septiembre de 2019). Obtenido de La trayectoria de cuidado del paciente en hemodiálisis: de la noticia: https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-308.pdf

Andrade, J., & Beltrán, G. (2020). Educación de enfermería enfocada en el afrontamiento y adaptación del cuidador del paciente hemodializado. *Revista Criterios*, *27*(2), 132. doi:https://doi.org/10.31948/rev.criterios/27.2-art6

Arredondo, A., & Jurado, S. (2022). Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. *Psicología y Salud*, *32*(1), 12. doi:https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2706

Barcia, A. (2022). *Universidad estatal del sur de Manabi*. Obtenido de sistema renina angiotensina, riesgo cardiovascular y de infecciones, ACTUALIZACIÓN.: http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3752/1/Barcia.A_%20Sistema%20renina%20angiotensina%2c%20riesgo%20cardiovascular%20y%20de%20infeciones%2c%20actualizacion.pdf

Delgado, G., Borajas, T., & López, V. (2019). Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 32*(4), 112. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252016000400006&script=sci_arttext&tlng=en

Estrada, D. (2019). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodialisis.* Obtenido de https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/32306/EstradaDuranDora.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Garcia, N., & Racines, A. (octubre de 2021). *Ciencia Latina*. Obtenido de Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/830

León, Y., & Ávila, M. (2020). Calidad de vida de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica, 24*(2), 430. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000200422&lng=es&nrm=iso

Martínez, L., & Hernández, M. (2022). Necesidades en cuidadores principales de pacientes hemodializados: un estudio de teoría fundamentadA. *Revista Conrado, 89*(18), 54-64. doi:http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v18n89/1990-8644-rc-18-89-54.pdf

Martínez, L., Fernández, E., & González, E. (2019). Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica, 22*(2), 85. doi: dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200004

Martínez, M., & Garza, E. (2020). Funcionamento familiar, sobrecarga e qualidade de vida no cuidador do idoso com dependência funcional. *Enfermería universitaria, 16*(4), 115. doi:https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615

Organización Panamericana de la salud. (2019). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento.* Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Ramírez. (2018). *metodolgia de la investigación.* Obtenido de https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/index.html

Romero, E. (2018). Obtenido de https://www.redalyc.org/journal/2738/273856494010/273856494010.pdf

Roussey, G. (septiembre de 2017). *Science Direct*. Obtenido de Insuficiencia renal crónica: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1245178917855268

Sanhueza, J. (2017). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Rev Cien Enf, 16*(3), 111 - 120. Obtenido de http://dx.doi.org/10.4067/S0717-

Solórzano, L. (30 de abril de 2021). *Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.* Obtenido de Caracterización de los tras tornos psicoafectivos en pacientes hemodializados que acuden al área de la unidad de diálisis del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo desde junio 2019 a febrero del 2020: http://201.159.223.180/bitstream/3317/16642/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-654.pdf

Valdes, G., & Rodrígues, U. (2019). Sentido personal del rol y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 275. doi:https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126026/349860126026.pdf

Villa, C. (23 de junio de 2020). *Medicentro Electrónica*. Obtenido de Calidad de vida de los familiares principales de pacientes en hemodiálisis: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432020000200422&script=sci_arttext&tlng=pt

Álvarez, L., Estrada, A., Goez, J., Carreño, C., & Mancilla, L. (2013). The effects of socioeconomic status and short stature on overweight, obesity and the risk of metabolic complications in adults. *Colombia Medica*, 146–154. https://doi.org/10.25100/cm.v44i3.1218

Asamblea Mundial de la Salud, 62. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Informe de la Secretaría* (A62/9). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/4148

Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Trejo-Valdivia, B., Shamah, T., Campos-Nonato, I., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Obesity in Mexico, prevalence and trends in adults. Ensanut 2018-19. *Salud Pública de México*, *62*(6), 682–692.

Behavioral Risk Factor Surveillance System Overview. (s/f).

Blüher, M. (2019). Obesity: Global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews. Endocrinology*, *15*(5), 288–298. https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health*, *32*(1), 381–398. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218

Costa, R., Gutiérrez, A., Valdivieso, D., Carpio, L., Cuadrado, F., Nuñez, J., & Vásconez, J. (2018). *Encuesta steps ecuador 2018 msp, inec, ops/oms informe de resultados* (p. 66). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/informe-steps.pdf

Determinantes sociales de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s/f). Recuperado el 17 de junio de 2023, de https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

European Commission. Eurostat. (2013). *European Health Interview Survey (EHIS wave 2): Methodological manual : 2013 edition.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2785/43280

Fernández A., A., Martínez, R., Carrasco, I., & Palma, A. (2017). *Impacto social y económico de la doble carga de la malnutrición: Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/42535

Frank, J., Abel, T., Campostrini, S., Cook, S., Lin, V. K., & McQueen, D. V. (2020). The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5856. https://doi.org/10.3390/ijerph17165856

Freire, W., Waters, W., Rivas, G., & Belmont, P. (2018). The double burden of chronic malnutrition and overweight and obesity in Ecuadorian mothers and children, 1986–2012. *Nutrition and Health*, *24*(3), 163–170. https://doi.org/10.1177/0260106018782826

Freire, W., Waters, W., Román, D., Jiménez, E., Burgos, E., & Belmont, P. (2018). Overweight, obesity, and food consumption in Galapagos, Ecuador: A window on the world. *Globalization and Health*, *14*, 93. https://doi.org/10.1186/s12992-018-0409-y

García, H., & Viera. (2021). Obesidad general y abdominal en mujeres de Hermosillo: Prevalencia y factores de riesgo. *Región y sociedad*, *33*. https://doi.org/10.22198/rys2021/33/1463

Garzón, J., & Aragón, L. (2021). Sedentarismo, actividad física y salud: Una revision narrativa. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, *42*, 478–499.

