



POLITÉCNICA
DEL CARCHI

ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Innovamos en los cuidados



COLECCIÓN CÓNCLAVE

Lennys Beatriz Berutti Suárez
COMPILADORA





Enfermería familiar y comunitaria

Innovamos en los cuidados



**Maestría en Enfermería Familiar
y Comunitaria**

Posgrado

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Lennys Beatriz Berutti Suárez
Compiladora

Enfermería familiar y comunitaria

Innovamos en los cuidados



UNIDAD DE
PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN
ACADÉMICA Y CIENTÍFICA

Berutti Suárez, L. B. (Comp.). *Enfermería familiar y comunitaria: innovamos en los cuidados*. Unidad de Producción y Difusión Académica y Científica.

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

Clasificación Thema: MQCX - Enfermería comunitaria

Clasificación Dewey: Materia: 610.736 - Enfermería especializada

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

Dr. Jorge Mina – Rector

Dra. Gladys Urgilés – Vicerrectora

PROCESO EDITORIAL

Dr. Marco Burbano – Director de Investigación

MSc. Johana Morillo – Jefa de la Unidad de Producción y Difusión Académica y Científica

Lic. Jostin Pérez – Diagramación y diseño

MSc. Diana Ruiz – Corrección de estilo

MSc. Diana Ruiz – Editora

AVAL ACADÉMICO

MSc. Lilian Anaís Bastidas Obando - Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra

Ph.D. José Ivo Oscar Contreras Briceño - Universidad Técnica Particular de Loja

DATOS DE PUBLICACIÓN

Título: Enfermería familiar y comunitaria: innovamos en los cuidados.

Compiladora: Lennys Beatriz Berutti Suárez - lennys.berutti@upec.edu.ec - <https://orcid.org/0000-0003-3512-6247>

Diseño de portada: Lic. Jostin Pérez

Comentario de la solapa: Dr. José Ivo Oscar Contreras Briceño

DOI: <https://doi.org/10.32645/9789942625632>

ISBN PDF: 978-9942-625-63-2

ISBN EPUB: 978-9942-625-64-9

Disponibilidad digital: <https://www.publicacionesupec.org/index.php/carchi>

Edición: Primera, Mayo 2026.

©Universidad Politécnica Estatal del Carchi ©Lennys Beatriz Berutti Suárez

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

Tel: 06 2 980 837 Ext: 1300 / 1301

publicaciones@upec.edu.ec / publicacionesupec@gmail.com

Ecuador, Tulcán. Mayo 2026

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

Índice

Capítulo 1 **13**

Estimulación cognitiva en adultos mayores

Diana Guadalupe Portilla Rosero

Juan Carlos Pilacúan España

Capítulo 2 **37**

Fortalecimiento del programa de actividad física para mejorar el estilo de vida a nivel emocional y físico de los adultos mayores

Ana Cristina Salazar Cevallos

Blanca Nelly Gordón Díaz

Capítulo 3

69

Autocuidado en el paciente adulto mayor con diabetes tipo 2

Lady Ximena Cárdenas Cabrera

José Carlos Calvachi Rosero

Capítulo 4

93

Estrategias para el manejo del estrés y del dolor en el proceso de vacunación, en niños menores de diez años

Andrea Ortiz Rosero

Roba Amer Al Kontar

Capítulo 5

119

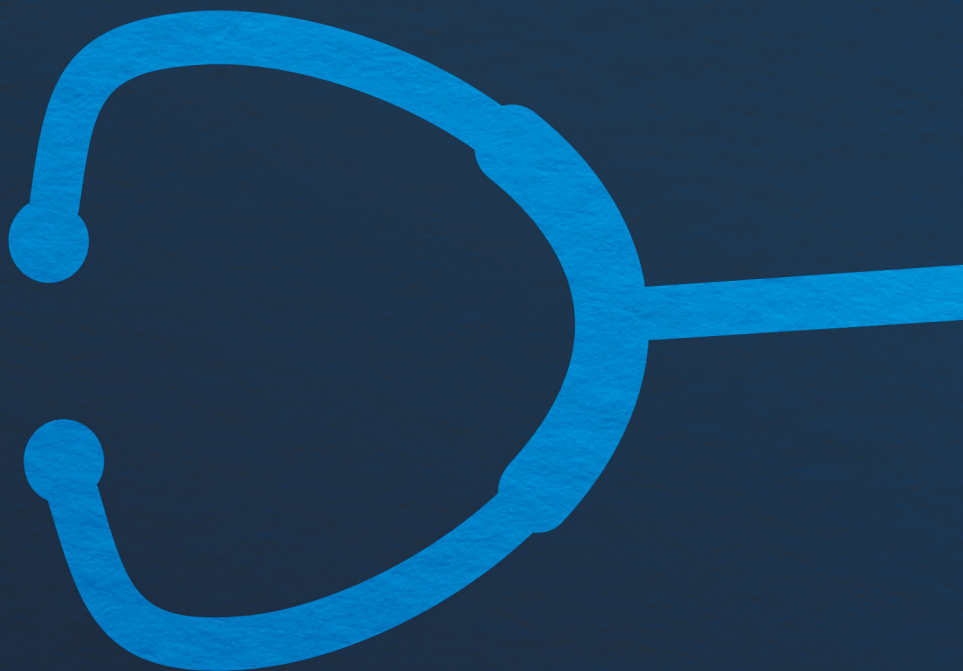
Síndrome de *burnout* en el personal de enfermería

Dayann Nathaly Palma Rueda

José Carlos Calvachi Rosero

Sobre la compiladora

146



CAPÍTULO 1

**Estimulación cognitiva
en adultos mayores**

**Diana Guadalupe Portilla Rosero
Juan Carlos Pilacúan España**

Resumen

La estimulación cognitiva busca fortalecer la reserva cognitiva a través de actividades diseñadas para mantener o mejorar las funciones mentales, como la memoria, la atención, la resolución de problemas y el lenguaje, a pesar del envejecimiento o las patologías cerebrales. El presente artículo tuvo como objetivo implementar un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores de la Asociación El Capulí del cantón Montúfar, en el período agosto-octubre de 2023. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo, de tipo cuasiexperimental, con la aplicación de pretest y postest y de corte longitudinal. Se tomó una población de veinte adultos mayores que recibió estimulación cognitiva y, para la recolección de la información, se aplicó el test *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, para detectar deterioro específico en la población abordada. Después de la implementación del programa, se observaron mejoras significativas en áreas como la orientación en el tiempo, orientación en el espacio, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, comprensión-ejecución de órdenes, y copia de un dibujo, con un puntaje en la valoración general ($p = <0.001$) en la prueba pareada de Wilcoxon. El impacto generado a nivel cognitivo fue efectivo, ya que la valoración después del programa de estimulación cognitiva evidenció cambios positivos.

Palabras clave: estimulación cognitiva, adulto mayor.

Introducción

La estimulación cognitiva en el adulto mayor se refiere a actividades diseñadas para mantener y mejorar las funciones mentales como la memoria, la atención y el razonamiento. Estas actividades incluyen juegos mentales, rompecabezas, lectura y aprendizaje de nuevas habilidades. El objetivo es mantener el cerebro activo y promover la salud mental, a medida que se envejece.

La población de adultos mayores presenta un crecimiento significativo: se estima que, para el 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá sesenta años o más (Organización Mundial de la Salud, 2022), convirtiéndose, de esta manera, en un grupo de atención importante en el sector de la salud, puesto que presentan una prevalencia de problemas físicos y mentales, como el deterioro cognitivo, que es una condición que se manifiesta como consecuencia de una evolución retrógrada en las funciones cognitivas superiores y que provoca dificultades en diversas habilidades y funciones ejecutivas, como la atención, la memoria, el lenguaje y el razonamiento.

Los trastornos no se manifiestan de la misma forma en todas las personas, por lo que existen diferentes grados o niveles de afectación, desde problemas leves como no recordar dónde están los objetos, hasta problemas graves en los que una persona no

puede mantener autonomía suficiente y necesita el cuidado de los demás. Dependiendo de la causa, el déficit cognitivo puede llegar a rehabilitarse. Sin embargo, en algunos casos esto no es posible y conduce a un deterioro gradual de la condición.

En lo social, el estudio es importante porque la estimulación cognitiva mejora la calidad de vida del adulto mayor, generando un impacto positivo en sus familiares, cuidadores y en la sociedad. Debido a que esta disciplina le permite a este grupo poblacional mantener su independencia para realizar actividades cotidianas, en algunos casos, también puede ayudar a prevenir o retrasar la aparición de algunas enfermedades, como el alzhéimer y otras patologías similares. Siendo el adulto mayor un referente de conocimientos en cada familia y comunidad, la capacidad cognitiva es crucial para el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales, ya que su edad no debe ser un impedimento para que participe activamente de eventos dentro de su entorno.

En este sentido, la estimulación es un instrumento para preservar las funciones cognitivas y también un medio para fomentar la conexión social y la participación y para enriquecer la vida de los adultos mayores. Calatayud et al. (2021) explican que los cambios psicológicos que se producen durante el envejecimiento dependen de las percepciones subjetivas, tanto de las personas que están experimentando dicho cambio, como de las personas que les rodean. Lo más habitual es que se produzca una decadencia y una ralentización de las capacidades cognitivas, aunque esto depende de múltiples factores.

La importancia psicológica de la estimulación cognitiva para adultos mayores está relacionada con el impacto que esta tiene sobre su salud emocional y mental, pues resulta esencial para fortalecer la autonomía funcional de estas personas y lentificar el deterioro cognitivo de aquellos mayores con alzhéimer o párkinson. Debido a que la demencia y otros problemas cognitivos en adultos mayores

pueden causar depresión y aislamiento social, la rehabilitación cognitiva puede ayudar a revertir estos efectos negativos y mejorar su calidad de vida (Ruvalcaba y De la Guardia, 2020).

El informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal, 2022) confirma que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina y el Caribe y precisa que, hasta 2022, vivían 88,6 millones de personas mayores de sesenta años en la región, quienes representaban el 13,4 % de la población total, proporción que llegará al 16,5 % en 2030. El reporte también advierte del incremento de condiciones como la demencia y el deterioro cognitivo leve. Por ello, es necesario encontrar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas, y la estimulación cognitiva se presenta como una de las opciones más prometedoras para mejorar el estilo de vida del adulto mayor. La estimulación cognitiva está orientada a mejorar la calidad de vida y funcionalidad de los adultos mayores. De acuerdo con Naranjo et al. (2023), la estimulación cognitiva es un conjunto de técnicas y estrategias que asumen como objetivo la mejora del rendimiento y eficacia de las funciones mentales superiores como: orientación, memoria, lenguaje, atención-concentración, cálculo, funciones ejecutivas, razonamiento, praxias o gnosias. Por eso, toda actividad que conlleve a la estimulación cognitiva en adultos mayores contribuye a preservar su salud.

La estimulación cognitiva en el adulto mayor es crucial para la enfermería familiar y comunitaria, porque promueve la salud mental al mantener y mejorar funciones cognitivas como la memoria y el razonamiento, que son vitales para la autonomía y calidad de vida de este grupo prioritario. Así, se puede contribuir a la prevención de enfermedades neurodegenerativas como el alzhéimer, lo que implica, a su vez, la reducción de la carga sobre el sistema de salud.

Las actividades de estimulación también fomentan la interacción social y emocional, aspectos clave para el bienestar integral.

Desde la perspectiva de la enfermería, educar sobre la importancia de la estimulación cognitiva empodera a familias y cuidadores para proporcionar un entorno favorable en el hogar y la comunidad.

Como resultado de lo expuesto, el objetivo de la presente investigación fue implementar un programa de estimulación cognitiva, por parte de personal de enfermería, en adultos mayores de la Asociación El Capulí, del cantón Montúfar, en el período agosto-octubre de 2023.

Materiales y métodos

Se aplicó un estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal (agosto- octubre del 2023), en una población de veinte adultos mayores pertenecientes a la Asociación El Capulí, del cantón Montúfar, provincia del Carchi, en Ecuador, a los que se les aplicó el Mini-Mental State Examination.

Para la recolección de los datos, se cumplieron los siguientes pasos:

- Socialización del estudio de investigación en la asociación de adultos mayores.
- Aplicación del consentimiento informado.
- Aplicación del instrumento de valoración (Mini-Mental Test de Folstein), antes de implementar el programa de estimulación cognitiva.
- Estimulación cognitiva, la cual se llevó a cabo por medio de una sesión a la semana, con una duración de dos horas dirigidas y una hora autónoma, con material propio,

de acuerdo con las siguientes dimensiones: orientación en el tiempo, orientación en el espacio, memoria, atención-cálculo, memoria diferida, denominación o gnosias, repetición de una frase, comprensión-ejecución de una orden, lectura, escritura y copia de un dibujo.

- El programa se aplicó al total disponible de adultos mayores, con el objetivo de mejorar y conservar sus capacidades cognitivas.
- Posterior a la intervención, nuevamente se aplicó el instrumento de valoración a los adultos mayores.

Variables sociodemográficas del estudio

Para este estudio, se consideran dos: edad y nivel de escolaridad (el test puede requerir un nivel mínimo de conocimientos que varía según la escolaridad). El cuestionario aplicado determina la interpretación adecuada de los resultados, porque utiliza una puntuación total para evaluar la función cognitiva global de una persona, y esta se compara con valores de referencia ajustados según la edad y el nivel educativo del individuo, por lo que el resultado está basado según los siguientes parámetros:

Para personas menores de 50 años:

- Menos de 8 años de estudio: puntaje de 0.
- De 9 a 17 años de estudio: puntaje de -1.
- Más de 17 años de estudio: puntaje de -2.

Para personas de 51 a 75 años:

- Menos de 8 años de estudio: puntaje de +1.
- De 9 a 17 años de estudio: puntaje de 0.
- Más de 17 años de estudio: puntaje de -1.

Para personas mayores de 75 años:

- Menos de 8 años de estudio: puntaje de +2.
- De 9 a 17 años de estudio: puntaje de +1.
- Más de 17 años de estudio: puntaje de 0

Instrumentos utilizados

Mini-Mental State Examination (MMSE): es una prueba breve, utilizada para evaluar la función cognitiva y detectar posibles problemas de memoria y deterioro cognitivo. Fue desarrollado por el psiquiatra estadounidense Marshal F. Folstein, en 1975. El MMSE es una herramienta de uso común en entornos clínicos y de investigación para evaluar la función cognitiva en adultos y personas mayores. El MMSE consta de una serie de preguntas y tareas que abordan diferentes dimensiones cognitivas como:

- Orientación en el tiempo y espacio: evalúa la conciencia del paciente sobre la fecha, el día de la semana, el mes y el año, y la conciencia del individuo sobre su ubicación y entorno.
- Memoria: evalúa la capacidad del paciente para retener y recordar información. Por lo general, implica leer o recordar una lista de palabras.
- Atención y cálculo: evalúa la capacidad del paciente para realizar cálculos simples y mantener la atención en una tarea específica.
- Memoria diferida: implica la capacidad del paciente para recordar información reciente después de un breve período de distracción (memoria a corto plazo).

- Lenguaje: incluye preguntas sobre vocabulario, la capacidad de seguir instrucciones verbales y la generación de frases espontáneas.
- Habilidades visuales-espaciales: evalúa habilidades visuoespaciales y ejecutivas, a menudo, a través de tareas como la copia de un dibujo simple.

Cada sección del MMSE tiene una puntuación asignada con una valoración máxima de 30 puntos:

- Entre 30 y 27 puntos: normal.
- Entre 26 y 25 puntos: sospecha patológica.
- Entre 24 y 10 puntos: deterioro.
- Entre 9 y 6 puntos: demencia.

La evaluación e implementación del programa fueron realizadas por una profesional de enfermería, ya que, en sus funciones asistenciales, se incluyen una serie de actividades orientadas a promover la salud, apoyar el bienestar físico, emocional y social de esta población. El personal de enfermería está capacitado para evaluar el estado cognitivo de los pacientes y diseñar intervenciones personalizadas para mantener y mejorar sus funciones mentales, mediante estimulación cognitiva, gracias a su formación integral en atención a la salud y enfoque centrado en el paciente.

Tabla 1*Programa de estimulación cognitiva aplicado*

Dimensión cognitiva	Actividad	Instrumento de estimulación	N.º de sesiones semanales
Orientación de tiempo y espacio	Recordar y mencionar la fecha actual y el día de la semana. Recordar eventos importantes. Dar paseos cortos.	Calendario impreso. Reloj.	Una sesión a la semana de dos horas dirigidas y una hora autónoma
Memoria	Asociación de imágenes. Nombrar cosas y objetos. Reminiscencias. Lecturas.	Juegos de memoria con tarjetas. Música de acuerdo con su edad y sus gustos. Cuentos.	Una sesión a la semana de dos horas dirigidas y una hora autónoma
Atención	Resolver rompecabezas o adivinanzas. Mantener la atención durante la lectura de un fragmento corto. Encontrar figuras iguales en tareas asignadas. Clasificación de granos.	Rompecabezas físicos. Libros y cuentos. Granos de fréjol de diferente color.	Una sesión a la semana de dos horas dirigidas y una hora autónoma
Denominación	Nombrar objetos en el entorno.	Tarjetas con imágenes de objetos cotidianos.	Una sesión a la semana de dos horas dirigidas y una hora autónoma
Comprensión y ejecución	Ejercicios con extremidades superiores e inferiores. Participación en conversaciones y seguir el hilo temático.	Pinzas de ropa. Pelotas. Revistas.	Una sesión a la semana de dos horas dirigidas y una hora autónoma
Dibujo	Realizar actividades de pintura.	Colores y libros de colorear. Mandalas.	Una sesión a la semana de dos horas dirigidas y una hora autónoma

Resultados y discusión

A continuación, se detallan las medidas de evaluación cognitiva en dos momentos temporales test 1 y test 2 (T1 y T2, respectivamente), para un grupo de veinte participantes; el segundo test se realizó después de tres meses o, en este caso, doce sesiones, se presenta un análisis de cada dimensión.

Figura 1

Valoración cognitiva por ítems

	Media T1	Media T2	p Valor
Orientación en el tiempo	3.15	4.30	<0,001
Orientación en el espacio	4.00	4.70	0,004
Memoria	2.50	2.85	0,023
Atención y cálculo	1.35	1.70	0,023
Memoria diferida	1.80	2.75	<0,001
Denominación	1.95	2.00	1,000
Repetición de una frase	0.850	1.00	0,149
Comprensión - ejecución de orden	2.35	2.90	0,003
Lectura	0.550	0.500	1,000
Escritura	0.300	0.300	1,000
Copia de un dibujo	0.300	0.600	0,020

Orientación en el tiempo (T1 y T2): la media en T1 es 3,15, aumenta a 4,30 en T2, la mediana se mantiene constante en 3,00 en T1 y T2. Se observa un aumento en la puntuación media, lo que sugiere una posible mejora en la orientación temporal en T2.

- Orientación en el espacio (T1 y T2): la media en T1 es 4,00, aumenta a 4,70 en T2, la mediana se mantiene constante en 4,00 en T1 y T2. Al igual que en la orientación en el tiempo, se observa un aumento en la puntuación media, lo que indica una posible mejora en la orientación espacial en T2.
- Atención y cálculo (T1 y T2): se observa una mejora en atención y cálculo, ya que la media aumenta de 1,35 en T1 a 1,70 en T2.
- Memoria diferida (T1 y T2): la puntuación media aumenta, ligeramente, de 1,80 en T1 a 2,75 en T2.
- Denominación (T1 y T2): existe un ligero aumento de 0,05 puntos entre ambos tests.
- Repetición de una frase (T1 y T2): en la puntuación media, se evidencia un aumento de 0,85 a 1,00 entre T1 y T2, respectivamente.
- Comprensión-ejecución de orden (T1 y T2): se evidencia una mejora en la puntuación media de 2,35 en T1 a 2,90 en T2.
- Lectura (T1 y T2): la puntuación media disminuye ligeramente de 0,550 en T1 a 0,500 en T2.
- Escritura (T1 y T2): la puntuación media se mantiene constante en 0,300 en T1 y T2.

- Copia de un dibujo (T1 y T2): La puntuación media se aumenta de 0,300 a 0,600 en T1 y T2.

El análisis revela cambios significativos en diversas funciones cognitivas de un grupo de veinte participantes adultos mayores en dos momentos temporales (T1 y T2). Se observa una mejora notoria en la orientación en el tiempo y en el espacio, lo cual indica un posible impacto positivo de las intervenciones implementadas en el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2023. Además, se destaca una mejora en la atención y el cálculo, así como en la comprensión y ejecución de órdenes. Estos resultados sugieren la eficacia del programa de intervención de enfermería diseñado, para estimular funciones cognitivas específicas, resultado que coincide con el estudio de Salazar y Mayor Walton (2020), que estuvo dirigido a cuarenta y cuatro adultos mayores para determinar el efecto que tiene la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores; de diseño pre-experimental, su muestra estuvo compuesta por dieciocho pacientes, a los que se le realizó el estímulo cognoscitivo. La intervención tuvo veinte sesiones, con una frecuencia de dos veces por semana, que generaron cambios significativos en las tareas de dígitos en regresión, memoria, comprensión, fluidez verbal semántica y fonológica, lectura, semejanzas, cálculo, cambios en las posiciones de las manos (mano derecha), movimientos alternos y reacciones opuestas.