Global Burden of Disease (GBD). (2014, marzo 29). Institute for Health Metrics and Evaluation. https://www.healthdata.org/gbd

Jimenez, M., Nieves, L., Montaño, A., Betancourt, E., & Mendivil, C. (2020). Association of Overweight, Obesity and Abdominal Obesity with Socioeconomic Status and Educational Level in Colombia. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, *Volume 13*, 1887–1898. https://doi.org/10.2147/DMSO.S244761

Julia, C., Martinez, L., Allès, B., Touvier, M., Hercberg, S., Méjean, C., & Kesse-Guyot, E. (2018). Contribution of ultra-processed foods in the diet of adults from the French NutriNet-Santé study. *Public Health Nutrition*, *21*(1), 27–37. https://doi.org/10.1017/S1368980017001367

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025* (p. 110). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf

Mitchell, C. (2017, enero 18). *OPS/OMS | Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití*. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12911:overweight-affects-half-population-latin-americacaribbean-except-haiti&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Monteiro, L. Z., Varela, A. R., Lira, B. A. de, Contiero, L. C., Carneiro, M. de L. A., Souza, P. de, Nóbrega, J. O. de T., & Júnior, F. B. (2019). Weight status, physical activity and eating habits of young adults in Midwest Brazil. *Public Health Nutrition*, *22*(14), 2609–2616. https://doi.org/10.1017/S1368980019000995

National Academies of Sciences, E., Medicine, N. A. of, Nursing 2020–2030, C. on the F. of, Flaubert, J. L., Menestrel, S. L., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). Social Determinants of Health and Health Equity. En *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573923/

National Health and Nutrition Examination Survey Overview. (s/f).

Obesidad y sobrepeso. (s/f). Recuperado el 17 de junio de 2023, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización Mundial de la Salud. (2021, junio 9). *Obesidad y sobrepeso*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Organización Panamericana de la Salud. (2022, enero 18). *ENLACE: Data Portal on Noncommunicable Diseases, Mental Health, and External Causes*. https://www.paho.org/en/enlace/overweight-and-obesity

Reyes, U., Mesenburg, M. A., & Victora, C. G. (2020). Socioeconomic inequalities in the prevalence of underweight, overweight, and obesity among women aged 20–49 in low- and middle-income countries. *International Journal of Obesity*, *44*(3), 609–616. https://doi.org/10.1038/s41366-019-0503-0

Reynolds, A., Mann, J., Cummings, J., Winter, N., Mete, E., & Te Morenga, L. (2019). Carbohydrate quality and human health: A series of systematic reviews and meta-analyses. *Lancet (London, England)*, *393*(10170), 434–445. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31809-9

Rodríguez Díaz, S. (2013). Consumismo y Sociedad: Una visión crítica del "homo consumens". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, *34*(2), 189–210. https://doi.org/10.5209/rev_NOMA.2012.v34.n2.40739

Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine, 136*, 104754. https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2021.104754

Sánchez, D. (2022). El estigma de la obesidad y su impacto en la salud: Una revisión narrativa. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, *69*(10), 868–877. https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.12.002

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, *374*(9686), 315–323. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7

Vázquez, M., Jiménez, M. E., Moreno, L., Graue, E. O., Guarneros, N., Jiménez, L., & Jiménez, A. (2020). Social determinants for overweight and obesity in a highly marginalized population from Comitán, Chiapas, Mexico. *Salud Publica De Mexico*, *62*(5), 477–486. https://doi.org/10.21149/10691

Vinueza, A., Vallejo, K., Revelo, K., Yupa, M., & Ríofrío, C. (2022). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana. Resultados de la encuesta ENSANUT-2018. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, *12*(2), Article 2. https://doi.org/10.47244/cssn.Vol12.Iss2.656

World Bank Open Data. (s/f). World Bank Open Data. Recuperado el 3 de julio de 2023, de https://data.worldbank.org

Estrategias de intervención de enfermería frente a las probables secuelas del COVID-19

Laura Johana Córdova Guerrero
laura.cordova@upec.edu.ec

Jhon Jairo Parra García
jhon.parra@upec.edu.ec

Introducción

Con la llegada del año 2020 la humanidad fue sorprendida con la presencia de un nuevo virus de origen zoonótico perteneciente a la familia de los coronavirus, a quien por la forma en la que se presentan las proteínas adheridas a la superficie a manera de picos y tomando una forma parecida a la de una corona, se le asignó el nombre de "Corona-virus", nombrado también como SARS-COV-2 o COVID-19, afectando regularmente al sistema respiratorio. De la familia de los coronavirus se desprende una gran variedad de sepas, de ellas hay cuatro géneros importantes que son: alfa, beta, gamma y delta; los tipo alfa y beta infectan a mamíferos como los murciélagos, ganado, animales domésticos y humanos; y las variantes tipo gamma y delta infectan más frecuentemente a las aves y otro tipo de mamíferos. (Díaz et al., 2021)

En cuanto su aparición, la primera vez que se identificó el coronavirus fue en aves de corral en 1937, posteriormente en 1965 se pudo identificar a los coronavirus como responsables de un gran número de enfermedades respiratorias en humanos, pero no es hasta el año 2002 que en el sur de China, se da la primera alerta relacionada con la sintomatología asociada a coronavirus, esta infección fue denominada SARS-CoV, haciendo referencia a las siglas en ingles SARS "Síndrome respiratorio agudo grave", fue el causante de cuadros clínicos con alta mortalidad, su contagio llegó alrededor de veinte y ocho países diferentes; años después en el 2012 surge un nuevo brote en Oriente Medio, afectado

principalmente Arabia Saudita, fue denominado MERS-CoV "Síndrome respiratorio de Oriente Medio", afectando a más de dos mil personas causando la muerte, en este caso se pudo comprobar que el contagio se dio por contacto directo e indirecto con dromedarios o personas infectadas, alrededor del 35% de los infectados tuvieron consecuencias mortales; estos dos SARS-CoV y MERS-CoV son del género beta pero genéticamente diferentes entre sí. (Zapatero y Barba, 2023)

A finales de noviembre de 2019, se identifica el primer caso de neumonía causado por un nuevo coronavirus con origen en el mercado de Huanan de Wuhan, provincia de Hubei (China), también del género beta, inicialmente fue nombrado 2019-nCoV, en febrero del 2020 fue renombrado como SARS-CoV-2 y la enfermedad que causaba se denominó COVID-19. La entidad reguladora de salud, Organización Mundial de la Salud (OMS), el 30 de enero del año 2020 declara al brote del nuevo coronavirus, como una emergencia de salud de importancia internacional, que posteriormente con la aparición de casos en otros países fue declarada una pandemia a nivel mundial.