También, se observan variaciones de aumento en la memoria inmediata y la memoria diferida. La denominación y la repetición de una frase muestran cambios mínimos, mientras que la lectura, la escritura y la copia de un dibujo se mantienen relativamente estables entre ambos momentos temporales.

La variabilidad en las puntuaciones de memoria puede deberse al compromiso de la población de adultos mayores, ya que algunos participantes mostraron una mejoría, tanto en la memoria

diferida como en la memoria inmediata. Esto resalta la importancia de abordar las intervenciones cognitivas.

La consistencia en las puntuaciones de repetición de una frase, escritura y copia de un dibujo sugiere un avance mínimo en estas áreas, lo cual puede ser un indicador positivo pero también un llamado de atención para ajustar estrategias específicas que permitan mejorar estas habilidades.

En general, estos hallazgos proporcionan una base sólida para continuar explorando intervenciones específicas que puedan mejorar la función cognitiva en adultos mayores, contribuyendo así a una mejor calidad de vida en esta población.

Así también lo demostraron Duque et al. (2022), en la investigación denominada *Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores*. Allí, el impacto generado a nivel cognitivo en una población de treinta y tres adultos mayores fue positivo, puesto que la valoración posterior a la estimulación cognitiva evidenció mejores índices cognitivos, según las escalas de valoración del *Mini-Mental test* de Folstein y de la prueba cognitiva de Leganés.

Figura 2*Valoración cognitiva general*

	Valoración estado cognitivo T1	Valoración Estado Cognitivo T2
N	20	20
Mediana	Deterioro	Sospecha patológica
Moda	Deterioro	Sospecha patológica
Mínimo	Deterioro	Deterioro
Máximo	Sospecha patológica	Normal

La Figura 2 muestra una tendencia hacia el deterioro cognitivo en el primer momento (T1), con la mediana, la moda y el mínimo, indicando la presencia de esta condición. En el segundo momento (T2), la mediana sugiere una sospecha patológica, y la moda respalda esta tendencia. Aunque el mínimo en T2 aún refleja deterioro cognitivo, el máximo indica una posible mejora, ya que se clasifica como normal. Estos hallazgos sugieren cambios en la condición cognitiva del grupo después de las doce sesiones en el periodo agosto-octubre de 2023, lo que destaca la importancia de un seguimiento continuo y la implementación del programa de estimulación cognitiva.

Figura 3

Prueba T para muestras apareadas W

		Estadístico	p
Valoración estado cognitivo T1	Valoración Estado Cognitivo T2	W de Wilcoxon	0.00
			< .001

La Figura 3 proporciona resultados de una prueba T para muestras apareadas (Wilcoxon) entre dos momentos de valoración cognitiva (T1 y T2), utilizando el estadístico W de Wilcoxon.

El valor de p es menor que 0,001, lo que indica una significancia estadística alta. Esto sugiere que hay diferencias significativas en las valoraciones cognitivas entre los dos momentos, y que la probabilidad de obtener estos resultados por azar es muy baja.

Los resultados respaldan la hipótesis de que hay cambios significativos en la valoración cognitiva entre T1 y T2. La evidencia estadística sólida sugiere que estos cambios no son aleatorios, lo que fortalece la validez del programa (Pita y Pértigas, 2002).

La mejora en las funciones cognitivas es alentadora y respalda la efectividad de la intervención aplicada. La variabilidad en la memoria puede deberse a la diversidad de la población de adultos mayores y resalta la importancia de adaptar las intervenciones para abordar las necesidades individuales. La estabilidad en algunas áreas sugiere que ciertas habilidades cognitivas pueden mantenerse más constantes a lo largo del tiempo, incluso con intervenciones específicas.

Los resultados ofrecen una base sólida para la continuación de investigaciones y desarrollos de intervenciones específicas, destinadas a mejorar la función cognitiva en adultos mayores, contribuyendo así al objetivo de mejorar la calidad de vida en esta población en crecimiento, para garantizar su cuidado integral.

Conclusiones

Al inicio del estudio, se determinó que la gran mayoría de adultos mayores presentaban un deterioro cognitivo. Este dato proporcionó un diagnóstico fundamental para comprender la evolución de los resultados a lo largo del tiempo y resaltar la importancia de la evaluación del estado cognitivo en esta población.

Después de la implementación del programa se observaron mejoras significativas en áreas como la orientación en el tiempo, orientación en el espacio, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, comprensión-ejecución de órdenes, y copia de un dibujo. Sin embargo, algunas áreas como la denominación, repetición de una frase, lectura y escritura no muestran cambios significativos.

Las limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra y la falta de un grupo de control, deben ser consideradas al interpretar los resultados. Asimismo, la falta de normalidad en la distribución de algunas variables subraya la necesidad de precaución durante la interpretación de los datos.

La observación del aumento en algunas áreas cognitivas a lo largo del tiempo indica que ciertas habilidades pueden mantenerse constantes con el uso de intervenciones adecuadas y consistentes. Este hallazgo es alentador porque sugiere que la capacidad de mantener y mejorar las funciones cognitivas puede influir positivamente en la calidad de vida de los adultos mayores, a largo plazo.

Las futuras investigaciones podrían beneficiarse de un diseño experimental más robusto y un seguimiento durante un mayor tiempo para evaluar la sostenibilidad de las mejoras observadas.

El programa de estimulación cognitiva propuesto en el estudio resultó ser eficaz, porque no sólo ayudó a proteger las

capacidades cognitivas de esta población sino también a fomentar el compañerismo dentro de la asociación.

Recomendaciones

En primer lugar, se sugiere realizar una revisión exhaustiva de los componentes específicos de la intervención para identificar áreas que podrían ser refinadas o fortalecidas. Esto podría incluir una adaptación de las estrategias cognitivas a las necesidades individuales de los participantes.

También se recomienda aumentar el tamaño de la muestra para mejorar la validez estadística de los resultados y considerar la inclusión de grupos de control para establecer comparaciones más sólidas entre los participantes que recibieron la intervención y aquellos que no.

Por otra parte, realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de las mejoras observadas, permitirá determinar si las ganancias cognitivas se mantienen o si se requieren intervenciones adicionales para conservar o mejorar los resultados.

También se debería brindar capacitación continua a los profesionales de la salud que implementan las intervenciones cognitivas, para garantizar que estén actualizados con las mejores prácticas en este ámbito y puedan ajustar las estrategias según sea necesario.

De igual manera, es necesaria la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, terapeutas ocupacionales, psicólogos y otros expertos relevantes. Esta combinación de enfoques puede enriquecer las intervenciones y abordar las diversas necesidades de los adultos mayores.

Otra recomendación implica realizar programas educativos en la comunidad para aumentar la conciencia sobre la importancia del cuidado cognitivo en la tercera edad. Esto puede ayudar a

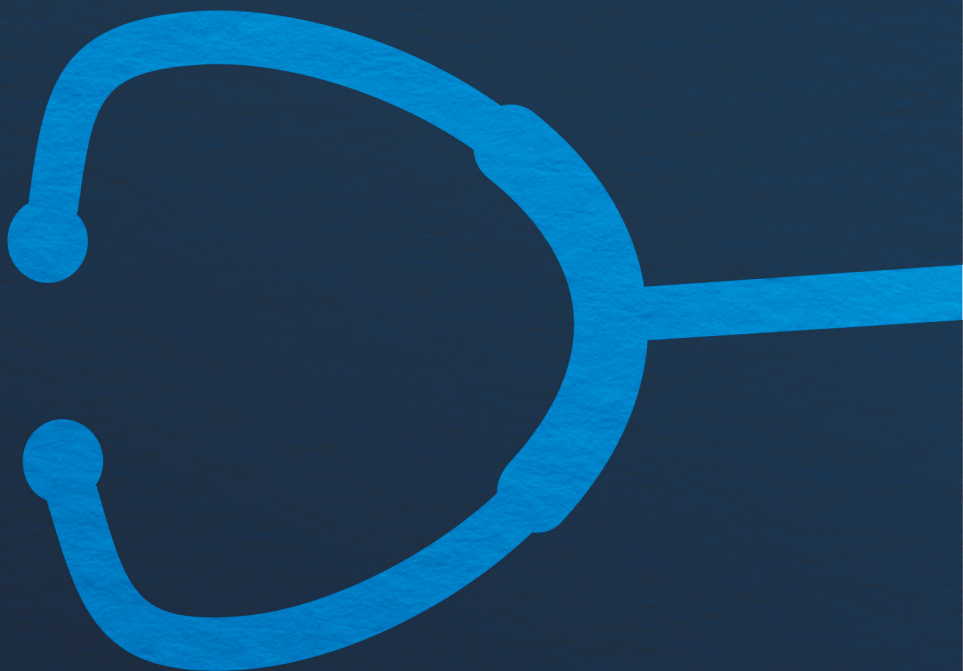
fomentar la participación en programas de intervención y promover un envejecimiento activo y saludable.

Finalmente, implementar un proceso continuo de evaluación y adaptación de las intervenciones en función de los resultados y las necesidades cambiantes de la población de adultos mayores asegurará que los programas sigan siendo eficaces y relevantes a lo largo del tiempo.

Referencias

- Calatayud, E., Gómez, C., y Gómez, S. (2021). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con cognición normal: ensayo clínico aleatorizado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(3), 361-372. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0961>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *CEPAL examina el panorama actual del envejecimiento en la región, así como los avances y desafíos para el ejercicio de los derechos y la inclusión de las personas mayores*. Cepal. <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-examina-panorama-actual-envejecimiento-la-region-asi-como-avances-desafios-ejercicio>
- Duque, P., Hincapié, D., y Trujillo, M. (2022). Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores. *Archivos de Medicina*, 22(1), 99-108. <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.3979.2022>
- Naranjo, Y., González, V., Abreus, J., Suárez, L., y Preciado, M. (2023). Estimulación cognitiva en pacientes adultos mayores post COVID-19. *Revista Científica Cultura, Comunicación y Desarrollo*, 8(1), 195-203. <http://rccd.ucf.edu.cu/index.php/rccd>
- Pita, S., y Pértigas, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cadernos de Atención Primaria*, 9(2), 76-78. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/355/course/section/154/Tema%25208.pdf>

- Ruvalcaba, J., y De la Guardia, M. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative or positive results*, 5(1), 81-90. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
- Salazar, C., y Mayor Walton, S. (2020). Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(3), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2020/rcm203n.pdf>



CAPÍTULO 2

**Fortalecimiento del programa de
actividad física para mejorar el
estilo de vida a nivel emocional y
físico de los adultos mayores**

**Ana Cristina Salazar Cevallos
Blanca Nelly Gordón Díaz**

Resumen

La actividad física regular constituye un pilar fundamental para promover un envejecimiento saludable en los adultos mayores. El objetivo de esta investigación es evaluar los resultados a nivel emocional y físico de los adultos mayores que participan en un programa de actividad física en el comedor Jesucristo Redentor, del cantón Huaca, provincia del Carchi. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, que incluyó a una población de sesenta y tres adultos mayores de ambos géneros. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario de satisfacción (EAL), validado por expertos y con la escala de medida del disfrute en la actividad física (Paces). Este estudio proporcionó una visión detallada de la percepción del estado emocional y físico de los adultos mayores participantes en el programa de actividad física. Los resultados muestran que el 77,8 % de las actividades realizadas son ejercicios físicos o funcionales, mientras que el 22,2 % corresponde a bailoterapia de baja intensidad. De hecho, el 44,4 % de los participantes utilizan implementos de apoyo durante las actividades físicas, pero sólo el 55,6 % lo hace regularmente. Se concluye que, aunque el programa de actividad física tiene un impacto positivo en la salud y el bienestar emocional de los adultos mayores, es necesario reforzar la motivación y ajustar el programa para mantener su efectividad a largo plazo, tomando en cuenta las necesidades y preferencias individuales.

Palabras clave: adulto mayor, actividad física, emocional, evaluación, fortalecimiento.

Introducción

El envejecimiento reporta una aceleración a nivel mundial, lo que representa un sinnúmero de retos a nivel económico, social, cultural y, sobre todo, sanitario para cada país. A decir de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), “se espera que la población mundial de adultos mayores alcance los 2000 millones en 2050, lo que plantea importantes desafíos en términos de salud y bienestar” (p. 1). Estos datos destacan la importancia de mantener y evaluar de manera continua los programas establecidos para prevenir enfermedades, promover la salud y reducir riesgos en los adultos mayores. El propósito es fortalecer estos programas y asegurar que funcionen de manera efectiva a largo plazo.

Fomentar la práctica de actividad física regular en los adultos mayores es esencial para contrarrestar los efectos del envejecimiento, conservar su bienestar emocional y funcional y mejorar significativamente su calidad de vida. La motivación para llevar a cabo esta investigación proviene de la necesidad de promover un envejecimiento activo, fomentar un estilo de vida saludable tanto a nivel emocional como físico, y prevenir enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Este enfoque integral busca abordar los desafíos que enfrentan los adultos mayores y promover su bienestar

general a través de la actividad física y el mantenimiento de un estilo de vida activo y saludable.

La enfermería comunitaria dirige sus esfuerzos en beneficio de las necesidades de salud de la población, involucrando a todos los grupos etarios, buscando la coordinación o trabajo en equipo con otros profesionales, mediante la evaluación constante y sistemática del contexto de salud, y fomentando la intervención de la comunidad. La atención integral del adulto mayor es una prioridad para el sistema nacional de salud, por lo que debe ser evaluada continuamente para asegurar que se cumplan las necesidades individuales de cada persona que conforma este grupo prioritario, centrándose en su satisfacción personal, emocional y física. Esto, a su vez, promoverá un cambio positivo en su salud en general.

Ecuador enfrenta un gran reto en la atención de esta población vulnerable, por lo que es importante trabajar en el desarrollo y la evaluación de estrategias seguras para promover un envejecimiento saludable y, sobre todo, activo, abordando las necesidades principales como son la salud y el bienestar.

La promoción de salud relacionada con la estimulación física en los adultos mayores es de gran relevancia para mantener su calidad de vida. Fomentar estas actividades ayuda a prevenir enfermedades y mejorar significativamente la capacidad funcional de los adultos mayores. Además, la actividad física realizada desde un enfoque recreativo se convierte en una forma divertida y socialmente enriquecedora para mantenerse activo y comprometido en la comunidad. Promover y evaluar los programas o proyectos destinados a la realización de actividad física y recreativa en el adulto mayor es fundamental para asegurar el bienestar individual y general; también genera beneficios para la salud pública, ya que se

reducen los costos de salud para el país a largo plazo, con proyectos que produzcan resultados positivos en esta población.

La vejez representa cambios biológicos a nivel celular y un deterioro gradual a nivel de tejidos y órganos, por lo que gran parte de esta población, tiene una condición de enfermedad o se encuentra vulnerable a ella por los factores de riesgo que prevalecen en esta población, como sedentarismo, malnutrición, tabaquismo, alcoholismo, etc. Sin embargo, numerosos estudios han comprobado que la actividad física regular es extremadamente importante para prevenir y tratar enfermedades cardiovasculares en adultos mayores.

Paredes Prada et al. (2020), en su estudio titulado *Actividad física en adultos recomendaciones: determinantes y medición*, concluyeron que es sumamente importante realizar actividad física de manera regular, debido a los beneficios que aporta a la salud física, emocional y psicológica, así como en la prevención de enfermedades no transmisibles. Además, se destaca que las recomendaciones han evolucionado con el tiempo, de manera que, actualmente, se establece que los adultos deben practicar entre 150 a 300 minutos de actividad física a la semana.

Un estudio reciente realizado por Reyes-Rincón y Campos-Uscanga (2020) encontró que “la actividad física en espacios naturales mejora el bienestar psicosocial, aumenta la adherencia al ejercicio, incrementa la función física y psicológica y disminuye las tasas de mortalidad en este grupo de edad” (p. 2). La idea mencionada por los autores enfatiza en que la monotonía puede surgir en entornos cerrados, donde las personas mayores pueden sentir una falta de estímulos y de oportunidades para realizar actividades variadas. Esto puede contribuir al aburrimiento y desinterés en los adultos mayores, lo que también podría afectar negativamente su bienestar psicosocial,

su calidad de vida y, por ende, la asistencia a las actividades de un programa establecido.

Al respecto, Duque-Fernández et al. (2020) indican que la actividad física parece ser el único método probado y seguro que puede mantener la capacidad funcional de un individuo, así como prevenir e incluso revertir los cambios en la composición corporal asociados al envejecimiento, particularmente la pérdida del músculo esquelético. Un programa de activación física realista ayudará a que los adultos mayores conserven o recuperen su funcionalidad (p. 4).

Los autores destacan la importancia de la actividad física para los adultos mayores, haciendo hincapié en la participación en programas establecidos y su mantenimiento a largo plazo, con beneficios tanto funcionales como emocionales. Es crucial recordar que la interacción social en grupos dedicados a la actividad física fortalece las relaciones interpersonales y autoestima de los adultos mayores, permitiéndoles llevar una vida más plena y activa.

Herrera Jauregui et al. (2021) llevaron a cabo un estudio para examinar el impacto de un programa comunitario de actividad física en adultos mayores, enfocado en la mejora de los niveles de depresión, bienestar subjetivo y condición física. Los resultados mostraron que la implementación del programa tuvo un efecto positivo y estadísticamente significativo en estos aspectos, en comparación con el grupo de control. Es importante destacar que una fase importante de este programa fue la realización de una valoración anticipada de cada participante. Esta evaluación previa permitió conocer las necesidades individuales de cada persona y utilizar esa información para diseñar un programa que se adapte a sus requerimientos, lo cual fue fundamental para el éxito del programa. Este análisis resalta la importancia de realizar una evaluación previa en los programas de actividad física, especialmente en aquellos

dirigidos a adultos mayores, para garantizar que se satisfagan las necesidades individuales y se logre la eficacia del programa.

Participar en actividades físicas ayuda a los adultos mayores a disminuir su grado de dependencia y a mantenerse activos dentro de su ambiente de vida, lo que les permitirá lograr una sensación de autodeterminación e importancia en su círculo social. Según el estudio de Toledo Sánchez et al. (2020), cuyo objetivo fue verificar la efectividad de un programa de actividad física diseñado para fortalecer las extremidades superiores en personas de la tercera edad en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) y en el cual las intervenciones se basaron en actividades recreativas, predeportivas y ejercicios físicos, dicho programa tuvo un impacto positivo en la mejora de la fuerza muscular y en los flexores de mano y antebrazo, lo cual implica un mejor desempeño en las actividades diarias.

En la actualidad, en Ecuador, se han implementado numerosos programas y proyectos destinados a promover la actividad física en todos los grupos etarios. Un ejemplo de esto es la iniciativa aplicada por el Ministerio del Deporte en todas las provincias del país. Sin embargo, es importante señalar que esta propuesta carece de una evaluación que permita recoger las sugerencias de las personas que participan en ella, con el fin de identificar posibles cambios o mejoras necesarias, en beneficio de la salud mental y física de sus participantes.

Ochoa Llumiquinga y Pila Vilatuña (2024), en su investigación denominada *Actividades lúdicas y su aporte en el estado físico y emocional del adulto mayor*, concluyeron que la adaptación e implementación de diversos talleres lograron estimular diferentes habilidades cognitivas en los participantes, como la flexibilidad cerebral, la concentración, la memoria, la atención, la gestión emocional y el movimiento corporal. Además, recomiendan la implementación de actividades lúdicas para fortalecer el

funcionamiento cognitivo. Otras indagaciones demuestran igualmente los beneficios de las actividades lúdicas en la salud de los adultos mayores. Estas actividades recreativas ayudan a mejorar la calidad de vida, fomentando la creatividad y el estado de ánimo, aumentando la autoestima y reduciendo niveles de depresión.

Rodríguez Torres et al. (2020) realizaron un artículo de revisión bibliográfica denominado *El sedentarismo en el adulto mayor: revisión sistemática* cuyo objetivo fue examinar las repercusiones de esta condición en los adultos mayores. Los resultados indican que los adultos mayores sedentarios tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles. Sin embargo, esta probabilidad aumenta aún más cuando no realizan ninguna actividad física, lo que los hace más vulnerables y susceptibles a experimentar trastornos de depresión, sentimientos de soledad y aislamiento, a raíz de la pérdida de su independencia. El sedentarismo se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo, debido a sus graves consecuencias, como las enfermedades cardiovasculares y el aumento del riesgo de mortalidad.

De acuerdo con el estudio antes mencionado, es evidente la necesidad de llevar a cabo una evaluación previa y posterior a la implementación de un proyecto, con el fin de proponer estrategias de mejora, tomando en cuenta las necesidades individuales de los participantes. Ellos, como actores principales y beneficiarios del programa, son quienes pueden aportar ideas para mejorar su condición física y emocional con base en las actividades del programa, con el fin de lograr su aceptación respecto de la propuesta y obtener mejores cambios a nivel de la salud en general.

Por tal motivo, los objetivos planteados para esta investigación van encaminados a la evaluación del nivel de satisfacción y el estado emocional de este grupo etario, quienes son partícipes del programa de actividad física.