El COVID-19 se manifiesta con casos asintomáticos o leves hasta casos graves y potencialmente mortales, presenta una amplia variedad de síntomas; los más comunes incluyen fiebre, tos seca, fatiga, dificultad para respirar, pérdida del gusto y del olfato, y dolor muscular. En casos más graves, los pacientes pueden desarrollar neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada y shock séptico. El curso clínico del COVID-19 puede variar y verse influido directamente por los factores de riesgo, como pueden ser una edad avanzada, el sexo, la preexistencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, obesidad, cáncer, inmunosupresión, entre otras. Además, las poblaciones vulnerables como los residentes de asilo de ancianos, casas hogares, trabajadores de la salud, individuos con bajos ingresos económicos o en situación de pobreza pueden verse en la necesidad de enfrontar mayores desafíos en cuanto al acceso de la atención médica, maneras de prevención y el recibir un tratamiento adecuado y oportuno acorde a cada necesidad y grupo poblacional. (Gil et al., 2021)

La pandemia de COVID-19 causada por el coronavirus SARS-CoV-2, ha tenido un impacto sin precedentes en la salud pública, la economía y la sociedad a nivel mundial. Desde su aparición a finales de 2019, se han registrado millones de casos y fallecimientos en todo el mundo, es primordial identificar y analizar el cambio que ha sufrido el Sistema de Salud en estos últimos años y las diversas secuelas que deja este virus en la población, todo esto ha generado una gran preocupación en todos los niveles de atención en salud y ha generado en las autoridades la necesidad de la implementación de medidas de prevención y control que permitan recuperar el bienestar de la población y la estabilización del sistema de salud desde sus diferentes ámbitos.

Pese a todos los esfuerzos desarrollados para minimizar la actividad del virus aún no ha sido declarado endémico en ningún lugar del mundo, debido a que sigue existiendo su transmisión; con diferentes picos de aparición y afección, nuevas sepas y nuevos síntomas que continúan poniendo en riesgo a la comunidad; se conoce que aún no existe un tratamiento específico para el virus, solo ha sido tratado de manera sintomática, por lo que hablar de COVID-19 sigue siendo un sinónimo de riesgo y alarma.

El daño en la salud relacionado a COVID-19, va desde afecciones a órganos como el corazón, pulmones, riñones, cerebro a daño sistémico y multisistémico, y lo que muy pocos hablan un daño en la salud mental; dando la aparición de enfermedades nuevas en el paciente como la diabetes, hipertensión arterial (HTA), cardiopatías, daños en la salud mental como ansiedad, depresión, estrés postraumático, entre otros. La duración de estos efectos sigue siendo desconocida y afecta la calidad de la vida de quienes de alguna manera padecen las secuelas que dejó este virus.

Algunas personas desarrollan una enfermedad leve y se recuperan con rapidez, sin efectos duraderos; sin embargo, los estudios calculan que entre el 10 y el 30 por ciento de las personas presentan problemas médicos nuevos o persistentes meses después de la infección inicial de coronavirus. A esta constelación de síntomas se le conoce como covid persistente o prolongada. (Sheikh y Belluck, 2022)

Los problemas de salud a largo plazo generados por COVID-19 son una situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población en general, el aumento de esta problemática hace que acreciente a la par la demanda en la atención primaria de salud y que ciertas patologías generen un aumento en los costes y un cambio en la priorización del trabajo del personal de salud, creando la necesidad de analizar el perfil de morbilidad actual. El daño multisistémico que provoca el COVID-19 en el organismo siempre será un factor de riesgo para generar algún tipo de secuelas en la salud, entre ellas desarrollar una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), mismas que sin un seguimiento adecuado a futuro desencadenarán diversas complicaciones, a ello se le suma factores desencadenantes como edad, sexo, antecedente vacunal; es importante que la población conozca sobre estos riesgos y los servicios de salud acoplen sus prestaciones a estas necesidades, garantizando la estabilidad de la salud de la comunidad.

Hasta el momento, los estudios existentes se centraron en personas hospitalizadas de 30 a 90 días después del inicio de la enfermedad. Pero las secuelas a largo plazo en pacientes ambulatorios no han sido bien caracterizadas…existe un nuevo término para referirse las secuelas a largo plazo de la infección por SARS-CoV-2: PASC o P-A-S-C (*Post Acute Sequelae of Coronavirus SARS-CoV-2*) (Martínez, 2021)

Durante todo el periodo pandémico se realizó la asignación de recursos físicos y humanos para el control del COVID-19, afectando de gran manera a las otras prestaciones de los servicios esenciales, la falta de recursos suficientes para solventar las necesidades generadas, la falta de medicamentos y de recursos humanos, afectó la estabilidad de los pacientes con enfermedades crónicas; ocasionando en ellos dificultad en el acceso a los servicios y tratamiento, falta personal de salud para un seguimiento médico oportuno y el incrementando los casos de morbilidad. Esto solo por poner un ejemplo del daño causado, ya que esta situación afecta a la población general, causando una influencia directa sobre el perfil de salud, creando la necesidad de reorganizar la prestación de servicios y asegurar su capacidad resolutiva.

Actualmente es un elevado número de personas las que han padecido de COVID-19 y la gran mayoría fue recuperándose de manera favorable, pero existe un grupo importante cuyas secuelas aparentemente dejadas por COVID-19, amerita un seguimiento significativo tras presentar secuelas funcionales, evidenciándose que los individuos recuperados de la enfermedad tienen persistencia de síntomas pese a ser un tiempo ya prolongado del contagio, o que a su vez han generado nuevas patologías anteriormente no existentes en ellos. El síndrome Post-COVID-19 es una realidad que la mayor parte de personas que han padecido la enfermedad presentan, variando acorde la edad, sexo, antecedentes de salud, la estructura y respuesta sanitaria, prevalencia de enfermedades crónicas y la respuesta individual y colectiva a un escenario pandémico, entre otros.