Materiales y métodos

La presente investigación con enfoque cualicuantitativo, de tipo descriptiva, de campo, documental, de corte transversal, utilizó los métodos inductivo-deductivo y analítico-sintético. El estudio se aplicó en una población total de sesenta y cinco adultos mayores, depurada a partir de los siguientes criterios de exclusión e inclusión: tener más de sesenta y cinco años, no tener discapacidad cognitiva y asistir al comedor Jesucristo Redentor, del cantón Huaca. Los datos recabados se incorporaron a una matriz Microsoft Excel 2017 y, para el análisis, se utilizó el programa Jamovi versión 2.4.11. Las herramientas para este estudio incluyen tablas de moda y correlación de variables.

Se hizo uso de la técnica de observación, a través de una lista de cotejo, para registrar y analizar las actividades que se realizaron dentro del programa. Los datos se recopilaban en tiempo real, sin seguimiento a largo plazo, y se evaluó el grado de satisfacción del programa. La metodología utilizada permitió tener un enfoque real de la actualidad y además otorgó los recursos para el planteamiento de una propuesta de mejora.

Además, se utilizó la encuesta como técnica de medición, a través de cuestionarios y escalas como el cuestionario de satisfacción de participación de ejercicio al aire libre (EAL), elaborado por el Área de Servicio Social y Participación Ciudadana de Madrid (2017), el cual contiene cinco apartados de evaluación, de los cuales, sólo se tomaron tres (cambios experimentados a nivel social, físico y salud en general), en función de las necesidades de la investigación. Esta modificación fue previamente validada por tres expertos. Además, se hizo uso de la Escala de Medida del Disfrute en la Actividad Física, conocida como Paces, por sus siglas en inglés, y adaptada al castellano por Moreno et al. (2018). Este cuestionario consta de dieciséis preguntas, en las que los participantes determinan, con un

valor del 1 al 4, su conformidad con diferentes aspectos relacionados con cómo se sienten a nivel emocional al realizar actividad física, incluyendo si disfrutan, si se aburren, entre otros. La escala Paces se la utiliza en dos tiempos, es decir, después de realizar dos actividades distintas: ejercicios físicos y funcionales y bailoterapia. La evaluación del disfrute en la actividad física es importante, ya que puede incidir en la participación y la constancia en estas actividades, lo cual, a su vez, tiene un impacto en la salud y el bienestar de los evaluados.

La confiabilidad de los instrumentos se obtuvo mediante su aplicación a un grupo piloto de diez adultos mayores que no pertenecen al estudio. Con la medida del estadígrafo alfa de Cronbach, se obtuvo un valor global de 0,92 y 0,87 respectivamente, puntajes que evidencian un excelente índice de seguridad y permiten comprobar que el instrumento es confiable con mediciones estables.

Es importante destacar que la metodología utilizada proporcionó un enfoque detallado y preciso para la descripción de la satisfacción de los adultos mayores frente al programa de actividad física, así como la clasificación de variables clave, lo que permitió obtener resultados confiables y significativos para la presentación de la propuesta de fortalecimiento.

Resultados y discusión

La discusión de los resultados obtenidos en esta investigación sobre la satisfacción a nivel emocional y físico de los adultos mayores, con el programa de actividad física, en el comedor Jesucristo Redentor, es fundamental para comprender el impacto y la eficacia de dicha iniciativa. Los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores encuestados manifiestan un alto grado de satisfacción con el programa, lo que sugiere que esta intervención es percibida de manera positiva por este grupo demográfico.

Es importante destacar que estos resultados se alinean con investigaciones anteriores que han demostrado los beneficios de la actividad física en la población adulta mayor, tanto en términos de salud física como emocional. Así es el caso de Guillén Pereira et al. (2018), quienes comprobaron que

tanto la depresión como el bienestar de los adultos mayores a los que se aplicó la propuesta (grupo experimental), mejoró de manera significativa al ser comparados con el grupo control, los cambios se experimentan teniendo en cuenta el factor tiempo y el factor intra sujetos por grupos (p. 14).

Investigaciones de los últimos cinco años, previamente mencionadas, como las de Rodríguez Torres et al. (2020) y Toledo Sánchez et al. (2020) también coinciden en los beneficios físicos, mentales y sociales que conlleva la realización de actividades físicas en todos los grupos de edad, especialmente en los adultos mayores, cuya movilidad se encuentra disminuida. Estas investigaciones han demostrado que la participación en actividades físicas ayuda a mejorar la salud física y mental, así como a promover la interacción social y el bienestar general en la población adulta mayor. Estos hallazgos respaldan la importancia de fomentar la actividad física como parte de una estrategia integral de cuidado y promoción de la salud en esta población.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidencia que el programa de actividad física no incluye una evaluación de las necesidades individuales de cada adulto mayor, en ninguna fase. Además, las actividades realizadas se enfocan principalmente en ejercicios físicos y funcionales en un entorno cerrado, lo cual ha generado una respuesta negativa y poco motivante en los adultos mayores con el paso del tiempo.

En otra investigación relevante llevada a cabo por Herrera Jaureguí et al. (2021), los autores resaltan que es esencial que todos los programas de actividad física, especialmente aquellos dirigidos a

adultos mayores, realicen una evaluación previa de las necesidades individuales de cada participante para recopilar la información necesaria. A partir de esta evaluación, se debe desarrollar un programa que satisfaga aquellas necesidades identificadas.

Además, la investigación realizada por Reyes-Rincón y Campos-Uscanga (2020) respalda la importancia de realizar actividades físicas en espacios abiertos y, preferiblemente, naturales. Esto no sólo mejora el bienestar psicosocial, sino que también aumenta la adherencia al ejercicio. La valoración de variables como el tiempo de asistencia al programa y el grado de satisfacción brinda información valiosa sobre la importancia del reforzamiento del programa en términos de motivación, para garantizar la continuidad a largo plazo y la participación de los adultos mayores en estas actividades.

A continuación, se detallan las tablas que contienen los resultados obtenidos a partir de una observación, realizada durante nueve días.

Tabla 1

Tipo de actividad realizada

Tipo de actividad realizada	Frecuencia	% del total
Ejercicios físicos o funcionales	7	77,8 %
Bailoterapia	2	22,2 %
Ejercicios recreativos	0	0 %

La Tabla 1 muestra los resultados de la observación realizada durante nueve días, se tomó en cuenta el listado de tres actividades en las cuales se basa el programa de actividad física en funcionamiento: ejercicios físicos o funcionales, bailoterapia de

baja intensidad, y ejercicios recreativos, se pudo determinar que las actividades de mayor frecuencia son los ejercicios físicos, muy pocas veces bailoterapia y ninguna actividad recreativa o lúdica, durante los días de observación.

Tabla 2

Uso de implementos de apoyo

Hace uso de implementos de apoyo durante la actividad	Frecuencia	% del total
Sí	4	44,4 %
No	5	55,6%

La Tabla 2 muestra los resultados de la observación realizada durante nueve días, respecto del uso de implementos de apoyo durante el desarrollo de las actividades físicas. Se determinó que esto ocurre en un porcentaje mínimo, en el contexto de la bailoterapia, que se realiza de forma esporádica, y para la cual se utilizó la música como implemento de apoyo. Adicionalmente, cabe mencionar algo muy importante y es que todas las actividades siempre se realizaron en un lugar cerrado.

La motivación para continuar dentro de un programa de actividad física debe ser crucial, sin embargo, se puede concluir que el programa no aportó la suficiente motivación para los adultos mayores, ya que las actividades se tornaron un tanto monótonas y repetitivas.

Tabla 3*Percepción de los beneficios del programa de actividad física*

	Sexo	Tiempo de asistencia al programa	Mejora la condición física	Motiva a realizar actividad física en cualquier momento de su vida	Proporciona conocimientos sobre el ejercicio físico y hábitos saludables
Moda	Mujer	1 a 3 meses	4	3	5
		4 a 8 meses	4	2	5
		Más de 8 meses	3	1	5
	Hombre	1 a 3 meses	5	4	5
		4 a 8 meses	4	3	5
		Más de 8 meses	4	2	5

Nota. Las equivalencias de la escala numérica son 1: Totalmente en desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Ni en desacuerdo ni de acuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

La Tabla 3 proporciona información sobre la percepción de los beneficios del programa de actividad física, en relación con el sexo y el tiempo de asistencia de cada participante. Los resultados indican que, en general, tanto hombres como mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el programa mejora la condición física y proporciona conocimientos sobre el ejercicio físico y los hábitos saludables.

Sin embargo, hay una tendencia decreciente en la motivación para realizar actividad física en cualquier momento de su vida, a medida que aumenta el tiempo de asistencia al programa, especialmente entre las mujeres. Por ejemplo, las mujeres que han asistido más de ocho meses muestran un promedio de 1, lo que

indica un total desacuerdo en que el programa las motiva a realizar actividad física en cualquier momento de su vida.

Estos resultados sugieren que, mientras los adultos mayores reconocen los beneficios físicos y de conocimiento del programa, la motivación para realizar actividad física fuera del programa puede disminuir con el tiempo, lo cual se convierte en un área importante para mejorar la eficacia del programa a largo plazo.

Tabla 4

Cambios experimentados a nivel del bienestar social y salud en general

Sexo	Tiempo de asistencia al programa	Ha mejorado en su autonomía e independencia	Ha mejorado su estado de ánimo	Se encuentra usted más satisfecho con su vida	Le ha servido para relacionarse con otras personas	Le ha ayudado a salir de casa	Su estado de salud, en general, ha mejorado	Le ha ayudado a afrontar mejor los problemas de la vida diaria	Le ha ayudado a valorarse a sí mismo más y mejor
Mujer	1 a 3 meses	4	5	4	5	5	5	4	4
	4 a 8 meses	3	3	3	5	5	5	3	3
	Más de 8 meses	3	2	3	5	3	5	3	3
	Moda								
Hombre	1 a 3 meses	3	4	3	4	5	4	3	4
	4 a 8 meses	3	4	4	5	4	3	4	3
	Más de 8 meses	3	4	4	4	3	4	3	3
	Moda								

Nota. Las equivalencias de la escala numérica son 1: Totalmente en desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Ni en desacuerdo ni de acuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

La Tabla 4 muestra los cambios experimentados a nivel del bienestar social de los participantes del programa de actividad física, desglosados por sexo y tiempo de asistencia al programa. Los resultados muestran que, en general, las mujeres que han asistido al programa de uno a tres meses reportan altos niveles de mejora en su autonomía e independencia, estado de ánimo, satisfacción con la vida, relaciones sociales y salud en general. Sin embargo, se observa una disminución en estas percepciones, a medida que aumenta el tiempo de asistencia al programa, especialmente en el estado de ánimo, que cae a un promedio de 2, para las mujeres que han asistido más de 8 meses.

En el caso de los hombres, las percepciones de mejora son más constantes a lo largo del tiempo, con una ligera tendencia a mejorar en la satisfacción con la vida y la capacidad de afrontar problemas de la vida diaria, a medida que aumenta el tiempo de asistencia al programa.

Estos resultados sugieren que el programa de actividad física tiene un impacto positivo en el bienestar social de los participantes, especialmente en las etapas iniciales de asistencia. Sin embargo, podría ser útil investigar las razones de la disminución en la percepción de beneficios entre las mujeres a largo plazo y considerar ajustes al programa para mantener o mejorar estos beneficios con el tiempo.

Tabla 5

Cambios experimentados a nivel de la condición física y de salud

Sexo	Tiempo de asistencia al programa	Ha experimentado una disminución de dolores físicos	Ha mejorado el control de enfermedades crónicas	Ha experimentado una mejoría en el sueño	Ha mejorado el control del peso	Camina más rápido	Tiene una marcha más segura	Tiene sensación de más fuerza
Mujer	1 a 3 meses	4	4	4	2	3	3	3
	4 a 8 meses	3	3	3	2	3	3	3
	Más de 8 meses	3	3	3	3	3	3	3
Moda								
Hombre	1 a 3 meses	5	4	5	3	3	4	4
	4 a 8 meses	4	3	3	3	3	3	3
	Más de 8 meses	3	4	4	3	4	3	4

Nota. Las equivalencias de la escala numérica son 1: Totalmente en desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Ni en desacuerdo ni de acuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo.

La Tabla 5 muestra los cambios experimentados a nivel de la condición física y de salud de los participantes del programa de actividad física, clasificados por sexo y tiempo de asistencia al programa.

En este caso, los hombres que han asistido al programa de uno a tres meses reportan una mayor mejoría respecto de la disminución de dolores físicos y el sueño, con una media de 5 en ambos aspectos. También muestran una mejora significativa en el control de enfermedades crónicas y en la sensación de tener más fuerza.

Las mujeres, por otro lado, muestran una mejora constante en la disminución de dolores físicos y en el control de enfermedades crónicas, con una media de 4 en los primeros 3 meses; pero estas percepciones disminuyen ligeramente a 3, a medida que aumenta el tiempo de asistencia al programa.

Tabla 6

Correlación entre tiempo de participación y calidad de vida

		Tiempo de asistencia al programa de actividad física	
Su estado de salud, en general, ha mejorado	Rho de Spearman	-0,344	**
	Valor p	0,005	
Ha mejorado en su autonomía e independencia	Rho de Spearman	-0,435	***
	Valor p	<,001	
Ha mejorado su estado de ánimo	Rho de Spearman	-0,212	
	Valor p	0,093	

Ha disfrutado practicando las actividades diarias del programa	Rho de Spearman	-0,210	
	Valor p	0,095	
Ha mejorado el control de enfermedades crónicas	Rho de Spearman	-0,300	*
	Valor p	0,016	

Nota. * $p = <,05$; ** $p = <,01$; *** $p = <,001$.

La Tabla 6 proporciona información sobre la conexión entre el tiempo de participación en el programa de actividad física y la calidad de vida de los participantes. Se utilizó el coeficiente de evaluación de Spearman para evaluar la relación entre estas variables. Los resultados muestran que el tiempo de participación en el programa de actividad física se correlaciona negativamente (inversamente proporcional) con la mejora en la autonomía e independencia, el estado de salud general, el control de enfermedades crónicas y la valoración personal. Esto significa que, a medida que el tiempo de participación aumenta, estas variables tienden a disminuir.

Esto es un indicador de que los beneficios percibidos disminuyen con el tiempo, por lo que es importante realizar una revisión del programa para mantener su efectividad a largo plazo.

Tabla 7

<i>Escala Pacs aplicada en dos actividades distintas: ejercicios físicos y funcionales y bailoterapia de baja intensidad ¿Cómo me siento?</i>		Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Neutro (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
Disfruto	Bailoterapia de baja intensidad	52 %	11 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	39 %	24 %	0 %	0 %
Lo encuentro agradable	Bailoterapia de baja intensidad	27 %	36 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	8 %	29 %	26 %	0 %	0 %
Me da energía	Bailoterapia de baja intensidad	38 %	21 %	4 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	6 %	12 %	22 %	23 %
Es muy agradable	Bailoterapia de baja intensidad	63 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
Mi cuerpo se siente bien	Bailoterapia de baja intensidad	52 %	47 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	18 %	32 %	13 %	0 %

Es muy excitante	Bailoterapia de baja intensidad	63 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
Me proporciona fuertes sentimientos	Bailoterapia de baja intensidad	63 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
Me siento bien	Bailoterapia de baja intensidad	36 %	27 %	0 %	0 %	0 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
Me aburro	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	17 %	12 %	34 %
No me gusta	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	17 %	12 %	34 %
De ninguna manera es divertido	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	25 %	12 %	15 %	11 %
Me deprime	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %

Obtengo algo extra	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	35 %	21 %	4 %	3 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	56 %	33 %	6,30 %	4,80 %
Me frustra	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	3 %	0 %	0 %	60 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	3 %	0 %	0 %	60 %
De ninguna manera es interesante	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	14 %	36 %	10 %	3 %
Pienso que debería estar haciendo otra cosa	Bailoterapia de baja intensidad	0 %	0 %	0 %	0 %	63 %
	Ejercicios físicos y funcionales	0 %	3 %	6 %	2 %	52 %

La Tabla 7 muestra las puntuaciones en base a la escala Paces, de dos actividades diferentes: bailoterapia de baja intensidad y ejercicios físicos y funcionales, en varios aspectos como disfrute, energía y sentimientos. Cada aspecto ha sido calificado en proporción al porcentaje de frecuencias.

Al interpretar estos datos se observa que la bailoterapia de baja intensidad recibe, de forma consistente, calificaciones porcentuales más altas en la mayoría de los aspectos en comparación con los ejercicios físicos y funcionales, lo que indica una recepción, en general, más positiva. En concreto, los aspectos relacionados con el disfrute, la energía y los sentimientos positivos son notablemente mayores para la bailoterapia, lo que sugiere que es una actividad más efectiva para inducir experiencias positivas en los adultos mayores participantes, y que les resulta más placentera y energizante, en comparación con los ejercicios físicos y funcionales.

Propuesta de mejora

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, se desarrolló una iniciativa para maximizar los beneficios del programa inicialmente implementado. De hecho, su objetivo es fortalecer el programa de actividad física del comedor Jesucristo Redentor, del cantón Huaca, para garantizar su continuidad y aceptación, por parte de los adultos mayores, y se detalla en la Tabla 8.

Tabla 8

Propuesta de mejora del programa de actividad física para adultos mayores

Aspecto de mejora	Descripción	Justificación	Acciones propuestas
Personalización	Personalizar los programas de actividad física según las capacidades y limitaciones individuales de cada participante.	La individualización garantiza que los participantes se beneficien adecuadamente y que se reduzca el riesgo de lesiones.	Ajustar el programa de acuerdo con las necesidades y objetivos individuales. Ofrecer alternativas de ejercicios adaptados para atender limitaciones particulares.
Variedad de actividades	Introducir una variedad de actividades físicas, recreativas y lúdicas durante cada semana para mantener el interés y la participación a lo largo del tiempo.	La monotonía puede disminuir la motivación y el compromiso. La variedad de actividades promueve la diversificación de habilidades y el disfrute.	Incluir actividades como juegos de mesa, clases de baile, yoga ejercicios de resistencia y flexibilidad. Organizar sesiones temáticas y eventos especiales para mantener la diversidad.
Inclusión del grupo en actividades sociales y culturales de la comunidad.	Incluir a todos los participantes en actividades importantes como pregones o comparsas.	Esta actividad puede generar mayor interés de participación del programa y la sensación de ser útiles e importantes para la sociedad.	Generar convenios interinstitucionales para la colaboración respecto de la vestimenta y los incentivos para los participantes del programa.

Monitoreo continuo	Establecer un sistema de seguimiento regular para evaluar el progreso y ajustar el programa según sea necesario.	El monitoreo continuo permite adaptarse a los cambios en la condición física y abordar cualquier problema de salud que pueda surgir.	Implementar evaluaciones periódicas para medir la mejora en la fuerza, la flexibilidad y la resistencia. Establecer reuniones regulares con los participantes para recibir su retroalimentación y realizar ajustes según sea necesario.
Incorporación de materiales de apoyo	Incorporar recursos adicionales para fomentar la participación en las actividades.	El material de apoyo puede generar mayor interés en las actividades.	Obtener material de apoyo como pelotas, juegos de mesa, etc.
Fomentar la socialización y trabajo al aire libre	Crear oportunidades para que los participantes se conecten entre sí, fomentando un sentido de comunidad.	La interacción social puede mejorar la motivación y la adherencia al programa.	Organizar eventos sociales como caminatas grupales, clases colectivas y actividades recreativas. Facilitar la formación de grupos de apoyo para que los participantes compartan experiencias y se apoyen mutuamente.
Educación en salud	Incorporar sesiones educativas sobre salud y bienestar en el programa para empoderar a los participantes con conocimientos sobre hábitos saludables.	La educación fortalece la conciencia y promueve la incorporación de un modo de vida activo y saludable fuera de las sesiones del programa.	Invitar a profesionales de la salud para ofrecer charlas sobre nutrición, manejo del estrés y otros temas relevantes. Proporcionar material educativo, tanto impreso como en línea.

Conclusiones

Las actividades que se llevan a cabo dentro del programa se centran en el acondicionamiento físico en un 77,8 %, mientras que el 22,2 % corresponde a bailoterapia de baja intensidad, y el 0 %, a actividad recreativa o lúdica. Sin embargo, a pesar de esta limitación, los resultados obtenidos revelan un cambio positivo en la calidad de vida del grupo de estudio, especialmente en el ámbito emocional. En cuanto a la comparación entre las actividades que los participantes realizan dentro del programa los resultados después de cada actividad sugieren que la bailoterapia es más placentera y energizante para los adultos mayores, en comparación con los ejercicios físicos y funcionales.

Al analizar la evaluación significativa entre las variables de estudio, se puede observar que los adultos mayores que asisten al programa de actividad física durante menos tiempo tienden a experimentar más cambios positivos y satisfacción. Estos hallazgos sugieren que la frecuencia de asistencia puede influir en los beneficios emocionales percibidos por los participantes.

Con el objetivo de fortalecer el programa y maximizar su impacto, se propone la inclusión de puntos complementarios significativos. Estos incluyen la adaptación del programa a las necesidades específicas de cada participante, implementando estrategias adicionales para fomentar la participación y el disfrute de los adultos mayores en las actividades físicas. Además, se sugiere llevar a cabo un seguimiento continuo y una evaluación periódica de la efectividad del programa, con el fin de realizar ajustes y mejoras según sea necesario.

Recomendaciones

Se sugiere aplicar la propuesta desarrollada en esta investigación como parte de una estrategia integral para mantener el programa

de actividad física a largo plazo, en el comedor Jesucristo Redentor. Esta propuesta no sólo tiene como objetivo asegurar la continuidad del programa, sino también optimizar su impacto y sostenibilidad en beneficio de la comunidad de adultos mayores del cantón Huaca.

Es fundamental personalizar el programa de actividad física para abordar las necesidades individuales de cada participante. Esto implica realizar evaluaciones iniciales exhaustivas, que incluyan el criterio profesional de servidores de la salud, para identificar limitaciones físicas, preferencias personales y metas individuales. Al incorporar el conocimiento y la experiencia de los profesionales de la salud, se puede garantizar una evaluación más completa y precisa de las capacidades físicas y las necesidades de cada participante. Esta información será invaluable para diseñar un programa que se adapte de manera óptima a las características y objetivos individuales, maximizando así los beneficios obtenidos y promoviendo un enfoque seguro y efectivo para la actividad física.

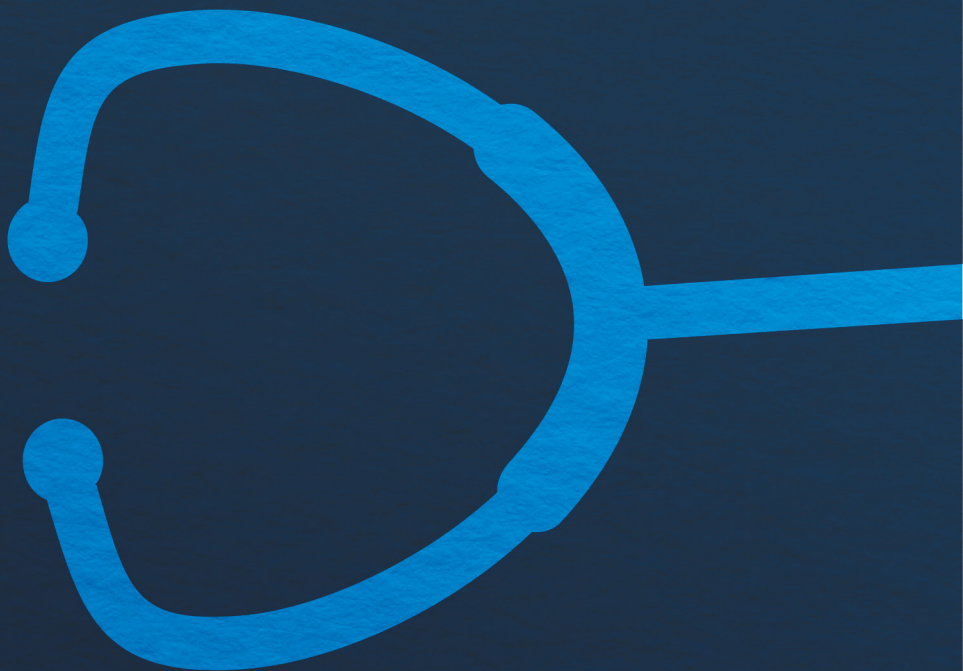
Se sugiere promover la difusión y concienciación sobre los beneficios del programa de actividad física entre la población adulta mayor del cantón Huaca, con el objetivo de fomentar una mayor participación y un máximo aprovechamiento de sus beneficios. Estas acciones contribuirán a garantizar que el programa sea ampliamente conocido y valorado, y que los adultos mayores puedan aprovechar al máximo sus efectos positivos en su calidad de vida.

Adicionalmente, se sugiere que futuras investigaciones profundicen en la identificación de los factores que contribuyen a la percepción positiva decreciente de los adultos mayores hacia el programa en torno al tiempo de asistencia, así como en la implementación de diversas estrategias para mejorar aún más su experiencia.

Referencias

- Área de Servicio Social y Participación Ciudadana (2017). *Cuestionario de satisfacción del ejercicio al aire libre*. Ayuntamiento de Madrid. https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Calidad/Observatorio_Ciudad/06_S_Percepcion/SPCEstudiosSectoriales/AcohesionSocialyServiciosSociales/ficheros/Cuestionario2017021ESU.pdf
- Duque-Fernández, L. M., Ornelas-Contreras, M., y Benavides-Pando, E. V. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. *Psicología y Salud*, 30(1), 45-57. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2617/4498>
- Guillén Pereira, L., Bueno Fernández, E., Gutiérrez Cruz, M., y Guerra Santiesteban, J. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (33), 14-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367717>
- Herrera Jaureguí, L.O., Bravo Polanco, E., Rodríguez Quintana, W., Pérez Castillo, Y., Luján Díaz, B., y López Bravo, L. (2021). Programa Comunitario de actividad física para adultos mayores del Consejo Popular Rafaelito. Su efecto en la depresión, bienestar subjetivo y condición física. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 26(280), 63-84. <https://doi.org/10.46642/efd.v26i280.2796>

- Moreno, J. A., González-Cutre, D., Martínez Galindo, C., Alonso, N., y López, M. (2018). Propiedades psicométricas de la Physical Activity Enjoyment Scale (PACES) en el contexto español. *Estudios de Psicología*, 29(2), 173-180.
- Ochoa Llumiquinga, M. I., y Pila Vilatuña, A. (2024). *Actividades lúdicas y su aporte en el estado físico y emocional del adulto mayor* [Tesis de grado]. Universidad Politécnica Salesiana. DSpace UPS. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/26977/1/TTQ1419.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Paredes Prada, E. T., Pérez Casanova, M. F., y Rodríguez, J. A. L. (2020). Actividad física en adultos: recomendaciones, determinantes y medición. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(4), 1-16. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n4/1729-519X-rhcm-19-04-e2906.pdf>
- Reyes-Rincón, H., y Campos-Uscanga, Y. (2020). Beneficios de la actividad física en espacios naturales sobre la salud del adulto mayor. *Ene de Enfermería*, 14(2), 1-16. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n2/1988-348X-ene-14-2-e14207.pdf>
- Rodríguez Torres, Á. F., Idrobo Torres, C. S., y Quiña Toapanta, F. E. (2020). El sedentarismo en el adulto mayor: revisión sistemática. *Caminos de Investigación*, 2(1), 57-67. <https://doi.org/10.59773/ci.v2i1.21>
- Toledo Sánchez, M., Concha Chávez, E., y Ruíz Campos, V. B. (2020). Programa de actividad física para la mejora de la fuerza de brazos en adultos mayores. *Conrado*, 16(72), 217-221. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v16n72/1990-8644-rc-16-72-217.pdf>



CAPÍTULO 3

**Autocuidado en el paciente adulto
mayor con diabetes tipo 2**

**Lady Ximena Cárdenas Cabrera
José Carlos Calvachi Rosero**

Resumen

El autocuidado emerge como un componente fundamental en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Esto implica el desarrollo de comportamientos que contribuyan al mejoramiento de la salud, como la alimentación, la actividad física, el monitoreo de glucosa, el cuidado de sus pies y la adherencia al tratamiento farmacológico. El objetivo general del estudio fue proponer un plan de atención de enfermería en el paciente adulto mayor con diabetes tipo 2, del área de consulta externa del Hospital Básico El Ángel, durante el período comprendido entre noviembre de 2023 y enero de 2024. La presente investigación fue descriptiva con un enfoque cuantitativo, de tipo observacional y de corte transversal, con una población de treinta y siete usuarios, a quienes se les aplicó el test validado *Summary of diabetes self-care activities* (Sdsca), para medir la adherencia y comparar su comportamiento con el asesoramiento del equipo de salud. Los resultados revelaron deficiencias significativas en el autocuidado, por ejemplo, que el 76 % no realiza mediciones regulares de glucosa, el 62 % no sigue dietas para reducir su ingesta calórica; además, menos de la mitad cumple con el ejercicio mínimo recomendado, y un preocupante 46 % consume tabaco, aumentando el riesgo de complicaciones cardiovasculares y resistencia a la insulina. A pesar de la relevancia del cuidado de sus pies y la adherencia a la medicación, sólo el 35 % realiza regularmente higiene de sus pies, y el 24 % muestra baja adherencia a los tratamientos farmacológicos. Ante esto, se generó la necesidad de proponer un plan de intervención de enfermería, que fue socializado con los pacientes, para promover prácticas de autocuidado adecuadas y reducir el riesgo de complicaciones.

Palabras clave: diabetes tipo 2, autocuidado, plan de enfermería

Introducción

La diabetes se posiciona como una de las principales amenazas a la salud global, ocupando el cuarto lugar entre las causas de mortalidad a nivel mundial, esta enfermedad no sólo representa un problema de salud pública, sino que además tiene un impacto epidemiológico, social y económico significativo: la Federación Internacional de Diabetes (2019) estima que, para el 2030, existirán 578 millones de personas con diabetes y que esta cifra aumentará a 700 millones para el 2045. El impacto de esta enfermedad no transmisible es multifacético y requiere atención urgente, ya que genera complicaciones graves. La diabetes es una epidemia que con el avanzar de los años tiende al aumento del número de casos en el mundo, y, en Ecuador, es la segunda causa de defunciones, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022) y se incluye dentro de las diez principales causas de mortalidad, entre las que también se encuentran las enfermedades cardiovasculares (infartos cardíacos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades debidas a la hipertensión y al colesterol elevado) (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2023). Todo esto exige una respuesta integral por parte de los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil.

Vásquez (2019) indica que el factor más preocupante de la diabetes no es su diagnóstico, sino la falta de control de la misma, lo que incide de manera directa y altamente preocupante en complicaciones mortales e incapacitantes, causando daños severos a la salud. La sociedad enfrenta importantes desafíos respecto de su estilo de vida, que incluyen dificultades económicas, problemas familiares y laborales, circunstancias que llevan a una rutina caracterizada por malos hábitos, falta de actividad física, además de la falta de atención por parte de los familiares, lo que también tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas afectadas.

Chong (2012) indica que “los aspectos socioculturales son determinantes durante el proceso de diagnóstico, adaptación y aceptación de la diabetes” (p. 79). En este sentido, abordar una perspectiva cultural de esta patología implica reconocer y respetar cada una de las diferencias culturales existentes, se refiere a cómo la enfermedad y el manejo de la misma son comprendidos y percibidos dentro de una determinada cultura o grupos de personas. La cultura desempeña un papel fundamental en el modo en que se vive la diabetes, en la toma de decisiones para adoptar un estilo de vida, un tratamiento y en el afrontamiento de la enfermedad, lo que implica un trabajo comunitario recíproco, en el que la empatía y la escucha activa permitan comprender las perspectivas de los pacientes y adaptar las diferentes estrategias de educación y tratamiento a sus necesidades y creencias específicas.

La falta de satisfacción de las necesidades sociales del individuo y la frecuente estigmatización debido al aspecto físico y la inadecuada atención de la sociedad hacia las necesidades de los pacientes con diabetes pueden causar una sensación de inferioridad y aislamiento. Esto, sumado a la percepción de inadecuado apoyo social, reduce significativamente las posibilidades de adaptación y puede aumentar el riesgo de depresión y control glucémico deficiente. Por otro lado, el apoyo social adecuado puede amortiguar

la asociación entre la enfermedad y la depresión, así como entre el estrés y el control de la glucemia.

Por otra parte, Reisi et al. (2024) sostienen que la gravedad de la diabetes mellitus y las limitaciones en las acciones que promueven el compromiso individual con el autocuidado contribuyen al empeoramiento de la enfermedad y al surgimiento de complicaciones. Ante este escenario, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) propuso una guía que destaca el uso de tecnologías de la información, como internet y recursos móviles, para fortalecer las acciones de educación en salud y mejorar la calidad de vida, lo que sugiere un enfoque innovador para abordar esta compleja problemática de salud. Sá et al.(2023) indican que las acciones de educación que promueven la salud, emergen como esenciales para empoderar a los individuos en la evaluación de sus comportamientos y fomentar cambios hacia un estilo de vida saludable en el que la mayoría de las personas afectadas enfrentan dificultades para cumplir con las medidas de cuidado y autocuidado necesarias para controlar la enfermedad.

Parada Jiménez et al. (2019) consideran a la diabetes tipo 2 “como una enfermedad social, no solo por su elevada frecuencia, sino también por el costo económico que representa para los gobiernos y las familias de las personas que la padecen” (p. 4). La OMS (2023) indica que este padecimiento va en aumento por la falta de ambientes adecuados para llevar modos de vida saludables y la falta de acceso a una buena asistencia sanitaria. Cuando esta enfermedad es desatendida, las consecuencias suelen ser graves e incluso llevar a la muerte. Asimismo, el MSP (2017) añade que Ecuador ha planteado estrategias para la prevención en cuanto a este problema de salud, las mismas que deben llevarse a cabo en los diferentes establecimientos sanitarios; sin embargo, existen brechas como falta de personal, carga horaria y la insuficiente colaboración de los pacientes ha hecho que el estado ecuatoriano plantee estrategias que van encaminadas

a solucionar este problema de salud y, por ello, es indispensable la educación.

Una educación continua sobre diabetes tipo 2 permite tener las herramientas precisas en el crucial autocuidado y manejo. De acuerdo con Hevia (2016), “el profesional de la salud que tiene la experiencia del cuidado de pacientes con esta patología y que ha alcanzado un nivel adecuado de conocimientos y destrezas en aspectos sociales, de comunicación, consejería y educación” (p. 276) comprende al individuo de mejor manera, transfiriéndole habilidades de autocuidado necesarias para alcanzar un buen estilo de vida saludable.

En la Zona 1 de Ecuador, Tuttillo (2019) investigó el autocuidado y sus condicionantes en pacientes diabéticos del Club del Adulto Mayor Anidados Otavalo entre 2018 y 2019. Se aplicó el cuestionario *Summary of diabetes self-care activities* (Sdsca) y la escala de McNemar, antes y después de una intervención educativa. Los factores condicionantes identificados fueron la edad, el estilo de vida y la falta de apoyo familiar. Inicialmente, sólo el 27 % de los participantes presentaban buenas prácticas de autocuidado. Tras la intervención, este porcentaje aumentó al 43 %, evidenciando un impacto positivo en el conocimiento y las prácticas de autocuidado de los pacientes.

Sobre esta problemática, Álvarez (2018) señala que Ecuador carece de una política pública específica para la diabetes, ya que las políticas actuales abarcan un amplio grupo de enfermedades. Y aunque todas las enfermedades son importantes, la diabetes destaca por su impacto económico y su mortalidad anual. Esto subraya la necesidad urgente de una política exclusiva para la diabetes, especialmente para la diabetes tipo 2, que es prevenible. Implementar una política específica ayudaría a abordar esta enfermedad de manera más efectiva y reducir su impacto en la población.

En el Hospital Básico de El Ángel de la parroquia El Ángel, perteneciente a la provincia del Carchi, se evidencia que la diabetes tipo 2 sin complicaciones, es la principal causa de morbilidad, con sesenta y tres casos (cuarenta y tres mujeres y veinte hombres). Esta alta tasa de hospitalización puede ser atribuida, en parte, a la falta de autocuidado, lo que resalta la necesidad de intervenciones educativas efectivas. Mejorar el autocuidado en aspectos como la dieta, la actividad física, y el monitoreo regular de la glucosa podría reducir significativamente estas hospitalizaciones, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y aliviando la carga sobre el sistema de salud.. La atención primaria de salud juega un papel crucial en la prevención y el manejo de la diabetes, por lo que su fortalecimiento es esencial para reducir los egresos hospitalarios relacionados con esta enfermedad. De continuar esta realidad tal como se ha descrito en los párrafos anteriores, el problema se mantendrá vigente, aspecto que repercute de forma negativa en el desarrollo socioeconómico de la persona y, por ende, de la sociedad.

El propósito fundamental de esta investigación radica en analizar la frecuencia de agravamientos de la enfermedad, los cuales se derivan de un inadecuado autocuidado en individuos con diabetes. Dado que esta enfermedad constituye un desafío en términos de salud pública, resulta imprescindible implementar un plan de enfermería de autocuidado, basadas en el conocimiento y la educación centrada en un aprendizaje participativo junto con los pacientes.

Materiales y métodos

La presente investigación fue descriptiva, con un enfoque cuantitativo, de tipo observacional y corte transversal, en la que los hechos fueron descritos de acuerdo con la información que se recopiló en forma precisa y detallada para describir el autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes tipo 2, que acude a la consulta externa del Hospital

Básico El Ángel. Se emplearon datos numéricos y estadísticos y se analizaron los factores que influyen en las prácticas de autocuidado. Se llevó a cabo la observación directa de las interacciones entre el personal de enfermería y cada paciente, en el entorno de la atención primaria; se registraron y analizaron los comportamientos, el lenguaje corporal, la claridad de la información proporcionada, la empatía y otros aspectos relevantes de la comunicación. Esta investigación identificó necesidades y problemas que permitieron la generación de conocimiento en el ámbito de la enfermería y que mejoraron la calidad de la atención y los resultados de los pacientes. Se fomentaron prácticas basadas en evidencia y centradas en las necesidades de la población. De la misma manera, al recopilarse los datos en tiempo real, sin seguimiento a largo plazo, se analizó la prevalencia de la enfermedad en un momento específico, con lo cual se establecieron las bases para investigaciones posteriores y la toma de decisiones fundamentadas.

Previo a la autorización de la institución, se aplicó el instrumento validado Toobert et al. (2000), denominado *Test Summary of diabetes self-care activities* (Sdsca), compuesto por dieciocho ítems, que tiene por objetivo medir el autocuidado de pacientes diabéticos. Se evaluaron dimensiones como la alimentación saludable, la actividad física, el monitoreo de glucosa, el cuidado de los pies, la adherencia al tratamiento farmacológico, el tabaquismo y las recomendaciones de autocuidado por parte del equipo de salud, a las que se agregaron variables sociodemográficas (sexo, edad y grado de instrucción). La valoración se realizó en una escala de tipo Likert del 0 al 7, que representó el número de días en la evaluación. Los resultados mayores o iguales a cuatro días en preguntas específicas sugirieron un cumplimiento adecuado de las actividades de autocuidado, mientras que los resultados menores a 4 días reflejaron un control deficiente de la enfermedad y un bajo interés en el autocuidado. Los datos recopilados fueron ingresados

en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2017 y posteriormente analizados mediante el programa Jamovi en su versión 2.4.11. Las herramientas que se emplearon para este estudio abarcaron tablas de moda y correlación de variables.

Este trabajo investigativo se llevó a cabo en la consulta externa del Hospital Básico El Ángel, con treinta y siete adultos mayores de sesenta y cinco años con diabetes tipo 2 de los cantones Espejo y Mira, que acudieron a la cita médica en el período comprendido entre noviembre de 2023 y enero de 2024. En el marco de los aspectos éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y de justicia, se mantuvo la confidencialidad de los datos, se respetó el anonimato y la participación voluntaria a través del consentimiento informado.

Los criterios de inclusión permitieron seleccionar a los adultos mayores de sesenta y cinco años, con diagnóstico de diabetes tipo 2, que acudieron a su cita médica a la consulta externa del Hospital Básico El Ángel, durante noviembre de 2023 y enero de 2024, y que recibieron medicación para el tratamiento; mientras que los criterios de exclusión fueron pacientes con diabetes tipo 1, que presentaron más comorbilidades, así como discapacidad física y mental que les impidiese contestar a las preguntas contenidas en los instrumentos de esta investigación, o que acudieron con cuidadores y dependieran de otras personas para tomar medicamentos antidiabéticos.

Resultados y discusión

De acuerdo con la información recopilada en la Tabla 1, con base en el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes tipo 2, se observó que los adultos mayores no realizan mediciones regulares de su nivel de glucosa en sangre, utilizando un glucómetro, por lo que esta práctica de autocuidado resultó ser la menos empleada en un 76 % de la población de estudio.

Tabla 1*Nivel de conocimientos sobre el autocuidado*

	Indicador	Porcentaje
Plan de dieta bajo en grasas	No	46 %
Plan de dieta rica en carbohidratos	No	46 %
Reducir el número de calorías para perder peso	No	62 %
Plan de dieta rica en fibra	No	57 %
Plan de dieta de frutas y vegetales	No	41 %
Comer muy pocos dulces	No	46 %
Medir el azúcar en sangre empleando el glucómetro	No	76 %
Medicamentos	No	19 %
Una inyección de insulina una o dos veces al día	No	57 %
Ejercicio durante al menos 20 minutos, 3 veces por semana	No	49 %

Además, este grupo demográfico no sigue dietas específicas, lo que significa que el 62 % no esté reduciendo activamente su ingesta de calorías para perder peso. Esto podría indicar que la nutrición y la dieta no son consideradas prioritarias, lo que conlleva a tener dificultades para adherirse a dietas específicas, debido a factores como la disponibilidad de alimentos, las preferencias personales o la falta de conocimiento sobre la nutrición. Estas brechas hacen pertinente la propuesta de un plan de intervención de enfermería efectivo para el control de la diabetes. Con respecto a las prácticas de actividad física, en tanto, el 49 % de los individuos no realiza ejercicio al menos por veinte minutos, tres veces por semana. Esto

sugiere que la actividad física no forma parte regular de su rutina, lo cual es preocupante y afecta a su salud, pues no cumple con la premisa fundamental de que la dieta y el ejercicio físico son la base del tratamiento.

Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que han demostrado un bajo nivel de conocimientos sobre la diabetes tipo 2 y un déficit de autocuidado en pacientes con esta condición. Por ejemplo, un estudio realizado en Cuba por Soler (2016) reporta que el 90,91 % de los pacientes presentaba ausencia de autocuidado, y un 45,45 % tenía un bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad. Otro estudio de Ortega (2019), realizado en Colombia, reveló que el 46 % de los pacientes desconocía en qué consistía su enfermedad y las complicaciones asociadas, lo que refleja una falta de comprensión sobre la importancia del autocuidado en la diabetes tipo 2.

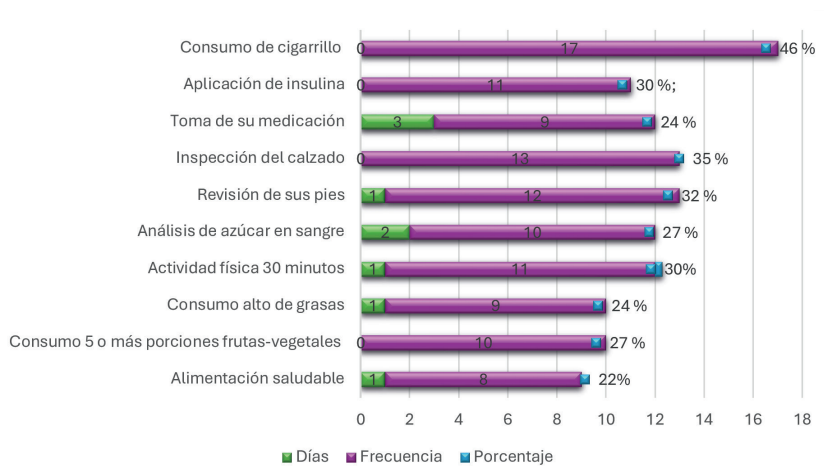
Esta investigación demostró que las prácticas inadecuadas de autocuidado, principalmente referentes al monitoreo de la glucosa, la alimentación y el ejercicio físico, guardan coincidencia con lo encontrado por Aguayo et al. (2019), quienes, en su estudio, reflejaron que el autocuidado deficiente por parte de las personas en las mencionadas tres áreas evidencia que las personas tienen la creencia de que el tratamiento farmacológico por sí solo es suficiente y dejan de lado las conductas realmente indispensables, como la alimentación y el ejercicio.

Sobre la base de los resultados de la Figura 1, se observó que los pacientes corren el riesgo de aumentar la gravedad de la diabetes tipo 2, debido que el consumo de tabaco es notablemente alto, pues sólo el 46 % indica que no fuma, por lo que más de la mitad de los pacientes podría estar en riesgo debido al tabaquismo, que puede aumentar la resistencia a la insulina y, por lo tanto, aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Este dato es preocupante

y, por ello, se propone la necesidad de implementar intervenciones enfocadas en reducir su consumo.

Figura 1

Factores asociados al autocuidado



En cuanto al cuidado podológico, el 35 % del grupo de estudio inspecciona su calzado una vez por semana, una medida crucial para prevenir complicaciones en los pies, como úlceras e infecciones, que son comunes en pacientes con diabetes tipo 2, debido a la neuropatía diabética. Esta práctica de autocuidado ayuda a detectar objetos extraños, desgastes internos y otros factores que podrían causar lesiones, contribuyendo así a una mejor movilidad y una reducción de costos médicos asociados con tratamientos de complicaciones graves. Al respecto, se considera que el cuidado podológico regular puede reducir significativamente el riesgo de amputación en personas con diabetes tipo 2. El cuidado podológico

incluye la inspección regular de los pies, el cuidado de las uñas y el tratamiento de las úlceras.

Por otra parte, se considera que la adherencia a la medicación es esencial para controlar niveles de glucosa en sangre, sin embargo, el 24 % de los pacientes no mostró una buena adherencia a la medicación, con una variabilidad alta entre los que completaron la toma de medicación durante los siete días y los que no. Esto podría reflejar desafíos en el manejo de la diabetes, como la complejidad del régimen de medicación, el olvido o problemas de acceso a los medicamentos.

En un estudio de Parada Jiménez et al. (2019), se reportó que los pacientes con diabetes tipo 2 aplicaban pocos mecanismos de autocuidado, principalmente los relacionados con la dieta y el cuidado podológico. No obstante, entre los mecanismos de autocuidado con mayor práctica en la población de estudio, se destaca la adherencia al tratamiento farmacológico, el cuidado podológico y la ausencia de hábitos tóxicos. Dichas conductas contribuyen al buen manejo de la diabetes mellitus, aunque estas, por sí solas, no son suficientes para conservar una buena agencia de autocuidado y lograr un control óptimo de la enfermedad. En otro estudio realizado, se indicó que la baja adherencia al tratamiento y la falta de automonitoreo de glucosa estaban asociadas con un peor control glucémico y un mayor riesgo de complicaciones en pacientes con diabetes tipo 2 (Mediavilla, 2021).

La importancia de la actividad física en esta población ha sido ampliamente documentada, con investigaciones que resaltan los beneficios del ejercicio regular sobre el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones (García et al., 2020).

Conclusiones

La evaluación detallada del nivel de conocimientos en el paciente adulto mayor con diabetes tipo 2, realizada través del test de autocuidado en diabetes, revela la necesidad crítica de intervenciones educativas personalizadas enfocadas en la dieta, la actividad física, el monitoreo de glucosa, los cuidados de los pies y la adherencia al tratamiento farmacológico. Estas medidas son esenciales para garantizar un buen autocuidado, prevenir complicaciones y mejorar significativamente la gestión de la diabetes, así como la calidad de vida del paciente adulto mayor.

Aunque hay niveles aceptables de conciencia en ciertos aspectos, como el uso de medicamentos y la importancia de una dieta basada en frutas y vegetales, también existen claras deficiencias en la comprensión de áreas claves. Es esencial que el profesional de salud intensifique los esfuerzos educativos para abordar la falta de conocimientos en aspectos cruciales como el control regular del azúcar en sangre, la importancia de la actividad física y la necesidad de reducir calorías para la pérdida de peso. Esta estrategia educativa y de apoyo personalizada puede ser fundamental para mejorar la gestión en cuanto a un mejor acceso a recursos de salud y adopción de estilos de vida saludables, promoviendo un mejor autocuidado del paciente adulto mayor.

El nivel de autocuidado de la población estudiada según el Sdsca fue relativamente positivo, pues permitió concluir que los pacientes llevan una adecuada adherencia a la dieta como al tratamiento, al hábito de no fumar y al cuidado de los pies; sin embargo, tienen un mal manejo en cuanto a la actividad física y un escaso monitoreo de glucosa en sangre. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar un plan de intervención de enfermería en educación y apoyo para mejorar el autocuidado en esta población,

con el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes tipo 2.

Con base en las metas específicas establecidas para el control glucémico, la adherencia a la medicación, la dieta y la actividad física, se elaboró un plan de atención de enfermería integral. Este plan se centró en proporcionar educación personalizada, apoyo emocional y social, seguimiento periódico, intervención familiar, un enfoque holístico que consideró las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente, y una evaluación continua de la efectividad del plan de enfermería.

Recomendaciones

Se sugiere a la autoridad sanitaria implementar un programa integral que combine el apoyo a las comunidades de autoayuda con la educación en autocuidado nutricional para adultos mayores con diabetes tipo 2. Este programa debe incluir la realización de evaluaciones de los grupos de autoayuda, la mejora de sus deficiencias, y la capacitación del personal médico, especialmente enfermeros, en asesoría sobre autocuidado. La difusión de información sobre nutrición adecuada a través de diversos medios y la entrega de material informativo específico para adultos mayores y cuidadores serán fundamentales para prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida, y reducir discapacidades, mortalidad prematura y costos sanitarios en el país.

En cuanto al personal de salud que labora en la consulta externa del Hospital Básico El Ángel, se recomienda la aplicación del plan de atención en enfermería identificando las necesidades del paciente a través de una evaluación exhaustiva seleccionando Nanda (diagnósticos), NIC (intervenciones) y NOC (resultados), un proceso que implica identificar las necesidades del paciente, seleccionar intervenciones terapéuticas apropiadas —como la educación del paciente y el monitoreo de signos vitales— y evaluar los resultados

esperados —como la mejora en el conocimiento del autocuidado y el control metabólico—. Se busca promover la participación activa del paciente, garantizar una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y proporcionar una atención individualizada y continua para lograr resultados óptimos en el manejo de la salud del paciente.

Al paciente adulto mayor con diabetes tipo 2 y a la población en general, se recomienda un adecuado control metabólico a través de actividad física, medidas de higiene, dietéticas y farmacológicas, para mantener niveles normales de parámetros que pueden condicionar un mayor riesgo cardiovascular y de otras comorbilidades. Asimismo, el apoyo emocional y social juega un papel fundamental para ayudar a los pacientes a afrontar los desafíos de la enfermedad. El seguimiento periódico y la intervención familiar son componentes esenciales para garantizar un cuidado integral. Un enfoque holístico que considere las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente, junto con una evaluación continua de la efectividad del plan de enfermería completan las estrategias recomendadas. La implementación de este plan integral puede mejorar significativamente el autocuidado y la calidad de vida del paciente adulto mayor.

Referencias

- Aguayo Verdugo, N., Valenzuela Suazo, S., y Luengo Machuca, L. (2019). Autocuidado, alfabetización en salud y control glicémico en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia y Enfermería*, 25(21), 1-12. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100217>
- Álvarez, J. F. (2018, septiembre). *Factores de riesgo socioeconómicos en la prevalencia de diabetes tipo II. Evidencia en el Ecuador ENSANUT-ECU 2011-2013* [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Repositorio Nacional PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/bfb1e6f6-47c0-4fac-9c60-728dfa8e1e71/content>
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. 1^{er} Diabetes Atlas 9th edition. <https://www.diabetesatlas.org>
- García, J. B., Llerandi, A., Rocha, N., y Peón, M. (2020, 13 de marzo). *La importancia de una alimentación saludable. Adherencia & Cronicidad & Pacientes*. <https://www.adherencia-cronicidad-pacientes.com/adherencia/la-importancia-de-una-alimentacion-saludable/>
- Hevia, P. (2016). Educación diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 271-276. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864016300165>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. INEC. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividad-fisica-y-sedentarismo/>
- Mediavilla, J. J. (2021). Importancia de la adherencia a los estilos de vida saludable en personas con diabetes. *Medicina de familia SEMERGEN*, 47(3), 141-143. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.04.001>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de Práctica Clínica. Plan Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2017-2025*. MSP. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2023, 14 de noviembre). 14 de noviembre: *Día Mundial de la Diabetes*. MSP. <https://www.salud.gob.ec/14-de-noviembredia-mundial-de-la-diabetes/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 22 de enero). *Guías de la OMS sobre intervenciones digitales para la salud*. OMS. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c3c53f30-23cc-48d0-a3b5-c05ddd7f5349/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Ortega, S. B. (2019). Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Avances en Salud*, 3(2), 18-26. <https://doi.org/10.21897/25394622.18>
- Parada Jiménez, D., Castillo López, A., Zapata Morales, K., Morales Ojeda, I., Fuentes Vera, P., y Flores Farías, D. (2019). Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1-7. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1034/296>

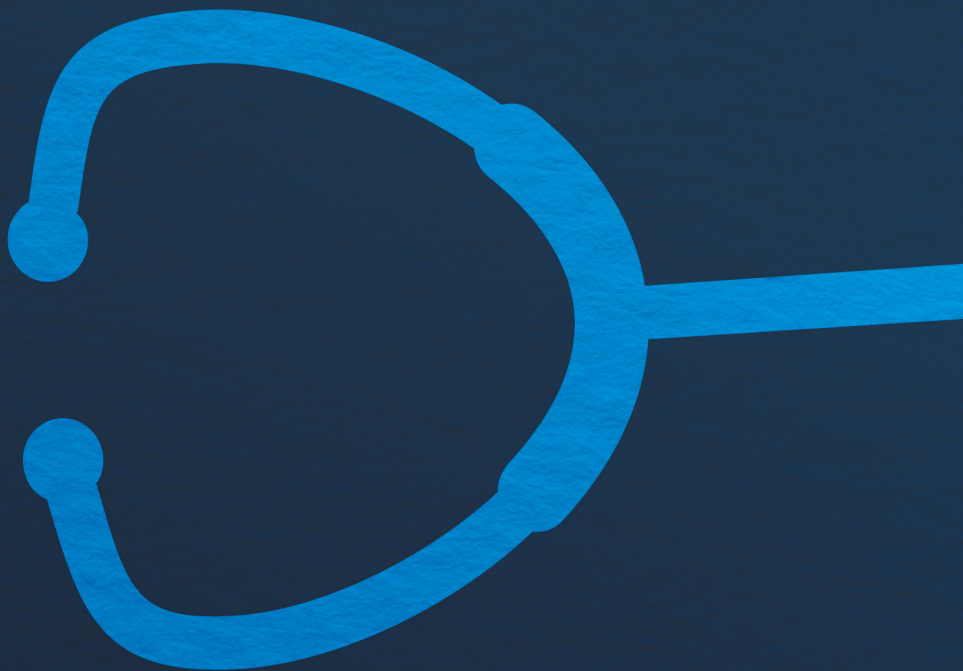
- Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. (03 de 02 de 2024). Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in iranians with type 2 diabetes. *Oman Medical Journal*, 31(1), 52-59. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.10>
- Sá, J. S., Santana, M. D. O., Santos, M. G., Benedito, J. C. S., y Teston, E. F. (2023). Tecnologias educacionais utilizadas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0049pt>
- Soler, Y. M. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 244-252. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300004
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., y Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
- Tuttillo, J. (2019). *Autocuidado y factores condicionantes en pacientes diabéticos, en el club del adulto mayor anidados Otavalo, 2018–2019* [Tesis de especialización]. Universidad Técnica del Norte. Repositorio Digital de la Universidad Técnica del Norte. <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10229>
- Vásquez, M. (2019). *Grado de lesión más frecuente en pies de pacientes diabéticos y relación con variables clínicas y familiares, en la Unidad Médica Familiar número 64, de Córdoba Veracruz* [Tesis de grado]. Universidad Veracruzana. Repositorio de la Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Daniel1.pdf>

Anexo A

Plan de intervención en enfermería para pacientes adultos mayores con diabetes tipo 2

Aspecto de mejora	Descripción	Justificación	Acciones propuestas
Personalización	Personalizar los programas de actividad física según las capacidades y limitaciones individuales de cada participante.	La individualización garantiza que los participantes se beneficien adecuadamente y que se reduzca el riesgo de lesiones.	Ajustar el programa de acuerdo con las necesidades y objetivos individuales. Ofrecer alternativas de ejercicios adaptados para atender limitaciones particulares.
Variedad de actividades	Introducir una variedad de actividades físicas, recreativas y lúdicas durante cada semana para mantener el interés y la participación a lo largo del tiempo.	La monotonía puede disminuir la motivación y el compromiso. La variedad de actividades promueve la diversificación de habilidades y el disfrute.	Incluir actividades como juegos de mesa, clases de baile, yoga ejercicios de resistencia y flexibilidad. Organizar sesiones temáticas y eventos especiales para mantener la diversidad.
Inclusión del grupo en actividades sociales y culturales de la comunidad.	Incluir a todos los participantes en actividades importantes como pregones o comparsas.	Esta actividad puede generar mayor interés de participación del programa y la sensación de ser útiles e importantes para la sociedad.	Generar convenios interinstitucionales para la colaboración respecto de la vestimenta y los incentivos para los participantes del programa.

Monitoreo continuo	Establecer un sistema de seguimiento regular para evaluar el progreso y ajustar el programa según sea necesario.	El monitoreo continuo permite adaptarse a los cambios en la condición física y abordar cualquier problema de salud que pueda surgir.	Implementar evaluaciones periódicas para medir la mejora en la fuerza, la flexibilidad y la resistencia. Establecer reuniones regulares con los participantes para recibir su retroalimentación y realizar ajustes según sea necesario.
Incorporación de materiales de apoyo	Incorporar recursos adicionales para fomentar la participación en las actividades.	El material de apoyo puede generar mayor interés en las actividades.	Obtener material de apoyo como pelotas, juegos de mesa, etc.
Fomentar la socialización y trabajo al aire libre	Crear oportunidades para que los participantes se conecten entre sí, fomentando un sentido de comunidad.	La interacción social puede mejorar la motivación y la adherencia al programa.	Organizar eventos sociales como caminatas grupales, clases colectivas y actividades recreativas. Facilitar la formación de grupos de apoyo para que los participantes compartan experiencias y se apoyen mutuamente.
Educación en salud	Incorporar sesiones educativas sobre salud y bienestar en el programa para empoderar a los participantes con conocimientos sobre hábitos saludables.	La educación fortalece la conciencia y promueve la incorporación de un modo de vida activo y saludable fuera de las sesiones del programa.	Invitar a profesionales de la salud para ofrecer charlas sobre nutrición, manejo del estrés y otros temas relevantes. Proporcionar material educativo, tanto impreso como en línea.



CAPÍTULO 4

**Estrategias para el manejo del
estrés y del dolor en el proceso de
vacunación, en niños menores de
diez años**

**Andrea Ortíz Rosero
Roba Amer Al Kontar**

Resumen

El dolor y el estrés en la vacunación están asociados al uso de objetos punzantes, por lo que es importante proponer estrategias de mitigación del dolor y estrés, que, a su vez, contribuyan a brindar atenciones de calidad desde el profesional de enfermería hacia los usuarios. Por lo tanto, en esta investigación se propusieron estrategias de mitigación de estrés y dolor, antes, durante y después del proceso de inmunización en niños menores de diez años que acuden al Centro de Salud El Carmelo. Se determinó el nivel de percepción de estrés y dolor en niños menores de diez años y se identificaron acciones de mitigación de estrés y dolor aplicadas por parte del personal de salud en el proceso de inmunización para elaborar estrategias de mitigación de estrés y dolor antes, durante y después de la vacunación. Para ello se utilizaron instrumentos como las escalas de Flacc (cara, piernas, actividad, llanto, consuelo, por sus siglas en inglés) y escalas de caras. Por otra parte, se utilizó una lista de cotejo que permitió observar las estrategias que el personal de enfermería de esa casa de salud aplicaba. El estudio fue de enfoque cuantitativo, del tipo observacional, transversal, analítico. El universo del estudio estuvo compuesto por cuarenta niños menores de diez años, mismos que acudieron al centro de salud para su inmunización correspondiente, de acuerdo con su edad. Se obtuvieron resultados importantes, pues los niños menores de dos años fueron quienes más niveles de dolor y estrés experimentaron durante el proceso de vacunación. El personal de enfermería que labora en el Centro de Salud El Carmelo aplica únicamente educación y preparación en todas las atenciones y, muy pocas veces, una posición cómoda, quedando de lado muchas otras estrategias que se pueden aplicar en la vacunación.

Palabras clave: vacunación, estrés, dolor, estrategias.

Introducción

La vacunación es una acción preventiva fundamental para asegurar la salud y el bienestar de los niños. Según Valenzuela (2020), a nivel mundial, los programas de vacunación infantil han tenido una notable repercusión en las tasas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años. En este sentido, se podría decir que las vacunas son la estrategia más importante de la salud pública que se ha podido establecer como medida de prevención de las enfermedades inmunoprevenibles, a fin de erradicar y eliminar algunas de estas enfermedades. Asimismo las vacunas han representado un aporte significativo de equidad para la humanidad, debido a que están destinadas para la población en general, de acuerdo con el grupo de edad, sin discriminación de raza o estatus social.

La inmunización, a través del tiempo, ha garantizado la supervivencia de la humanidad. Una de las estrategias más efectivas en el ámbito de la salud pública ha sido la implementación de programas de vacunación a nivel global. Estos programas han logrado disminuir e incluso eliminar enfermedades inmunoprevenibles que tienen un alto impacto en la morbilidad y mortalidad (Izquierdo y Martínez, 2020). La inmunización, que se logra mediante la administración de vacunas, estimula la respuesta inmune del ser humano, al introducir

cantidades mínimas de antígenos, con el fin de activar la respuesta inmunológica. Esta, a su vez, permite que el cuerpo responda de manera rápida y eficiente ante posibles exposiciones a agentes patógenos.

Por lo general, las vacunas se consideran seguras, con pocas posibilidades de causar efectos no deseados. Para la Organización Mundial de la Salud, las vacunas pueden presentar eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (Esavi), estos son efectos colaterales no deseables que aparecen tras la aplicación de una vacuna y que pueden clasificarse en locales, sistémicos y alérgicos. Ante estas situaciones, el personal de salud deberá implementar estrategias y seguimientos que permitan un manejo adecuado y oportuno de la situación. Algunos de estos efectos adversos pueden comprometer significativamente el bienestar de las personas, al punto de causar, incluso, la muerte. Sin embargo, la existencia de una relación riesgo-beneficio en la mayoría de las vacunas determina que estas sean percibidas como unas sustancias o grupo de sustancias seguros para la salud (Álvarez, 2018), por lo que, de manera general, las personas consideran someterse a la inmunización, debido a que implican un aporte significativo para la salud de la población en general.