En el Ecuador según cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP) hasta finales del 2022, el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) ha tomado 2’470.170 muestras para RT-PCR COVID-19 de las cuales 732.038 son casos confirmados con pruebas PCR y 34.533 fallecidas (confirmados COVID-19). (Ministerio de Salud Pública, 2022)

Dada la magnitud de la pandemia y como se muestra el impacto que tuvo sobre la población, se genera la necesidad de invertir en el sistema de salud, para ello es importante disponer de un análisis de calidad que permita establecer las pautas sobre las cuales se cimentará las posteriores acciones, es importante tomar en cuenta el número creciente de pacientes que experimentan secuelas tras la infección por COVID-19, es crucial desarrollar e implementar estrategias de intervención eficaces en el ámbito de la enfermería para abordar estas secuelas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. La comprensión de los aspectos clave del COVID-19, incluido su origen, propagación, síntomas y curso clínico, así como los factores de riesgo y poblaciones vulnerables; es fundamental para diseñar las estrategias de intervención de enfermería orientadas al mejoramiento de la calidad de vida y tratamiento de las secuelas del COVID-19. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la atención integral y enfoque multidisciplinario que se requiere para abordar las complejas necesidades de estos pacientes.

Uno de los aportes más importantes del Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, es enfocar su trabajo con una visión que pone como principal actor al ser humano, dando cumplimiento a los derechos de la población, esto le permite accionar en los diferentes ámbitos de la vida, tratando de abarcar al individuo de manera integral. Desde esta perspectiva reconociendo a la salud como un derecho fundamental y garantizado por el estado, se constituye como el principal eje estratégico para el desarrollo del "Buen Vivir", bajo este contexto se requiere acciones efectivas e inmediatas por parte del personal de salud que permitan mitigar las secuelas dejadas por el COVID-19, de esta manera surge la necesidad de optar por distintas medidas de salud, así como también las diversas actividades que permitan una recuperación postpandemia.

La presente investigación aborda un tema de interés para la salud pública y está enfocada en el estudio de las posibles secuelas generadas por el COVID-19 en la salud de quienes lo padecieron, su prevalencia y características sociodemográficas, permitirá analizar y establecer las estrategias de intervención de enfermería sobre este grupo poblacional, con el propósito de que la población que presenta afecciones por COVID-19 a largo plazo, logren una adecuada calidad de vida, procurando satisfacer las necesidades que van desde las físicas hasta las psicológicas. Al identificar y evaluar las intervenciones más efectivas, se espera que este estudio contribuya a la mejora de la atención de enfermería y a la formulación de normativas, políticas o programas de salud basados en la evidencia que aborden las secuelas del COVID-19, es fundamental que se formule el problema de estudio ¿Cuáles son las probables secuelas que deja el contagio del COVID-19, y el cambio en el perfil de morbilidad? en la población adulta y adulta mayor que acuden al Centro de Salud N°1 Tulcán, con base en esta problemática se requiere determinar la prevalencia y frecuencia de las probables secuelas Post-COVID-19; las características sociodemográficas relevantes y se proponga estrategias de intervención de enfermería, que permitan abordar esta problemática contribuyendo al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población adulta y adulta mayor.

Materiales y métodos

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, observacional, descriptivo y ecológico, ya que para la generación de resultados no se utilizó la información del individuo de una forma aislada, sino que se utilizaron datos agregados de toda la población. Describiendo la enfermedad de la población en relación a variables como la edad, sexo, antecedente vacunal e investigando una posible relación entre las enfermedades crónicas y la exposición al COVID-19, obteniendo conclusiones a nivel colectivo basados en datos poblacionales.

Se incluyeron 970 registros de pacientes mayores de 40 años que son la totalidad de la población con resultados de COVID-19 positivo de la población atendida en el Centro de Salud Nº1 Tulcán en el periodo 2020-2022.

Se utilizaron las bases de datos generados por los sistemas RDACAA (Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias), PRAS (Plataforma de registro de atención en salud), Aplicativo COVID-19 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y PAHO-FLU de la Organización Panamericana de la Salud.

Para la identificación de la población en estudio, se realizó una revisión documental utilizando los datos registrados a los sistemas Aplicativo COVID-19 y PAHO-FLU (Organización Panamericana de la Salud- Sistema informático de vigilancia epidemiológica de virus respiratorios y COVID-19) por el Centro de Salud Nº1 Tulcán, segregando solo los pacientes con resultados positivos, es así que de 2145 registros se reduce a 970 casos positivos para COVID-19.

Para la identificar la prevalencia de las posibles secuelas se realizó una revisión de los registros de las atenciones médicas generadas en los años Pre y Post-pandémicos con la finalidad de verificar las modificaciones existentes en los diversos perfiles de morbilidad relacionados con las enfermedades crónicas no trasmisibles con soporte teórico. Es así que se realizó un cruce de datos de los 970 pacientes positivos para COVID-19, con los diagnósticos de primeras atenciones morbilidad en mayores de 40 años de cada año, desde el 2018 al 2022.

Los números de diagnósticos registrados de primeras atenciones morbilidad de la población mayor de 40 años en los cinco años son: Año 2018 un número de 2590, año 2019 un número de 5681, año 2020 un número de 3577, año 2021 un número de 10606, año 2022 un número de 4476.

Población

Pacientes mayores de 40 años, adultos y adultos mayores atendidos en el periodo 2020-2022, en el Centro de Salud N°1 Tulcán con diagnostico COVID-19.

Criterios de Inclusión

Población mayor a 40 años de edad con diagnóstico de COVID-19.

Pacientes atendidos en el Centro de Salud N°1 Tulcán en el periodo 2018-2022

Criterios de exclusión

Registros incompletos de pacientes diagnosticados con COVI-19.

Muestra

Se trabajó con todo el universo, es decir, 970 pacientes con resultados positivos para COVID-19.

Consideraciones éticas

El trabajo de investigación se desarrolla tomando en cuenta los principios de confidencialidad, beneficencia, no maleficencia, benevolencia.