El efecto adverso más significativo es el dolor. Para Rivara et al. (2010), “el estudio del dolor en niños y su manejo es un reto de vigente actualidad, especialmente en el alivio de este tanto si es agudo como crónico” (p. 10), pero, en ocasiones, aunque existen considerables apreciaciones sobre el manejo del dolor posterior a la vacunación, este factor no es considerado en los establecimientos de salud. La vacunación en sí genera dolor y estrés en los niños que han sido inmunizados, siendo este un desafío para el profesional de enfermería. Según Taddio et al. (2010), la administración de vacunas es un procedimiento doloroso que se realiza con más frecuencia en la infancia, por lo que la falta de un manejo adecuado del dolor

expone a los niños, en muchos casos, al sufrimiento. En ocasiones, los profesionales de enfermería se han limitado a cumplir con la práctica de administración de la vacuna de acuerdo con la edad del paciente pediátrico, sin tomar en cuenta el sufrimiento de los niños que pasan por este procedimiento.

A diario, se observan procedimientos médicos que generan dolor en los niños, especialmente, la administración de las vacunas. Para Margenta et al. (2011) “el tratamiento eficaz del dolor requiere que los enfermeros/as estén dispuestos a probar diversas intervenciones basadas en el juicio y el conocimiento clínico, así como que se lleven a la práctica para conseguir resultados sobre el paciente” (p. 2). Aplicar dichas estrategias en el campo de acción permitirá tener una aceptación mayor a la hora de recibir la vacunación, así como una más alta calidad en la prestación del servicio y, por ende, la satisfacción del usuario. El trabajo del profesional de enfermería juega un papel crucial, pues el manejo del paciente pediátrico implica práctica y destreza en el campo de acción. Las experiencias dolorosas en la infancia suponen una predisposición negativa en futuras intervenciones, por lo que algunos investigadores afirman que, a través de medidas adecuadas, es posible crear una idea positiva hacia las sucesivas consultas o intervenciones que el niño/a experimente (Plaza y Gómez, 2015).

Para De la Parte-Serna (2022), “el personal de salud humanizado reconoce la importancia de la relación médico-paciente y trabaja para establecer una conexión entre ambos. Esto incluye la comprensión de las necesidades del paciente y la personalización de la atención médica para satisfacer[las]” (p. 75), por lo tanto, la humanización de los profesionales de enfermería es fundamental para garantizar una atención de calidad, más aún cuando el usuario es un niño, puesto que, actualmente, se observa a diario profesionales apáticos al brindar una atención o al realizar un procedimiento. Según Condori y Choque (2022), “la humanización del personal de salud

puede incluir la mejora de la calidad de los entornos de atención médica, de la iluminación, la creación de espacios de curación, la capacitación del personal de salud en habilidades de comunicación, empatía” (p. 94), es por ello, que se hace necesario crear estrategias aplicadas en el área de vacunación que permitan mitigar los niveles de estrés y dolor de todos los niños que acuden a la vacunación.

Es muy común evidenciar una relación nula entre el profesional de salud y el paciente, lo que significa que el profesional de la salud únicamente cumple con sus funciones, dejando de lado las necesidades de la población. A pesar de que hay numerosos artículos publicados en la actualidad sobre métodos para aliviar y prevenir el dolor relacionado con las vacunas, son pocos los profesionales que han incorporado regularmente estos recursos en su práctica clínica (García y Hernández, 2017). La habilidad para personalizar la atención, establecer una comunicación transparente y ejecutar alguna medida es crucial en la relación médico-paciente, debido a que contribuye significativamente a la calidad de la atención médica y al bienestar general del paciente. Para Martínez (2021), el profesional de la medicina “debe escuchar al paciente, comprender sus necesidades y preocupaciones y personalizar la atención médica en consecuencia. También debe ser capaz de comunicarse de manera clara y efectiva con el paciente, y otorgar opciones de atención de manera comprensible” (p. 144).

Las estrategias de mitigación de dolor y estrés más requeridas en la práctica médica son las no farmacológicas, por lo que se pretende concientizar al profesional de enfermería para aplicarlas diariamente, sin la necesidad de una prescripción médica. La eficacia de las medidas no farmacológicas para reducir el dolor durante la vacunación ha sido ampliamente estudiada en bebés, pero hay menos investigaciones sobre su efectividad en niños mayores y sobre la percepción de los padres respecto del dolor experimentado por los niños. (Gorrotxategi et al., 2022). En este sentido, es importante

motivar a que se incrementen paulatinamente en todas las etapas de la vida de los pacientes, con el fin de humanizar los servicios sanitarios y, de esta manera, brindar atenciones cálidas, más aún cuando el usuario es un paciente pediátrico. Para Merino y Bravo (2009), las medidas más utilizadas hasta ahora para disminuir el dolor en las vacunaciones han sido generalmente, el amamantamiento y las medidas distractoras; de hecho, contener físicamente al bebé en el regazo materno disminuye los signos externos de sensación de dolor. De acuerdo con su afirmación, estas estrategias disminuyen notablemente las sensaciones de miedo y dolor en los niños, brindando, a su vez, seguridad y confianza a la hora de vacunarse.

Ante situaciones de estrés y dolor en la vacunación, la aplicación de estrategias que estén a disponibilidad del paciente, sin costo ni restricción facilitará su aplicación, por lo que es más factible el uso de medidas no farmacológicas. Soriano (2010) afirma que “el mecanismo de acción de las medidas no farmacológicas es variado. Unas producen liberación de endorfinas endógenas y otras activan sistemas neuropéptidos que tienen como efecto una acción potenciadora de los opioides endógenos; otras únicamente distraer el dolor” (p. 1). En tal virtud, su aplicación genera una disminución de la sensación dolorosa asociada al pinchazo y al ingreso del biológico. Asimismo, existen numerosas estrategias encaminadas a la disminución del dolor y estrés en la vacunación. Según García y Hernández (2017), algunas de las medidas que han mostrado eficacia en la disminución del dolor, además del amamantamiento, son las soluciones azucaradas en lactantes de hasta dieciocho meses y las maniobras de distracción para infantes de entre los dos y doce años.

Este estudio determinó el nivel de estrés y dolor que presentaron niños menores de diez años que acudieron a la vacunación, al mismo tiempo que se elaboraron estrategias no farmacológicas para que el personal de enfermería pueda implementarlas en su cotidianidad y brindar así una atención de calidad a los usuarios.

Materiales y métodos

El estudio se realizó en la provincia del Carchi, cantón Tulcán, específicamente en la parroquia El Carmelo, tomando en consideración, como punto focal, al área de vacunación de la unidad operativa El Carmelo, una casa de salud de primer nivel de atención, de tipología A y que ofrece sus servicios a 3003 habitantes, de los cuales, 135 son niños menores de diez años.

El grupo de estudio se constituyó con cuarenta niños menores de diez años, quienes representaron el universo. No se aplicó la toma de muestra, debido al número de niños vacunados durante el período de estudio comprendido entre julio y noviembre de 2023. Estos niños se caracterizaron por asistir en compañía de sus tutores o padres de familia a la vacunación, se autoidentificarse con la etnia mestiza y depender del sustento de los padres, los cuales son trabajadores autónomos, en su mayoría. Previo a la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado, mismo que faculta al investigador a desarrollar su proceso de investigación. El enfoque del estudio fue de tipo cuantitativo y se basó en la recolección y análisis de datos numéricos y estadísticos; además, fue de tipo observacional; analítico, debido a que se buscó establecer la relación o asociación entre las variables, sin buscar una relación causal directa; y de corte transversal, porque se desarrolló en el tiempo específico.

Para la recolección de datos, se aplicó las escalas de Flacc (cara, piernas, actividad, llanto, consuelo, por sus siglas en inglés) a niños menores de dos años, y la escala de caras corregidas, la cual se aplicó a los usuarios de dos a nueve años. Estas son escalas aprobadas internacionalmente para uso médico en determinación del nivel de estrés y dolor en pacientes pediátricos. Así también, se aplicó una lista de cotejo respecto del personal de enfermería que labora en el Centro de Salud El Carmelo, para observar si se aplicaban algunas

estrategias de mitigación del dolor y estrés en niños menores de diez años que acudían al mencionado establecimiento para su proceso de vacunación.

La escala de Flacc, para Gallegos-Martínez y Salazar-Juárez (2010), permite evaluar aspectos como “la expresión de la cara, los movimientos de las piernas, la actividad, el llanto y la consolabilidad en un menor de 2 años que presenta dolor y estrés” (p. 27).

Tabla 1

Escala de Flacc

Ítem	0	1	2
Llanto o voz	No llora ni se queja.	Consolable, llora, pero responde a mimos.	Inconsolable, llora insistentemente.
Expresión facial	Normal, calmado, relajado.	Menos marcado, intermitente, corta mueca de disgusto.	Marcado constantemente. Larga mueca de disgusto.
Postura	Normal, ninguna, indiferente.	Piernas y muslos flexionados. Tocándose, friccionándose, comedidamente.	Agarrado a la zona de dolor, a la defensiva, tenso.
Movimiento	Normal.	Reducido o inquieto. Agitación moderada o actividad disminuida.	Inmóvil o derrotado. Agitación incesante o ninguna actividad.
Capacidad de consolidación	Satisfecho.	Consolable, se puede distraer.	Es muy difícil o imposible consolarlo.

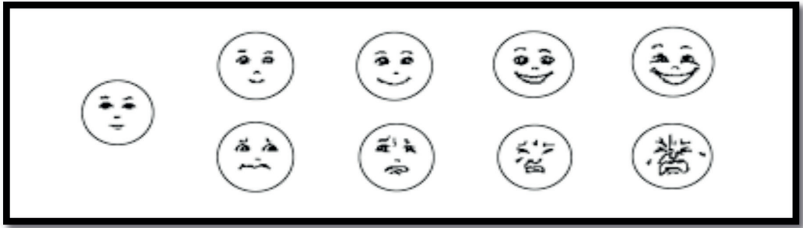
Nota. Contenido adaptado a partir de Gallegos-Martínez y Salazar Juárez (2010).

Con respecto a la escala de caras, en su versión corregida, Quiles et al. (2004) expresan que “consta de nueve rostros, de los que cuatro representan diversas magnitudes de afecto positivo;

cuatro, afectos negativos, y uno representa una cara neutra. Tras la aplicación, se asignan valores ordinales a los datos obtenidos” (p. 53)

Figura 1

Escala de caras



Nota. Información tomada de Quiles et al. (2004).

Los datos recopilados fueron ingresados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2017, para formar una base de datos y, posteriormente, fueron analizados mediante el programa Jamovi, en su versión 2.4.11.

La lista de cotejo (Tabla 2) permitió observar las estrategias que el personal de enfermería del Centro de Salud El Carmelo aplica durante el proceso de vacunación a los niños menores de diez años.

Tabla 2

Lista de cotejo

Criterios para evaluar	Siempre (3)	A veces (2)	Nunca (1)
Educación y preparación			
Entorno acogedor			
Maniobras de distracción (canciones, cuentos, música, amamantamiento, administración de soluciones azucaradas)			
Posición cómoda			
Climatización			

Resultados y discusión

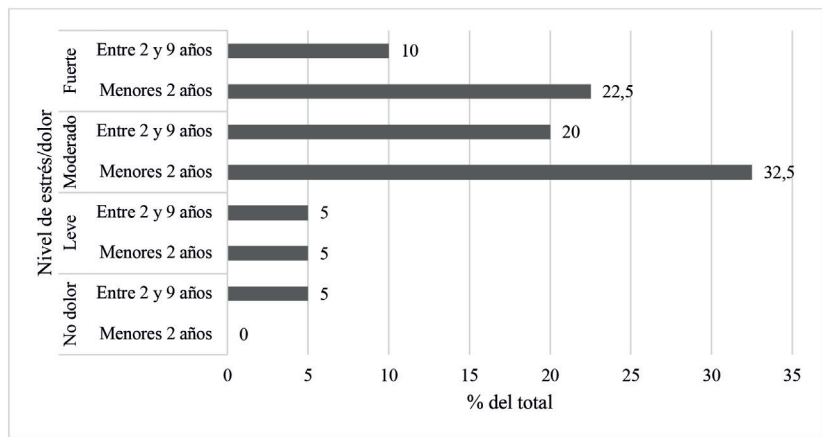
El universo de estudio se clasificó de la siguiente manera:

Menores de dos años: veinticuatro niños, a los que se les aplicó la escala Flacc y que determina su nivel de estrés y dolor.

- De dos a nueve años: a dieciséis niños, se aplicó la escala de caras corregida, que determina el nivel de estrés y dolor.

Figura 2

Nivel de estrés y dolor en niños menores de diez años



En la Figura 2, se puede evidenciar que el nivel de estrés y dolor que presentaron los niños menores de dos años oscila, en mayor medida, entre moderado y fuerte, mientras que el dolor y el estrés en niños de dos a nueve años disminuye considerablemente, es decir, entre más edad tenga el paciente, menor grado de dolor y estrés presenta.

Tabla 3

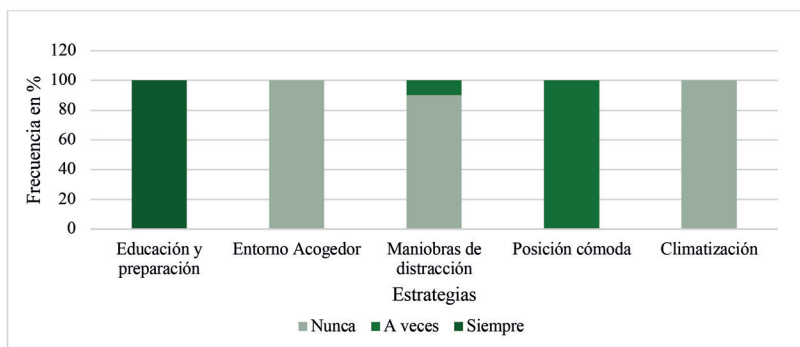
Nivel de estrés y dolor en niños menores de 10 años, por sexo

Estrés/ dolor vacunal	Sexo	Edad	Frecuencias	% del total	% acumulado
No dolor	Hombre	Menores 2 años	0	0,0	0,0
		Entre 2 y 9 años	0	0,0	0,0
	Mujer	Menores 2 años	0	0,0	0,0
		Entre 2 y 9 años	1	2,5	12,5
	Mujer	Menores 2 años	0	0,0	12,5
		Entre 2 y 9 años	1	2,5	15,0
Moderado	Hombre	Menores 2 años	5	12,5	27,5
		Entre 2 y 9 años	5	12,5	67,5
Fuerte	Hombre	Menores 2 años	4	10,0	77,5
		Entre 2 y 9 años	3	7,5	100,0

De acuerdo con la Tabla 3, se obtiene como resultado que el sexo masculino es quien más percibe dolor y estrés en el proceso de vacunación.

Figura 3

Acciones de mitigación de estrés y dolor aplicadas por el personal de enfermería



En referencia a la Figura 3, se puede mencionar que los profesionales de enfermería que laboran en el Centro de Salud El Carmelo, en todas las ocasiones, brindan educación y preparación previo a la vacunación. A veces, realizan maniobras de distracción, pero nunca aplican estrategias de climatización y de generación de un entorno acogedor que garantice una atención de calidad en el proceso de vacunación.

Tabla 4

Correlación de las variables

Maniobras de distracción (canciones, cuentos, música, amamantamiento, administración de soluciones azucaradas)	Rho de Spearman	0,159
	valor p	0,326
Edad	Rho de Spearman	0,215
	valor p	0,183
Sexo	Rho de Spearman	0,041
	valor p	0,799

En la Tabla 4, se observa la correlación entre las variables, donde, a menores maniobras de distracción se realicen en el proceso de vacunación, mayor grado de dolor y estrés presentarán los pacientes pediátricos; de la misma manera, se detalla que, entre más edad, menor dolor y estrés se siente en la vacunación.

Se han examinado diferentes aspectos relacionados con el dolor y el estrés experimentados durante la vacunación, en varios estudios. Entre los factores analizados están la cantidad de vacunas administradas en la misma cita y el orden en que estas se aplican. Además, se ha observado que las escalas utilizadas para medir el dolor varían según la edad del paciente. De la misma manera, es importante tener en cuenta otros factores que podrían influir en la experiencia de dolor y estrés durante la vacunación infantil. Por ejemplo, el entorno en el que se lleva a cabo el procedimiento, la actitud de los profesionales de la salud, la empatía que se genera con el paciente y el padre o tutor y la preparación previa del niño; todos estos cumplen un papel importante en la forma en que el niño percibe y experimenta el dolor. Por lo tanto, es crucial considerar estos aspectos adicionales al abordar el tema del dolor y el estrés durante el proceso de vacunación.

Asimismo, existen diversas formas de evaluar el dolor en los niños, que se basan, principalmente, en dos métodos: la observación de la conducta del paciente y la información subjetiva proporcionada por el propio niño. En el caso de los niños menores de dos años, la observación de la conducta es una herramienta fundamental para valorar el dolor. Se observan signos como agitación, llanto y gestos de dolor, los cuales son indicadores importantes para determinar la intensidad del dolor experimentado.

Además, se utilizan escalas conductuales específicas, diseñadas para este grupo de edad. Estas escalas suelen ser similares en cuanto a los parámetros que se evalúan y la puntuación asignada. Una de las escalas más utilizadas es la escala Flacc (acrónimo en

inglés de *face, legs, activity, cry* y *consolability*) o su versión revisada. Esta escala evalúa diferentes aspectos de la conducta del niño, como la expresión facial, la actividad motora, el llanto y la capacidad de ser consolado. Cada uno de estos aspectos se puntúa de acuerdo con una escala predefinida, lo que permite obtener una medida cuantitativa del dolor experimentado por el niño.

Es importante destacar que estas escalas conductuales son una herramienta complementaria para evaluar el dolor y el estrés en los niños, pero también es relevante tomar en consideración la información proporcionada por ellos mismos, especialmente cuando se trata de niños mayores, en los que la comunicación verbal es esencial para expresar su dolor de manera más articulada. En estas edades, se pueden utilizar escalas de evaluación subjetiva, como las escalas de caras o las escalas numéricas, en las que el niño puede indicar el nivel de dolor que experimenta.

Si se pretende humanizar los servicios de salud, se debería aplicar todo tipo de estrategias que contribuyan a mitigar los niveles de dolor y estrés durante el proceso de vacunación, con el objetivo de brindar una atención de calidad a todos los usuarios que requieran de este servicio. No se justifica desatender este aspecto por la efectividad que estos procedimientos han mostrado, debido a que sí se ha evidenciado la disminución de estrés y dolor en los niños que acuden a la vacunación. En función de los resultados obtenidos, por tanto, se elaboró un conjunto de estrategias de mitigación del estrés y el dolor, que se propone utilizar en cada fase del proceso de vacunación en el Centro de Salud El Carmelo, como se detalla a continuación.

Antes de la vacunación:

- Educación y preparación: proporcionar información clara y comprensible sobre el proceso de vacunación, incluyendo qué esperar durante la vacunación y los beneficios de la

vacuna. Esto ayuda a reducir la ansiedad y el estrés, al brindar una comprensión adecuada de la vacunación, a los niños y sus padres.

- Entorno acogedor: crear un ambiente amigable y acogedor en el centro de vacunación, con colores agradables, juguetes o actividades para distraer a los niños y hacerlos sentir más cómodos y relajados.
- Comunicación efectiva: mantener una comunicación clara y efectiva con los niños y sus padres durante todo el proceso de vacunación, explicando cada paso y respondiendo a sus preguntas y preocupaciones.

Durante la vacunación:

- Técnicas de distracción: utilizar técnicas de distracción, como contar historias, cantar canciones o jugar con juguetes, para desviar la atención de los niños durante la vacunación y reducir su percepción del dolor y el estrés (Nieto et al., 2019)
- Anestésicos tópicos: aplicar anestésicos tópicos en crema en el área de la inyección para adormecer la piel y reducir la sensación de dolor durante la vacunación.
- Posiciones cómodas: colocar al niño en una posición cómoda durante la vacunación, como sentado en el regazo de un padre o acostado en una camilla, para que se sienta más seguro y relajado.

Después de la vacunación:

- Reforzamiento positivo: dar elogios verbales o materiales después de la vacunación para reforzar el comportamiento positivo y ayudar a los niños a asociar la experiencia con algo positivo.
- Consuelo y cuidado: brindar consuelo y cuidado después

de la vacunación, en forma de abrazos o palabras de aliento, y ofrecer una sensación de seguridad y apoyo emocional.

- Información sobre efectos secundarios y cuidados posteriores: informar a los padres sobre los posibles efectos secundarios de la vacuna y proporcionarles pautas sobre cómo manejarlos, como el uso de analgésicos si hay fiebre o dolor en el sitio de la inyección.

Aplicación de medios físicos: utilizar medios físicos, como compresas frías, para aliviar el dolor o la inflamación en el sitio de la inyección después de la vacunación (Ortiz Cabello y Garrido Ortiz, 2020).

Conclusiones

El nivel de estrés y dolor en niños menores de 10 años que acuden a la vacunación al Centro de Salud El Carmelo oscila con mayor frecuencia entre moderado y fuerte, siendo más notorio en los niños menores de dos años.

Durante todo el proceso de vacunación, las acciones de mitigación de estrés y dolor que aplica el personal de enfermería al momento del proceso de vacunación son limitadas, especialmente las maniobras de distracción, climatización y creación de un entorno acogedor.

La correlación entre las variables permite identificar que entre mayor edad tenga el paciente pediátrico, menor estrés y dolor presenta en el proceso de vacunación; y que, de la misma manera, entre mayores veces se apliquen las maniobras de distracción, se producirá menor dolor y estrés en la vacunación.

Recomendaciones

Las recomendaciones están destinadas al personal de enfermería, quienes están en contacto con seres humanos que requieren de sus servicios, por lo que deben tratar al paciente como un ser holístico, aplicando prácticas humanizadas que permitan brindar, día a día, una atención de calidad. En este sentido, se recalca la importancia de aplicar técnicas de distracción: esta puede ser una estrategia efectiva para reducir el estrés y el dolor durante la vacunación en niños. Se pueden utilizar juguetes, libros, música o juegos para desviar su atención durante el procedimiento.

Los niños requieren de cuidado, empatía y una preparación previa. Es importante acondicionar a los niños de manera adecuada antes de la vacunación. Explicarles de manera sencilla y apropiada para su edad, qué sucederá durante el proceso y qué pueden esperar, puede ayudar a reducir su ansiedad. De la misma manera, es importante proporcionarles apoyo emocional, debido a que los niños pueden sentir miedo o ansiedad durante la vacunación. Los abrazos, las palabras de aliento y la presencia de sus padres o tutores durante el procedimiento son factores que pueden ayudarles a sentirse más seguros y tranquilos.

También crear un ambiente cálido e iluminado y aplicar analgésicos tópicos y medios físicos constituyen otras de las estrategias que el personal de enfermería puede implementar durante el proceso de vacunación. Hay que tomar en cuenta que cada paciente es diferente, por lo que es importante adaptar estas estrategias, según las necesidades y condiciones de cada usuario.

Adicionalmente, se sugiere llevar a cabo un estudio en el que se evalúen, puntualmente, diferentes estrategias y se analice su efectividad en el manejo del estrés y el dolor en los niños, durante todo el proceso de la vacunación; asimismo, trabajar en la

humanización de los servicios de salud y, de esta manera, generar atenciones empáticas y cálidas a cada usuario.

Por último, se recomienda emplear todas aquellas técnicas que hayan demostrado ser efectivas en el control del dolor y el sufrimiento durante el proceso de vacunación. Velar por salvaguardar y proteger a la humanidad es tarea de los profesionales de salud y retomar prácticas humanas al servicio diario permitirá mejorar los servicios de la salud.

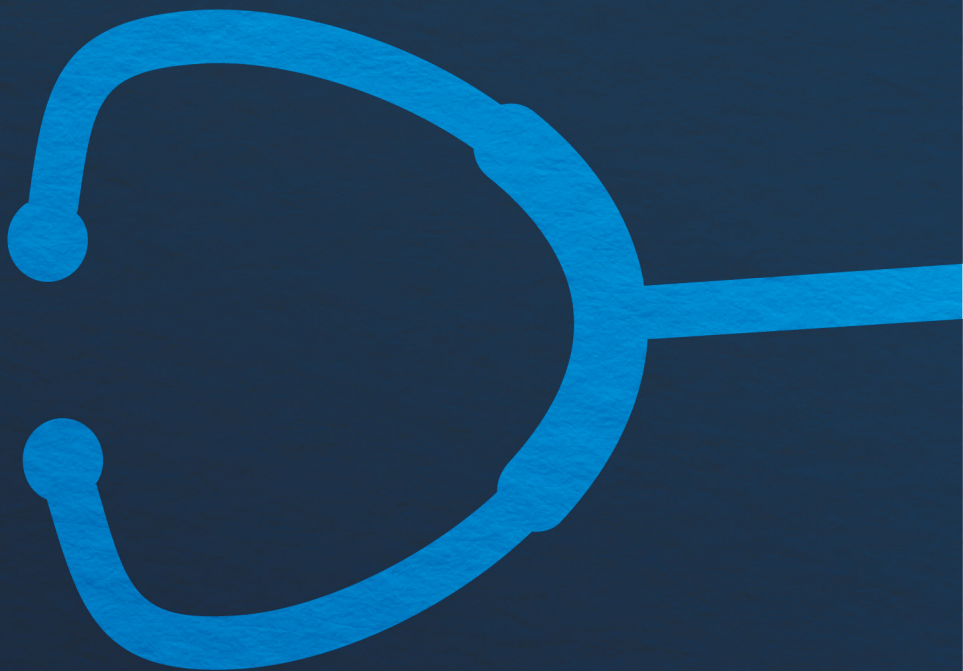
Referencias

- Álvarez F. (2018). *Efectos secundarios de las vacunas*. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones. <https://vacunasaep.org/familias/efectos-secundarios-de-las-vacunas>
- Cabello Ortiz, L., y Garrido Ortiz, C. (2020). Estrategias de enfermería para la prevención de errores programáticos en vacunatorio. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(3), 330-342. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.06.001>
- Condori, N. F., y Choque, L. A. (2022). Humanización de los profesionales de la salud como un desafío para la salud pública. *Revista Científica Ciencia Médica*, 25(2), 94-95. <https://doi.org/10.51581/rccm.v25i2.506>
- De la Parte-Serna, A. (2022). Repercusiones en la deontología española ante el auge de las clínicas dentales *low cost*. *Acta bioethica*, 28(1), 75-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100075>
- Gallegos-Martínez, J., y Salazar-Juárez, M. (2010). Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. *Revista de Enfermería Neurológica*, 9(1), 26-31. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v9i1.103>
- García, N., y Hernández, A. (2017). Nuevos retos en vacunación. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, *Curso de Actualización Pediatría 2017* (pp. 419-423). Lúa Ediciones.
- Gorrotxategi, P., Zabaleta, A., Urberuaga, A., Aizpurua, P., Juaristi, S., y Larrea, E. (2022). Analgesia no farmacológica en la vacunación. Valoración de pediatras, pacientes y tutores. *Anales de Pediatría*, 97(3), 199-205. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.11.004>

- Izquierdo, G., y Martínez, D. (2020). Vacunas e inmunizaciones en recién nacidos prematuros. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(3), 270-279. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.04.004>
- Margenta, B., Calderón, T., Gallardo, R., Martín-Luengo, I., y Martín, J. (2011). Evaluación de la efectividad de la administración de óxido nitroso en el paciente pediátrico durante la canalización de una vía venosa periférica. *Nure Investigación*, 8(50), 1-24. <https://www.nureinvestigacion.es/ojs/index.php/nure/article/view/520>
- Martínez, R., (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica*, 35(3): 144-147. <https://doi.org/10.35366/100003>
- Merino, M., y Bravo, J. (2015). Tetanalgesia. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 2(1), 64. <https://fapap.es/files/639-536-RUTA/3bba9e56d837b88d2430148e848b5d91.pdf>
- Nieto, A., Berbel, O., Monleón, J., Alberola-Rubio, J., López, M., y Picó, L. (2019). Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación. *Anales de Pediatría*, 91(2), 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.002>
- Plaza, L., y Gómez, R. (2015). Efectividad en la aplicación de un método de distracción audiovisual en niños durante la vacunación. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S086403192015000300002&lng=es&tlng=es

- Quiles, M., Van-der Hofstadt, C., y Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 52-61. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600005
- Rivara, G., Bucher, A., Briceño, D., Huaipar, S., Liu, C., De Souza, K., Núñez, E., Dammert, M., Gallástegui, N., Stella J., Cheesman, A., Naranjo, J., Patsias, A., Rosell, A., Velas, Y., San Martín, S., Scerperlla, L., Seminario, A., Silva, D., ... Huando, R. (2010) Clowns como método analgésico no farmacológico en niños hospitalizados. *Revista Peruana de Pediatría*, 63(2), 9-19. <https://doi.org/10.61651/rped.2010v63n2p09-19>
- Soriano, F. (2010). Analgesia no farmacológica: necesidad de implantar esta práctica en nuestra atención a recién nacidos y lactantes ante procedimientos dolorosos. *Evidencias en Pediatría*, 6(4), 1-3. <https://evidenciasenpediatria.es/files/41-11057-RUTA/72ED.pdf>
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Hanrahan, A., Ipp, M., Lockett, D., MacDonald, N., Midmer, D., Mousmanis, P., Palda, V., Pielak, K., Riddell, R. P., Rieder, M., Scott, J., y Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 1989–1995. <https://doi.org/10.1503/cmaj.092048>

Valenzuela, M. (2020). Importancia de las vacunas en salud pública: hitos y nuevos desafíos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(3-4), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.03.005>



CAPÍTULO 5

Síndrome de *burnout* en el
personal de enfermería

Dayann Nathaly Palma Rueda
José Carlos Calvachi Rosero

Resumen

El objetivo general del estudio fue proponer estrategias preventivas para reducir la incidencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería que labora en el Centro de Salud tipo A San Gabriel en el periodo agosto-diciembre de 2023. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, correlacional y de corte transversal. Los participantes del estudio fueron un total de once licenciados en enfermería y dos auxiliares en enfermería que laboran en dicha institución perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Se aplicó el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), dirigido al personal de salud, el cual constó de veintidós ítems, divididos en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; además de cuatro preguntas que corresponden a variables sociodemográficas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, con el fin de establecer si existe asociación entre las tres dimensiones del síndrome de *burnout*, con base en las variables sociodemográficas establecidas. Los resultados obtenidos al relacionar las variables de estudio sugieren la necesidad de elaborar estrategias preventivas para abordar los altos niveles de despersonalización y el bajo nivel de realización personal, busca fin de promover un ambiente laboral saludable y apoyar el bienestar emocional de los profesionales de enfermería.

Palabras clave: *burnout*, enfermería, realización personal, despersonalización, agotamiento emocional.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), principal entidad a nivel mundial en el ámbito sanitario, reconoce el *burnout*, también llamado síndrome de estar quemado o desgaste profesional, como una enfermedad de trabajo. Esta se origina como consecuencia de un estrés laboral crónico y afecta, en las formas más leves, al 10 % de los trabajadores, así como en las formas más severas, al 2 % y 5 % de la fuerza laboral, por lo que es catalogada como un problema de salud pública (Torres, 2022). El síndrome de *burnout* cada día es más frecuente entre el personal de salud, esta es una condición que se desarrolla como resultado del estrés crónico en el desgaste laboral. De acuerdo con Zuin et al. (2019), “el síndrome de *Burnout* se caracteriza por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. El mismo que tiende a aparecer cuando se rompen mecanismos de compensación para la adaptación al estrés laboral sostenido” (p. 6). Por lo tanto, esta patología es catalogada como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad de afectar negativamente el bienestar mental y la calidad de vida e, incluso, poner en peligro la vida de las personas, por lo que es fundamental identificarla a tiempo, para ayudar al personal de enfermería a recibir tratamiento y el apoyo necesario para mantener su salud física y mental

(Blanca y Arias, 2018). Por su parte, Navarrete (2021), en términos generales, lo describe como “una respuesta inadecuada del individuo al interactuar con una relación de condiciones psicosociales nocivas del trabajo que no han sido corregidas previamente” (p. 20), por lo que se manifiesta mediante signos como fatiga crónica, ineficiencia en el trabajo, desinterés y negación prolongada de lo que ocurre.

Clínicamente, los síntomas del *burnout* son progresivos y complejos, y se manifiestan de manera gradual, con un aumento en la severidad; además, esta enfermedad se considera como un proceso cíclico, es decir, que puede repetirse por varias ocasiones a través del tiempo, lo que genera que el individuo pueda experimentar los tres componentes del síndrome en diferentes épocas de su vida, en el mismo o en otro trabajo (Menéndez et al., 2018).

Una de las implicaciones que más sobresale es la deshumanización en la prestación de cuidados, lo que se manifiesta mediante la apatía y las actitudes negativas hacia el trabajo (Luna, 2020). Es importante destacar las repercusiones negativas que el estrés laboral puede tener sobre el funcionamiento del organismo humano, ya que puede generar anomalías en el comportamiento de las personas y, de esta manera, aumentar el riesgo de accidentes laborales en distintos establecimientos de salud (Patlán, 2019). Numerosos estudios han demostrado la alta prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería; sin embargo, existen pocas investigaciones que aborden específicamente este fenómeno en el contexto específico del primer nivel de atención en salud. Otros análisis sugieren que dicho personal puede estar expuesto a diversos factores de estrés como la atención a pacientes en estado crítico, la toma de decisiones difíciles y la necesidad de establecer vínculos emocionales con los pacientes y sus familias.

Según una indagación realizada por Orozco (2022), se recomienda incrementar las horas de descanso y los días libres para los trabajadores de la salud, para así disminuir la carga laboral

y el riesgo de *burnout*. De acuerdo con Yagloa y Vera (2022), es importante aplicar los cuidados necesarios al personal de enfermería con síndrome de *burnout*, puesto que estos profesionales son los encargados de realizar acciones y procedimientos directos con el usuario, además de brindarles tranquilidad y confort. Una investigación realizada por Sánchez (2022) concluye que se debe favorecer al personal de enfermería con medidas complementarias como entrevistas psicológicas y actividades lúdicas y físicas, con el fin de mejorar el ambiente personal y laboral, lo que, a su vez, repercutirá positivamente sobre la atención al paciente. Un estudio realizado por Jibaja y Cepeda (2022), llevado a cabo en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, de Guaranda, en 2021, determinó que la mayoría de los profesionales de enfermería presentó un nivel medio y alto de *burnout*, y que la dimensión mayormente afectada es la despersonalización, lo que indica que el cuidado a los pacientes puede verse afectado, debido a las actitudes negativas y el distanciamiento que tienen los profesionales hacia los usuarios. Por su parte, Guo et al. (2019), en su investigación, demostraron que el desarrollo del síndrome de *burnout* guarda una fuerte asociación con la intención de querer abandonar la profesión, lo que puede causar una escasez de talento humano en este sector de la salud. Entonces, la identificación temprana puede ayudar a prevenir su desarrollo, por lo que se podrían poner en marcha medidas de prevención, como programas de apoyo emocional y capacitación en estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, así como el fomento de un ambiente de trabajo saludable y apoyo psicológico (OMS, 2022).

Es necesario destacar que aún no se han implementado políticas de prevención específicas contra el *burnout* en el Ecuador, a pesar de que existe una alta incidencia de este síndrome en el sector sanitario del país. En este sentido, es necesario que esta condición sea contemplada e incluida en la normativa legal del país, con el fin de brindar seguridad jurídica a los trabajadores, en relación con sus

derechos laborales, especialmente en lo que respecta a la prevención de riesgos laborales de naturaleza psicosocial, lo que afecta cada vez más a la sociedad en general (Vinuela et al., 2021).

El personal de enfermería que ejerce sus funciones en el Centro de Salud tipo A San Gabriel evidencia agotamiento emocional y físico en su ejercicio profesional diario, lo que puede tener un impacto negativo en su rendimiento laboral y en la calidad de la atención hacia los pacientes, además de impactar considerablemente en su salud. No obstante, el estudio de este síndrome puede ayudar inclusive a detectar problemas en la organización y gestión del trabajo, lo que puede contribuir a mejorar las condiciones laborales y preventivas. Si esta situación descrita persiste, su permanencia tendrá consecuencias perjudiciales que afectarán negativamente el bienestar individual de los profesionales de enfermería y tendrá impactos en los aspectos sociales, económicos y culturales de la persona y, por ende, de la sociedad.

Es relevante llevar a cabo un estudio sobre la presencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería, debido al impacto que tiene en diversos aspectos. Así, por ejemplo, a nivel de la atención médica, este síndrome puede llegar a afectar la calidad del cuidado brindado, disminuyendo la capacidad de los profesionales en enfermería para empatizar con los pacientes y sus necesidades; también, puede alterar la calidad de vida del personal, lo que deja en evidencia la necesidad de realizar intervenciones mediante políticas efectivas, de tal manera que se pueda contribuir a mejorar el entorno laboral, en beneficio, tanto de los pacientes como de sus familiares (Toia, 2019).

De igual manera, es de gran importancia comprender y abordar las dimensiones culturales que pueden influir en la aparición y el manejo de dicha patología en diversos contextos, debido a que en el Centro de Salud tipo A San Gabriel cuenta con profesionales de distintos trasfondos culturales y étnicos, por lo que sus valores,

prácticas culturales y creencias pueden influir en la forma en la que perciben, manejan y experimentan el estrés laboral. Conocer estos aspectos permite brindar apoyo y establecer intervenciones adecuadas que sean culturalmente sensibles y relevantes (Carrillo et al., 2020). La falta de comunicación cultural puede desencadenar tensiones adicionales y, como consecuencia de ello, un mayor riesgo de desarrollar esta patología (Banda et al., 2020).

Un estudio enfocado en el síndrome de *burnout* dirigido al personal de enfermería que labora en el Centro de Salud tipo A San Gabriel es de gran utilidad al proporcionar información relevante sobre los factores de riesgo y las intervenciones efectivas aplicables, con el fin de prevenir y abordar dicha patología, lo que conduce a generar prácticas y políticas que promuevan el bienestar físico y psicológico del personal, mejoren la calidad de la atención y, de esta manera, fortalezcan el sistema de atención en el primer nivel. Por ello, como resultado de la reflexión en torno a las consideraciones expuestas, el objetivo general de la investigación fue proponer estrategias preventivas para reducir la incidencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería que labora en el Centro de Salud tipo A San Gabriel, en el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2023.

Materiales y métodos

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud tipo A San Gabriel, perteneciente al cantón Montúfar, provincia del Carchi. La muestra de la investigación aglutinó a todo el equipo de enfermería, es decir, trece profesionales que laboran en el establecimiento antes mencionado, y cuya identificación se reservó den atención a la confidencialidad y los lineamientos determinados en el consentimiento informado. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional y correlacional, y de corte transversal. El criterio de inclusión requería que los participantes

sean licenciados y auxiliares de enfermería que trabajan en el Centro de Salud seleccionado, mientras que el criterio de exclusión aplicado apuntó al personal de salud que no pertenece a la rama de enfermería.

Durante el periodo de recolección de datos, se empleó un cuestionario básico, centrado en aspectos sociodemográficos del personal participante y conformado por preguntas cerradas sobre categorías como edad, género, tiempo de labores en la institución y relación laboral. Asimismo, se aplicó el cuestionario denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI), en su versión validada en español, el cual consta de veintidós preguntas en forma de afirmaciones sobre actitudes y sentimientos del profesional de salud en su área de trabajo, cuya función es medir el desgaste profesional. Dichas interrogantes son evaluadas en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, las mismas que reflejan la frecuencia con qué se manifiestan determinados comportamientos o sentimientos en el personal encuestado; además, mide tres dimensiones del síndrome: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, las mismas que, a su vez, se clasifican en tres niveles: bajo, medio y alto (Aranda et al., 2016). Para poder determinar la presencia del síndrome de *burnout*, se debe sumar las puntuaciones correspondientes a las tres dimensiones evaluadas en la encuesta, por lo que se considera necesario alcanzar puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se espera que la puntuación en realización personal sea relativamente baja.

Al tratarse de un instrumento ya validado, no es necesario realizar la validación de fiabilidad con base en el alfa de Cronbach; sin embargo, para la práctica, se desarrolló por previsión y se obtuvo un porcentaje del 0,87 %, lo que sugiere que el instrumento es muy confiable. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman con el fin de establecer si existe asociación entre las tres dimensiones del síndrome de *burnout*, a partir de las variables sociodemográficas

establecidas. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa estadístico Jamovi 2.4.11.

Resultados y discusión

En este apartado, se exponen los principales hallazgos de la presente investigación. Los resultados obtenidos proporcionan una visión detallada de la magnitud del problema en el campo de la salud. En primer lugar, se presentan los datos cuantitativos sobre la prevalencia del síndrome de *burnout*, utilizando herramientas de medición como el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). También, se incluyen tablas para ilustrar claramente la distribución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal entre los participantes. A continuación, se discuten los factores que contribuyen al desarrollo del *burnout* en el personal de enfermería, destacando aspectos como la edad, género, relación laboral y tiempo laborado en la institución. Se comparan estos hallazgos con estudios previos, identificando tanto coincidencias como discrepancias y proponiendo posibles explicaciones para las diferencias observadas.

Finalmente, se abordan las estrategias de intervención más efectivas para prevenir y mitigar el síndrome de *burnout*, considerando tanto enfoques individuales como organizacionales. Además, se discuten las limitaciones de la actual investigación y se sugieren direcciones futuras para estudios adicionales que puedan profundizar en la comprensión y el abordaje de este problema crítico.

Tabla 1*Indicios de burnout por características sociodemográficas*

	Indicios de burnout	Edad	Género	Tiempo laborado en la institución	Relación laboral
Moda	Sí	40 años o más	Femenino	Más de 15 años	Nombramiento definitivo
Mínimo	Sí	20 a 30 años	Femenino	Menos de 1 año	Contrato ocasional
Máximo	Sí	40 años o más	Máximo	Más de 15 años	Nombramiento definitivo

Se pudo determinar que las variables sociodemográficas asociadas a la presencia del síndrome de *burnout*, en su mayoría, fueron de género femenino, considerando que el total del personal encuestado presentó una moda de 40 años o más; mientras que, en la variable de tiempo que lleva laborando en la institución, la opción más repetida fue la demayor a 15 años; finalmente, en cuanto a la relación laboral, se determinó la presencia del síndrome de *burnout* en el personal que tiene nombramiento definitivo. Estos resultados son congruentes con los reportados por Blanca y Arias (2018) en Perú. En cambio, según Cerón (2020), la prevalencia de *burnout* se presentó en sexo masculino.