El estudio no involucra el trabajo directo con los pacientes o usuarios, el trabajo de investigación se lo realiza con datos estadísticos generados por los diversos sistemas de información. El trato de los datos que forman parte de este trabajo investigativo cuenta con la debida confidencialidad, basada en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, Capítulo IV, Categorías Especiales de Datos:

Art. 30.-Datos relativos a la salud. - Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y los profesionales de la salud pueden recolectar y tratar los datos relativos a la salud de sus pacientes que estén o hubiesen estado bajo tratamiento de aquellos, de acuerdo a lo previsto en la presente ley…Los responsables y encargados del

tratamiento de datos, así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este, estarán sujetas al deber de confidencialidad, de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas organizativas apropiadas. Esta obligación será complementaria del secreto profesional de conformidad con cada caso…No se requerirá el consentimiento del titular para el tratamiento de datos de salud cuando ello sea necesario por razones de interés público esencial en el ámbito de la salud… (Asamblea Nacional, 2021)

Resultados

Existe la necesidad de evaluar el impacto que generó la pandemia y las secuelas que dejó el COVID-19 sobre la salud de la población e identificar la capacidad que tiene el Sistema de Salud en dar una respuesta oportuna. Los resultados permitirán mitigar los efectos relacionados con la pandemia, generando en los equipos de salud la capacidad de desarrollar continuamente propuestas de intervención aplicables con los recursos ya existentes y que permitirán ser un guía para el desarrollo de la investigación.

La pandemia de COVID-19 ha provocado un vuelco total en los servicios asistenciales de salud, desde que la enfermedad empezó, el personal de salud no ha dejado de aprender y progresar en la atención que cada caso amerita, el periodo post-pandémico ha generado un cambio en el perfil de morbilidad de la población, creando un periodo post-pandémico o de COVID prolongado.

Las personas con secuelas persistentes al COVID-19 pueden tener varios síntomas, no afecta a todos por igual, su persistencia e intensidad varia acorde a cada persona, existen casos en los que los síntomas se intensifica por periodo de tiempo, apareciendo y desapareciendo en tiempos variados, en algunas personas duran

semanas o meses después del contagio; dependiendo del tipo de daño las secuelas ocasionadas dejarán daños permanentes y de tal magnitud que provocarán discapacidad en las personas y esto a su vez se combina con diversas patologías nuevas generadas a causa de la pandemia. Según la OMS el COVID persistente es considerado tres meses **después del contagio de la enfermedad o después de obtener un resultado positivo para COVID-19, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) de Estados Unidos establecen el tiempo más corto de apenas un mes después del contagio. (Sheikh y Belluck, 2022)**

Es por ello que la importancia de identificar a tiempo ciertos aspectos que pueden alterar la salud de las personas y evitar complicaciones que generen aún más un deterioro en la calidad de vida. No existe una definición universal sobre el período post-agudo del COVID-19, pero según los estudios se ha propuesto una clasificación en tres categorías, que hasta la fecha no está aún homologada, pero que ha servido para realizar un trabajo más organizado, estas son los síntomas que persisten tras la recuperación de la infección aguda, la siguiente son síntomas debidos a la anomalía de uno o múltiples órganos que persiste luego de la recuperación inicial, y por último son los síntomas, síndromes o nuevas discapacidades que se manifiestan tras la infección, de manera independiente a la gravedad. (Carod-Artal, 2021, p.13)

Michael Peluso, médico especialista en enfermedades infecciosas de la Universidad de California en San Francisco en su trabajo de investigación menciona: “Sabemos que durante la fase aguda de la COVID-19, algunas personas tienen una respuesta inmune muy acelerada y otras tienen una respuesta inmune reducida y esa respuesta puede determinar la trayectoria de la evolución de la persona” (op. cit) (Carod-Artal, 2021). Siendo así, estos datos proporcionan una oportunidad para observar y analizar los posibles efectos de una crisis sanitaria sin precedentes sobre una amplia gama de afecciones crónicas. Aunque es importante mencionar que se requieren investigaciones más detalladas para establecer vínculos causales, este análisis inicial puede brindar valiosas hipótesis sobre cómo la pandemia pudo haber influido en la prevalencia de estas condiciones.

El objetivo de realizar este análisis es profundizar en la comprensión de estos datos y los patrones emergentes. Esto implica un análisis cuidadoso de las cifras presentadas, no solo en términos de los cambios absolutos en los números de casos, sino también en términos de los cambios relativos y qué condiciones han experimentado los mayores aumentos.

Por otro lado, se subraya las implicaciones que estos hallazgos podrían tener para la salud pública. Comprender cómo una crisis de la magnitud de la pandemia del COVID-19 puede afectar la prevalencia de enfermedades crónicas, puede ser clave para informar las políticas y estrategias de salud pública futuras. Podría destacar áreas que requieren una atención especial, recursos o investigación adicional, y ayudar a los responsables de la toma de decisiones a prepararse mejor para situaciones similares en el futuro.

Tabla 44.

Casos de problemas de salud crónicos por periodos Fuente: Ministerio de Salud Pública-RDACAA-PRASS atenciones periodo 2018-2022.

Problemas de salud crónicos	Prepandemia Casos (2018-2019)	Probables secuelas Nuevos Casos (2020-2022)
Enfermedades musculoesqueléticas	67	151
Obesidad	30	86
Hipertensión esencial (primaria)	13	67
Enfermedades gastrointestinales no infecciosas	22	54
Dislipidemias	17	47
Trastornos vasculares	10	46
Diabetes mellitus tipo 2	7	33
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	2	23
Enfermedades crónicas de vías respiratorias altas	11	20
Enfermedades neurales	7	21
Trastorno de la glándula tiroides	3	21
Enfermedad pulmonar crónica	2	17

Cefalea	2	13
Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño	1	4
Total	**194**	**603**
Prevalencia de enfermedades crónicas	20%	62%

El conjunto de datos ofrece una perspectiva en cuanto a la prevalencia de diversas afecciones de salud crónicas en dos momentos temporales distintos: antes de la pandemia (2018-2019) y durante los años considerados como impactados por la pandemia (2020-2022). Este cambio en el periodo de tiempo permite una comparación directa de las condiciones sanitarias bajo circunstancias notablemente diferentes.

La primera observación que salta a la vista es el aumento generalizado en la prevalencia de todas las condiciones de salud crónicas listadas en el período 2020-2022, en comparación con los años previos a la pandemia, 2018-2019. La total general evidencia este hecho, con un incremento sustancial de 194 a 603 casos, con una diferencia significativa del 40% entre los dos periodos.

La investigación nos arroja los resultados de que existen 28 casos de nuevas patologías generadas atribuidas a COVID-19, por cada 100 personas que se contagiaron del virus, sufriendo sintomatología prolongados o persistente. Según diversos estudios realizados en otros países determinan que 1 de cada 20 personas sufre de sintomatología prolongada luego de la recuperación inicial de COVID. (Martínez, 2021)

Las condiciones que presentan los números absolutos más altos de nuevos casos durante 2020-2022 son las enfermedades musculoesqueléticas (151 casos), obesidad (86 casos), y la hipertensión esencial o primaria (67 casos). Es posible que el incremento en estas afecciones esté vinculado directamente a los daños propios de la enfermedad y a los cambios en el estilo de vida que se han producido durante la pandemia.

Se ha demostrado que por las condiciones hipóxicas propias de la enfermedad generada por el COVID-19 provoca un daño celular excesivo a nivel muscular y en otros tejidos conocido como hiperlactatemia tisular, mismo que restringe el transporte eritrocitario de oxígeno, llevando a

hipoxia tisular causando dolor y fatiga y a su vez diversos trastornos musculoesqueléticos. (Orozco-Muñoz, Tascón-Hernández, Serrato-Yunda y Sánchez-Duque, 2021). "El COVID-19 afecta el tejido muscular y articular induciendo una respuesta inflamatoria generalizada, el sistema musculoesquelético puede permanecer desoxigenado y los músculos pueden volverse isquémicos durante la infección". (Fiore, y otros, 2022). Esto y las restricciones de movimiento y el confinamiento pueden haber contribuido a un aumento en el sedentarismo, lo cual es un factor de riesgo reconocido para la obesidad y las condiciones musculoesqueléticas y articulares. Además, el estrés crónico, a menudo asociado a situaciones de incertidumbre y cambio, puede desempeñar un papel en el desarrollo y empeoramiento de la hipertensión.

Por otro lado, cuando observamos los incrementos relativos, encontramos que el trastorno mixto de ansiedad y depresión muestra un considerable aumento de 2 a 23 casos, así como el trastorno de la glándula tiroides (de 3 a 21 casos), y la enfermedad pulmonar crónica (de 2 a 17 casos). Estos incrementos, aunque menores en números absolutos, pueden indicar el impacto indirecto de la pandemia en la salud mental y física de la población. El miedo al contagio, la soledad y el aislamiento pueden haber exacerbado los problemas de salud mental, mientras que las complicaciones asociadas a las infecciones de COVID-19 pueden haber contribuido al aumento de las enfermedades pulmonares crónicas.

Es importante destacar que este análisis debe interpretarse con cautela, considerando que múltiples factores podrían estar influyendo en estas cifras, como cambios en la atención sanitaria, la forma de reportar los casos, o incluso factores socioeconómicos emergentes de la crisis sanitaria.

Este análisis subraya el grado de continuar prestando atención a las enfermedades crónicas durante las crisis sanitarias, y la importancia de implementar estrategias que puedan mitigar los impactos negativos que estas crisis puedan generar en la gestión de estas afecciones.

Tabla45.

Características sociodemográficas. Fuente: Ministerio de Salud Pública-RDACAA-PRASS atenciones periodo 2018-2022.

Perfil Sociodemográfico		**2018-2019**	**2020-2022**
Nacionalidad	Ecuatoriana	194	599
	Colombiana	0	4
Autoidentificación étnica	Mestizos	194	599
	No aplica	0	4
Sexo	Hombre	45	170
	Mujer	149	433
Edad	40-64	140	440
	65 a más	54	163
Residencia	Urbano	193	600
	Rural	1	3
Contactos familiares	De 0 a 3	129	455
	De 4 a 7	53	136
	De 8 a más	12	12
Ocupación	Ama de casa	71	203
	Chofer	1	18
	Comerciante	18	65
	Empleada domestica	8	9
	Empleado privado	6	21
	Empleado público	12	34
	Estibador	5	4
	Estudiante	10	81
	Jornalero	5	33
	Las permitidas por la ley	34	92
	Mecánico	5	4
	Ninguna	8	14
	Obrero	5	4
	Profesional de salud	6	17

Comunicación móvil	Si	183	571
	No	11	32
Antecedente vacunal de COVID-19	Si	0	42
	No	0	561

Las características sociodemográficas registradas fueron la nacionalidad, autoidentificación étnica, sexo (hombre o mujer), edad, lugar de residencia (urbano, rural), contactos familiares, ocupación o situación laboral, acceso a comunicación móvil y antecedente vacunal de covid-19; estos factores pueden ser una variable importante en el desarrollo de una enfermedad crónica o la permanencia de una secuela Post-COVID-19.

El lugar de estudio es una zona de frontera, pese a ello no existe un dato significativo en el registro de personas extranjeras diagnosticadas con COVID-19 que hayan desarrollado alguna patología crónica, apenas el 0,66% se incluye en este grupo. En lo que corresponde a la autoidentificación étnica el 99,3% corresponde a mestizos.

En los años antes de la pandemia (2018-2019) la media de edad fue de 58 con una mediana de 60y moda de 49, durante los años afectados por la pandemia (2020-2022) la media de edad fue de 57 con una mediana de 58 y moda de 65. Si bien es cierto todas las personas están en riesgo de generar algún tipo de secuela al contraer el COVID-19, pero las personas adultas mayores son un grupo particularmente vulnerable, teniendo una probabilidad más grande de presentar complicaciones o de enfermar gravemente si se infectan del virus, por las características dañinas propias del virus y estas a su vez asociadas a enfermedades de base ya existentes y a las características de salud de esta población. (Pinazo-Hernandis, 2020, págs. 249-252)

Se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres, la investigación arroja como resultado que los nuevos diagnósticos de enfermedades crónicas se registran mayormente en el sexo femenino con el 72%, las mujeres pueden verse afectadas de mayor manera, ya que algunos estudios revelan que alrededor del 60 por ciento de los

pacientes son mujeres. (Sheikh y Belluck, 2022). También es importante también tomar en cuenta que este grupo poblacional acude de manera más habitual a las casas de salud por prestaciones en servicios de salud sexual y reproductiva, atención en el embarazo, anticonceptivos y otros; por lo que hace que su visita a los centros de salud sea frecuente y esto a su vez permite que este grupo sea captado de mayor manera.