Tabla 2*Indicios de burnout en relación con la edad*

	Edad	Cansancio o agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Moda	20 a 30 años	Bajo	Bajo	Alto
	30 a 40 años	Bajo	Bajo	Alto
	40 años o más	Alto	Bajo	Bajo
Mínimo	20 a 30 años	Bajo	Bajo	Medio
	30 a 40 años	Bajo	Bajo	Alto
	40 años o más	Bajo	Bajo	Bajo
Máximo	20 a 30 años	Medio	Alto	Alto
	30 a 40 años	Bajo	Bajo	Alto
	40 años o más	Alto	Medio	Alto

La Tabla 2 indica que el cansancio o agotamiento emocional se encontró en todos los grupos de edad, y aumenta de manera directamente proporcional respecto de los años. En cuanto a la despersonalización, llama la atención que es mayor en la población joven. Por otra parte, la realización personal disminuyó conforme aumentó la edad. Estos resultados resaltan la importancia de considerar el impacto del agotamiento emocional y la realización personal en diferentes grupos de edad, especialmente en el grupo de 40 años o más, para así implementar estrategias efectivas de prevención y manejo del síndrome de *burnout*, como lo confirma

otro estudio realizado en Ecuador por Cerón (2020), que reportó altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, así como una baja realización personal.

Tabla 3

Indicios de burnout en relación con el tiempo de trabajo en la institución

	Tiempo laborado en la institución	Cansancio o agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Moda	Menos de 1 año	Bajo	Bajo	Alto
	De 1 año a 5 años	Bajo	Bajo	Alto
	De 5 años a 15 años	Bajo	Bajo	Alto
	Más de 15 años	Bajo	Bajo	Bajo
Mínimo	Menos de 1 año	Bajo	Bajo	Medio
	De 1 año a 5 años	Bajo	Bajo	Alto
	De 5 años a 15 años	Bajo	Bajo	Medio
	Más de 15 años	Bajo	Bajo	Bajo
Máximo	Menos de 1 año	Medio	Alto	Alto
	De 1 año a 5 años	Medio	Bajo	Alto
	De 5 años a 15 años	Alto	Medio	Alto
	Más de 15 años	Alto	Bajo	Alto

La Tabla 3 destaca un nivel bajo de realización personal en el personal de enfermería que lleva laborando más de quince años en el establecimiento de salud. Este hallazgo sugiere que la falta de realización personal es más pronunciada en aquellos individuos con más experiencia laboral en la institución. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar específicamente las necesidades del grupo estudiado con mayor experiencia laboral y, de esa manera, mitigar el

impacto del síndrome de burnout y promover un entorno laboral más saludable y sostenible. Al respecto, Muñoz et al. (2018) manifiestan que, en su investigación, el síndrome de *burnout* se presentó, en su mayoría, en el personal de enfermería que llevaba laborando en la institución por más de diez años.

Tabla 4

Indicios de burnout según la relación laboral

	Relación laboral	Cansancio o agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Moda	Contrato ocasional	Bajo	Bajo	Alto
	Nombramiento provisional	Bajo	Bajo	Alto
	Nombramiento definitivo	Bajo	Bajo	Bajo
Mínimo	Contrato ocasional	Bajo	Bajo	Bajo
	Nombramiento provisional	Bajo	Bajo	Alto
	Nombramiento definitivo	Bajo	Bajo	Bajo
Máximo	Contrato ocasional	Medio	Alto	Alto
	Nombramiento provisional	Bajo	Bajo	Alto
	Nombramiento definitivo	Alto	Medio	Alto

En la Tabla 4, se evidencia que el grupo de enfermería con nombramiento definitivo mostró un nivel significativamente bajo de realización personal en comparación con los otros tipos de relación laboral. Este hallazgo resalta la importancia de considerar las necesidades específicas de este grupo, promoviendo de esta manera un ambiente más equilibrado y saludable. En este ámbito, Rivas y Barraza (2018) reportan que el personal de enfermería en

régimen laboral de contrato ocasional presenta indicios de *burnout*, asociados a las dimensiones negativas de cansancio emocional y despersonalización.

Tabla 5

Correlación respecto de los indicios de burnout y sus dimensiones

Cansancio o agotamiento emocional	Rho de Spearman	0,539
	valor p	0,058
Despersonalización	Rho de Spearman	0,776
	valor p	0,002 **
Realización personal	Rho de Spearman	-0,748 **
	valor p	0,003

En esta investigación, se pudo determinar que la dimensión correspondiente a la realización personal presentó un valor $p = 0,003$, estadísticamente significativo, relacionado, a su vez, con los resultados obtenidos en las dimensiones de cansancio o agotamiento emocional (valor $p = 0,058$) y la despersonalización (valor $p = 0,002$), lo cual indica que la presencia del síndrome de *burnout* sí afecta al personal encuestado.

Asimismo, los resultados obtenidos al relacionar las variables de estudio sugieren la necesidad de elaborar estrategias preventivas que aborden los altos niveles de despersonalización y bajo nivel de realización personal, por lo que se busca promover un ambiente laboral saludable.

El objetivo del presente estudio fue proponer estrategias preventivas para reducir la incidencia del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería. En este orden de ideas, la investigación

reveló que es posible mitigar el *burnout* mediante la mejora de las habilidades psicológicas de los profesionales de enfermería y la transformación de sus condiciones laborales. Para complementar dichos hallazgos, se destaca que se deben implementar programas de desarrollo personal y emocional, que les brinden las herramientas para manejar el estrés, las exigencias en el trabajo y la carga emocional (Patlán, 2019). Por otra parte, es importante la ejecución de políticas que promuevan el equilibrio entre la vida laboral y personal, asegurando la asignación equitativa de trabajo, los turnos de trabajo adecuados, el apoyo emocional, cambios que pueden contribuir al bienestar de los profesionales de enfermería y a la prevención del síndrome de *burnout* (Morales, 2021).

La mayoría de estudios revisados utilizaron un enfoque transversal, con algunos estudios de cohortes, aunque en menor medida. Dichos estudios transversales se enfocaron en aspectos psicológicos que pueden influir en el desarrollo del síndrome y se sugiere que la mejora o reducción de estos aspectos puede conducir a reducir la incidencia del *burnout*, por lo que plantearon que la prevención podría lograrse mediante la promoción de la salud mental del personal de enfermería (Durán et al., 2018). A partir de estos hallazgos, se reconoce que la promoción de la salud mental y el desarrollo de estas habilidades pueden lograrse mediante actividades específicas, como programas de inteligencia emocional, sesiones de desarrollo de habilidades sociales y actividades de autocuidado que fomenten la autoevaluación y la asertividad. En relación con los estudios que se enfocan en evaluar la efectividad de las intervenciones contra el *burnout*, se evidencia que el fortalecimiento de la resiliencia y las habilidades psicológicas puede tener un impacto preventivo significativo en el desarrollo del síndrome (Robles y Téllez, 2020).

Conclusiones

Las variables sociodemográficas con mayor incidencia de indicios de síndrome de *burnout* fueron el género femenino, las edades avanzadas, un mayor tiempo de trabajo en el establecimiento de salud y la relación laboral de nombramiento definitivo.

El cansancio o agotamiento emocional se encontró en quienes declararon tener un nombramiento definitivo, así como en todos los grupos de edad, donde se aprecia que la frecuencia se incrementa conforme aumentan los años. En cuanto a la despersonalización, llama la atención que es mayor en la población joven, mientras que la realización personal disminuyó conforme al aumento de edad.

Las dimensiones de despersonalización y realización personal presentaron correlación significativa con los indicios de *burnout*, por lo que se convierten en los aspectos con necesidad de intervención, de manera que las acciones que se implementen promuevan un entorno laboral que fomente la empatía, el reconocimiento y el sentido de logro.

Recomendaciones

Se recomienda crear espacios de descarga emocional, en los cuales, el personal de salud libere sensaciones de estrés y sentimientos negativos que puedan perjudicar el desarrollo de sus actividades diarias.

También, es necesario implementar sistemas de seguimiento y evaluación para monitorear el impacto de las intervenciones y estrategias propuestas respecto de la prevención del síndrome de *burnout*, lo que permitirá ajustar y mejorar continuamente las iniciativas destinadas a proteger la salud mental del personal de la

rama de enfermería que labora en el Centro de Salud tipo A San Gabriel, donde se realizó el estudio.

Finalmente, resulta imprescindible analizar los factores de riesgo específicos, asociados al síndrome de *burnout* en el personal de enfermería del Centro de Salud Tipo A San Gabriel, lo cual puede incluir cargas de trabajo elevadas, conflictos interpersonales, falta de recursos, entre otros; y, a la par, se debe identificar factores protectores que puedan mitigar el impacto de esta patología, como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento.

Propuesta

Se observó que, en el contexto del síndrome de *burnout*, dos de los aspectos más evidentes fueron el alto nivel de cansancio o agotamiento emocional y el bajo nivel de realización personal, manifestados por la mayoría del personal que labora en el Centro de Salud tipo A San Gabriel. Asimismo, se identificó que las personas de más de cuarenta años de edad, de sexo femenino, con relación laboral de nombramiento definitivo y que han laborado en la institución por más de quince años tienen un mayor riesgo de desarrollar este síndrome, lo que podría conducir a una mayor insatisfacción laboral. Ante esta problemática, es fundamental implementar medidas preventivas que aborden este problema de salud pública, por lo que se sugiere considerar los lineamientos que se enumeran a continuación.

- Fomento del autocuidado: promover la importancia del autocuidado entre el personal de enfermería, destacando la necesidad de cuidar tanto su bienestar físico como el emocional. Para ello, se pueden ofrecer talleres o sesiones de capacitación sobre técnicas de manejo del estrés, respiración consciente, alimentación saludable y ejercicio físico.

- Apoyo emocional y psicológico: establecer programas de apoyo emocional y psicológico, dirigidos al personal de enfermería, que incluyan la disponibilidad de servicios de asesoramiento o terapia individual y grupal, así como también la creación de grupos de apoyo entre personal de la misma carrera para compartir experiencias y recursos para el adecuado manejo del estrés.
- Brindar apoyo técnico: dirigido especialmente al personal de enfermería, mediante la validación de sus acciones por parte de colegas expertos en el ámbito de la salud, con el objetivo de fortalecer su confianza respecto de sus habilidades y decisiones laborales.
- Ofrecer apoyo emocional incondicional: con el fin de brindar apoyo y comprensión sin condiciones tanto en el ámbito laboral como personal, es indispensable que, si este servicio no lo puede encontrar en el entorno laboral, lo encuentre en el entorno laboral o social.
- Gestión de la carga laboral: evaluar y ajustar las cargas de trabajo para garantizar que el personal de enfermería no esté constantemente sobrecargado, lo que implica la redistribución de tareas, la implementación de trabajo más equilibrado y, finalmente, la capacitación sobre la gestión del tiempo.
- Promoción del equilibrio trabajo-vida: para fomentar un equilibrio saludable entre la dimensión laboral y personal de los profesionales de enfermería, se pueden crear políticas que apoyen la flexibilidad en los horarios de trabajo, promocionar días de descanso adecuados e implementar programas de licencias por motivos familiares o personales.

- Practicar una escucha activa: esto implica prestar total atención a la persona, sin interrumpir, juzgar o dar consejos.
- Reconocimiento y valoración: valorar y reconocer el arduo trabajo y la dedicación del personal de enfermería, mediante un programa de reconocimiento y recompensas, así como la creación de un ambiente laboral positivo que promueva el apoyo entre compañeros de trabajo.
- Formación en habilidades de afrontamiento: ofrecer programas de formación en habilidades de afrontamiento que ayuden al personal de enfermería a desarrollar estrategias efectivas para manejar el estrés laboral y las emociones difíciles. Dichas habilidades abarcan las técnicas de resolución de problemas, así como el desarrollo de la resiliencia, la comunicación efectiva y el establecimiento de límites.
- Supervisión y soporte administrativo: para ello, hay alternativas como la organización de reuniones periódicas de supervisión para discutir desafíos laborales y preocupaciones, así como el acceso a recursos y herramientas para mejorar la eficiencia y satisfacción laboral.
- Estimular la creatividad, el desafío y la implicación en el trabajo, a través de la interacción con compañeros competentes que inspiren al profesional de enfermería a enfrentar nuevos retos y a desarrollar nuevas ideas.
- Participar activamente en la realidad social del profesional de enfermería: esto permite, a cada persona, cuestionar o confirmar las creencias sobre sí misma, su autoestima, autoconcepto y autoeficacia, lo que, en conjunto, podría

ayudarle a promover un desarrollo personal positivo y una percepción más realista de sí misma y de sus habilidades profesionales.

Para complementar estas acciones, es necesario que las instituciones fomenten la comunicación abierta y la participación activa de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones relacionadas con el entorno laboral. También, se pueden establecer mecanismos para identificar y abordar de manera temprana cualquier situación o conflicto que pueda afectar el bienestar y salud emocional del profesional de salud (Durán et al., 2018). Dichas medidas ayudarán a crear un ambiente de trabajo más saludable y a prevenir la aparición del síndrome de *burnout* en el personal de enfermería que labora en el Centro de Salud Tipo A San Gabriel.

Referencias

- Aranda, B., Pando, M., y Salazar, J. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81748361005>
- Banda, A., Álvarez, A., y Casique, L. (2020). Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas. *ACC CIENTIA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(1), 109-115. <https://doi.org/10.35383/CIETNA.V7I1.348>
- Blanca, J., y Arias, A. (2018). Síndrome de burnout en el personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, *Andalucía, España. Enfermería Universitaria*, 15(1), 30-44. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Carrillo, C., Ríos, M., Escudero, L., y Martínez, M. (2020). Factores de estrés laboral en el personal hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería Global*, 17(50), 204-324. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>
- Cerón, E. (2020). Síndrome de burnout en enfermeros de hospitales públicos y privados en Guayaquil, Ecuador. *Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil*, 1(1), 14-16. <https://doi.org/10.51597/rmicg.v1i1.55>
- Durán, S., García, J., Parra, A., García, M., y Hernández, I. (2018). Estrategias para disminuir en síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura, Educación y Sociedad*, 9(1), 27-44. <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.9.1.2018.02>

- Guo, Y., Plummer, V., Lam, L., Wang, Y., Cross, W., y Zhang, J. (2019). The effects of resilience and turnover intention on nurses' burnout: Findings from a comparative cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jocn.14637>
- Jibaja, J., y Cepeda, C. (2022). *Evaluación del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro – Guaranda – año 2021* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Chimborazo. Repositorio Digital UNACH. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10009>
- Luna, M. (2020). *Factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en cuidadores de pacientes paliativos asistidos por la Unidad de Atención Médica a Domicilio del Hospital de Especialidad Carlos Andrade Marín y Unidades Nivel 2 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social residentes en Quito y Sangolquí periodo 2019* [Tesis de especialización]. Universidad Central del Ecuador. Repositorio Institucional Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21147/1/T-UCE-0006-CME-203-P.pdf>
- Menéndez, T., Calle, A., Delgado., Espinel, J., y Cedeño, D. (2018). Síndrome de burnout y calidad de atención del personal de enfermería de un hospital general en la provincia de Manabí, Ecuador. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (48), 1-25. <https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/10/sindrome-burnout-ecuador.html>
- Morales, F. (2021). *Análisis de síndrome de burnout y su relación con la satisfacción laboral en la empresa Life and Hope S.A* [Tesis de maestría]. Universidad Andina Simón Bolívar. Repositorio UASB. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8333/1/T3626-MDTH-Morales-Analisis.pdf>

- Muñoz, S., Ordoñez, J., Solarte, M., Valverde, Y., Villarreal, S., y Zemanate, M. (2018). Síndrome de burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José – Popayán. *Revista Médica Risaralda*, 24(1), 34-37. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100006
- Navarrete, M. (2021). *Manejo de burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) en la prevención de riesgos laborales como garantía de derechos de los trabajadores* [Tesis de maestría]. Universidad Andina Simón Bolívar. Repositorio UASB. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8804/1/T3856-MDEE-Navarrete-Manejo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 28 de mayo). *El síndrome de burnout, un «fenómeno ocupacional»: Clasificación Internacional de Enfermedades*. OMS. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra propuesta*. OMS. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAunguBhAkEiWAGid4aibkB-IcCbNEagBSgWIhzC5C3IW5BmaYl3cQo_rKsldkdozvuoaoaVxoCsrUQAvD_BwE
- Orozco, M. (2022). *Estrés laboral del personal de enfermería del servicio de emergencias relacionados con el Covid-19 del Hospital IESS del Quito Sur, enero – agosto 2021* [Tesis de maestría]. Universidad Técnica del Norte. Repositorio UTN. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/12155/2/Pg%201072%20TRABAJO%20GRADO.pdf>

- Patlán, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Revista Salud Uninorte*, 35(1), 156-184. <https://www.redalyc.org/journal/817/81762945010/html/>
- Rivas, E., y Barraza, A. (2018). Síndrome de burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enfermería Universitaria*, 15(2), 136-146. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65171>
- Robles, J., y Téllez, P. (2020). *Relación entre la resiliencia y el síndrome de Burnout en docentes de primaria y secundaria de instituciones educativas públicas de Villavicencio y Acacias – Meta* [Tesis de grado]. Universidad Santo Tomás. Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/28341/2020jennyrobles?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, J. (2022). *Síndrome de burnout en enfermería neonatal y su influencia en la calidad de la atención que brinda al personal de enfermería en el Hospital IESS Riobamba* [Tesis de grado]. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Repositorio Digital Uniandes. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15629>
- Toia, M. (2019). Factores psicosociales y estrés laboral en trabajadores de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Arequipa, Perú. *Revista de postgrado Scientiarvm*, 5(1), 29-37. <https://doi.org/10.26696/sci.epg.0089>
- Torres, Y. (2022). OMS oficializa el síndrome de Burnout como una enfermedad de trabajo. *Medicina Salud Pública*. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>

- Vinueza, A., Aldaz, N., Mera, C., Tapia, E., y Vinueza, M. (2021). Síndrome de burnout en el personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la Covid-19. *Correo Científico Médico*, 25(2), 1-17. <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1932>
- Yagloa, M., y Vera, V. (2022). *Rol de enfermería en el personal de salud con síndrome de burnout* [Tesis de grado]. Universidad Estatal de Milagro. Repositorio UNEMI. <https://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/6661/Yagloa%20Naula%20Mar%c3%ada%20Mercedes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zuin, D., Peñalver, F., y Zuin, M. (2019). Síndrome de burnout o de agotamiento profesional en la neurología argentina. Resultados de una encuesta nacional. *Neurología Argentina*, 12(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.005>

Sobre la compiladora

Ingeniera industrial, con una maestría en ingeniería biomédica y candidata a doctora en ciencias, con amplia experiencia en el sector de la salud, así como en la gestión y certificación de equipos médicos e infraestructura hospitalaria.

Ha realizado publicaciones científicas y cuenta con experiencia en docencia e investigación. Ejerció como jefe de la cátedra de Diagnóstico y Tratamiento del Departamento de Tecnología en Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela. Actualmente, es profesora de la carrera de Laboratorio Clínico, de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi (Ecuador). En esta misma institución, se desempeñó como coordinadora de la Maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria, experiencia que le permitió ampliar sus conocimientos y contribuir al desarrollo de la salud en Ecuador.



Este libro representa un tributo al desarrollo de la enfermería contemporánea, posicionándola como una disciplina científica capaz de generar soluciones innovadoras ante los desafíos actuales de la salud. A través de una serie de investigaciones aplicadas, la obra demuestra cómo el conocimiento enfermero puede traducirse en intervenciones concretas que mejoran la calidad de vida de individuos y comunidades, especialmente en contextos como el envejecimiento poblacional.

Uno de sus principales aportes es la evidencia de la efectividad de los programas de estimulación cognitiva y de actividad física en adultos mayores, ya que muestran impactos positivos en las funciones mentales, el bienestar emocional y la condición física de esta población. Estas investigaciones validan la práctica basada en evidencia y refuerzan el rol de la enfermería como generadora de conocimiento científico.

El enfoque integral del libro constituye otro elemento clave al articular las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del cuidado. Desde esta perspectiva, la comunidad se concibe como un ente activo que promueve procesos de corresponsabilidad y de empoderamiento en salud. Asimismo, su diversidad temática (que abarca enfermedades crónicas, salud mental y el cuidado del personal sanitario) refleja una visión amplia y sistémica.

Metodológicamente, la obra destaca por su rigor y solidez, lo que fortalece la validez de sus hallazgos y su aplicabilidad en distintos contextos. No obstante, más que ofrecer respuestas definitivas, el texto invita a la reflexión crítica y a la innovación continua.

En definitiva, el manuscrito inspira a transformar la práctica enfermera desde una perspectiva más humana, científica y comprometida con la realidad social.

Dr. José Ivo Oscar Contreras Briceño

Director de la Carrera de Enfermería de la UTPL (Ecuador)

ISBN: 978-9942-625-63-2



9 789942 625632