Es importante no subestimar la ocupación en la que se desenvuelve la población, la conducta personal se convierte en riesgo existiendo la posibilidad de presentar una afección a largo plazo por COVID-19, entre las ocupaciones que más destacan son amas de casa, estudiantes, comerciantes, otros; podría estar relacionado directamente con el ingreso económico y la imposibilidad de cubrir las necesidades algún tipo de complicación por COVID-19 puede ocasionar.

El número de integrantes familiares que mayor frecuencia se observa, oscila entre 0 a 3 integrantes, considerando que con el tiempo el número de hijos por hogar ha ido disminuyendo, la diversidad existente, los ingresos económicos, los diversos problemas y factores sociales, las diferencias en culturas y creencias han influido en la conformación de las familias, es así que actualmente el INEC ha determinado que un hogar promedio en el Ecuador, mayoritariamente está conformado por un número máximo de cuatro personas. (Machado, 2022)

En la pandemia las medidas de seguridad para la salud, han sido planeadas con el fin de promover las distintas acciones para evitar la propagación del virus y evitar complicaciones, en este sentido se puede observar los datos relacionados a los antecedentes vacunales de COVID-19 tenemos una diferencia muy marcada del 7% con antecedente de vacunación, versus un 93% sin vacuna; estudios realizados en otros países han permitido llegar a la conclusión de que las personas que tuvieron que afrontar el contagio del virus y que estaban vacunadas para el mismo, tenían menos probabilidades de desarrollar síntomas de COVID-19 y efectos prolongados a diferencia de los pacientes que no recibieron la vacuna. (Belluck, 2022).

Propuesta de estrategias de intervención

Las consultas médicas antes de que la pandemia causada por el virus del SARS-COV-2 llegara a nuestro medio, se encontraban enmarcadas muy frecuente en un determinado perfil de morbilidad de la población, actualmente en un tiempo post-pandémico sin duda este perfil de morbilidad se ve muy afectado, con diversos cambios significativos. Con el fin de brindar una buena capacidad de respuesta y dar continuidad efectiva y oportuna a los diversos servicios de salud que satisfaga las necesidades sanitarias de la población, es necesario la reorganización de las prestaciones de salud, con base a la situación epidemiológica enfocando los esfuerzos en la problemática actual. Es así que dentro del marco estratégico propuesto se identifica la importancia del trabajo en ciertos puntos específicos como son:

Fortalecimiento de entornos saludables

Los estragos en la salud comunitaria Post-COVID-19, sigue siendo un problema de salud, aunque actualmente el número de casos positivos es mínimo, las secuelas que dejo la enfermedad siguen presentes, es por ello la propuesta de fortalecer entornos saludables que les permita a los usuarios realizar actividad física y conocer sobre la importancia de llevar una vida activa, conocer sobre una alimentación nutritiva y balanceada y demás estilos de vida saludable acopladas a cada grupo de usuarios; para ello se recalca la articulación con otras instituciones que se dediquen al desarrollo, implementación y aplicación de programas que promuevan estilos de vida saludables y lograr en la población la concientización de este problema de salud y la reducción de los factores de riesgo.

Sistema de alerta y seguimiento digital

La demanda por las redes sociales y el acceso a sistemas informativos digitales y experiencias en la red es cada vez mayor, así que esta estrategia está encaminada a implementar un sistema de información, alerta y seguimiento de personas diagnosticadas con COVID-19 con el objetivo de identificar oportunamente secuelas Post-COVID-19 y el

desarrollo de una enfermedad crónica o afección en la salud, que de no ser detectada a tiempo puede desencadenar complicaciones para la salud, dicho sistema generará una alerta en salud al usuario para que conozca de manera general su estado de salud y la necesidad de buscar un profesional médico, y por el lado de los profesionales de salud les permita brindar un seguimiento oportuno de los usuarios acorde a las necesidades existentes, con esta plataforma digital también le permitirá al profesional identificar usuarios con las mismas características con los que se pueda formar grupos y redes de apoyo que les permitan afrontar su problemática actual.

Fortalecimiento del trabajo

Tanto los usuarios como el personal de salud desean tener un servicio ágil y oportuno, para ello es importante implementar herramientas que ayuden a mejorar el seguimiento de los pacientes, se pone en consideración la estandarización de un documento digital con el que se podrá coordinar por profesional, las consultas subsecuentes de los pacientes. De la misma manera tras el conocimiento de los nuevos cambios en los perfiles de salud, trabajar con los equipos multidisciplinarios que permitan estandarizar una guía de atención exclusiva para este grupo de pacientes.

Atención en salud mental

Proponer espacios que le permita a los usuarios disponer de un grupo en el que pueden compartir sus experiencias acerca de la influencia del COVID-19 en su vida, de esta manera generar un apoyo mutuo dentro de este contexto, cualquier persona con familiares o amigos enfermos o simplemente interesada en el tema puede participar, juntamente con el apoyo de Psicología estos espacios ayudarán a mantener una buena salud mental.

Conclusiones

- La prevalencia de los casos nuevos de salud crónicos ha crecido significativamente tras la llegada del COVID-19, triplicando los valores de años anteriores, existe mayor frecuencia en las enfermedades musculoesqueléticas, obesidad, hipertensión esencial o primaria, entre otras incluidas las afecciones en salud mental. Al existir un cambio sustancial en el perfil de morbilidad, también debe existir una modificación importante en la aplicación de las diversas estrategias propuestas por las políticas de salud, esta realidad acarrea nuevos retos que necesitan variadas soluciones adaptadas a los actuales desafíos en salud.
- Dentro de los aspectos fundamentales de este problema de salud, se identifica factores predisponentes a desarrollar secuelas Post-COVID-19, entre ellos se encuentran el sexo, edad, ocupación, antecedente vacunal de COVID-19, entre otros. Podemos identificar como los diversos estilos y condiciones de vida influyen directamente sobre la salud, es por ello la importancia del actuar directo en el fortalecimiento de una cultura preventiva de salud en la población. El accionar sobre este enfoque de salud, permitirá un incremento del mejoramiento o mantenimiento de la salud óptima, mejorando la evolución, control o recuperación de algún padecimiento y de esta manera vivir con una mejor calidad de vida.
- Es claro el impacto que deja el COVID-19 sobre la salud de la población y cómo influye directamente sobre la calidad y esperanza de vida. La aplicación de las diversas estrategias de intervención de enfermería permitirá unificar criterios de atención, supliendo las necesidades generadas por diversas condiciones, afrontar estos retos no depende únicamente del trabajo del personal de salud y el actuar sobre factores biológicos o hábitos de vida, sino que existen condicionantes como las

políticas de salud sobre las que surge la necesidad de adaptarlas a las realidades existentes. Dichas medidas conllevarán para los próximos años, una disminución de las complicaciones, mortalidad, costos, entre otros.

Recomendaciones

- El sistema de salud ha sido muy golpeado por la crisis causada por la pandemia del COVID-19 y que hasta la fecha continúa luchando por recuperarse, por lo que con base a la investigación realizada se recomienda a más investigadores en el campo de la salud, el desarrollo de estudios que permitan conocer de mejor manera como actúa la enfermedad, desde su aparición hasta tiempo después de su recuperación, esto permitirá al sistema de salud como tal, y por ende a todo el personal que lo integra estar preparados para cualquier tipo de eventualidad que pueda generarse, brindando una respuesta óptima a las necesidades, evitando otra desestabilización en el sistema y su correcto funcionamiento.
- Se recomienda al personal de salud especializado en el campo de estudio, realizar investigaciones y diversos estudios que permita identificar los efectos que tiene la vacuna sobre la patogenicidad del COVID-19 y los beneficios sobre la prevención de secuelas a largo plazo Post-COVID, o la generación de enfermedades crónicas y de esta manera desarrollar alternativas terapéuticas en beneficio de la comunidad.
- El sistema de salud al estar directamente influenciado por las Políticas Públicas, se recomienda a las autoridades competentes, fortalecer la integración de las políticas sanitarias y de todas las actividades de intervenciones a nuestra propia realidad, permitiendo un accionar que actúe con un enfoque más realista y no de manera generalizada como se lo ha venido desarrollando.

Referencias bibliográficas

Asamblea Nacional. (26 de Mayo de 2021). Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Quito, Pichincha, Ecuador.

Belluck, P. (02 de mayo de 2022). ¿Las vacunas ayudan a evitar la covid persistente? *The New York Times*, https://www.nytimes.com/es/2022/05/02/espanol/vacunas-covid-persistente.html.

Carod-Artal, F. J. (2021). Síndrome Post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Revista de Neurología*, 13.

Díaz Armas, M. T., Sánchez Artigas, R., Matute Crespo, T. Z. y Llumiquinga Achi, R. A. (2021). Proteína de la espícula del virus SARS-CoV-2 y su relación con la enzima convertidora de angiotensina-2. *Revista Información Científica*, 12.

Fiore, E., Corbellini, C., Acucella, L., Gargano, S., Sánchez-Romero, E., Cotella, D. y Villafañe, J. H. (2022). Musculoskeletal pain related to COVID-19 survivors after hospitalization: A short review. España: Retos.

Gil, R., Bitar, P., Deza, C., Dreyse, J., Florenzano, M., Ibarra, C., . . . Undurraga, A. (2021). Cuadro Clínico del COVID-19 . *Revista médica clínica las condes*, 20-29.

Machado, J. (06 de junio de 2022). Primicias Diario Digital. Obtenido de https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/familias-ecuatorianas-viven-hacinamiento/

Martínez, V. (29 de Marzo de 2021). *Oceano Medicina* . Obtenido de https://ec.oceanomedicina.com/nota/actualidad-es/que-son-los-pasc-y-como-se-vinculan-con-la-covid-19/

Ministerio de Salud Pública. (Diciembre de 2022). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/coronavirus-covid19-ecuador/

Orozco-Muñoz, J., Tascón-Hernández, J., Serrato-Yunda, D. y Sánchez-Duque, J. (2021). Manifestaciones musculares y articulares en la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Scielo*, 2.

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 249-252.

Sheikh, K. y Belluck, P. (25 de Mayo de 2022). Lo que sabemos hasta ahora sobre la covid persistente. *The New York Times* .

Zapatero Gaviria, A. y Barba Martin, R. (2023). ¿Qué sabemos del origen del COVID-19 tres años? *Revista Clínica Española*, 240-243.

Sobre la compiladora

Lennys Beatriz Berutti Suarez

Ingeniera Industrial, con una maestría en Ingeniería Biomédica y candidato a Doctora en Ciencias, con amplia experiencia en trabajos con el sector salud, gestión y certificación de equipos médicos e infraestructura hospitalaria.

Posee algunas publicaciones científicas y experiencia en docencia e investigación. Actualmente coordina la Maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria como una oportunidad más para expandir su conocimiento y contribuir al avance de la Salud en Ecuador.

El libro "Enfermería Familiar y Comunitaria. Un reto para el siglo XXI" presenta enfoques técnicos, científicos y humanitarios relacionados con la enfermería familiar y comunitaria en diversos contextos, adoptando una perspectiva crítica y contextualizada. Este trabajo es fruto de reflexiones, investigaciones y enfoques desde múltiples perspectivas, centrándose en el análisis del estado local de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de las comunidades en el cantón de Tulcán, Ecuador.

Las experiencias presentadas reflejan la solidez del proceso formativo de los autores y su compromiso con la transmisión del conocimiento especializado. Al estar contextualizado en la realidad local, este material se convierte en una fuente glocal, indispensable para comprender los procesos de salud y enfermedad en el cantón, teniendo en cuenta aspectos culturales, geográficos y bioéticos que resaltan la diversidad.

ISBN: 978-9942-625-42-7
9789942625427