



# ENFERMERÍA:

## INVESTIGACIÓN Y EL CUIDADO DIRECTO

### Compiladores

Edison Gustavo Moyano Brito  
Nube Johanna Pacurucu Ávila  
Isabel Cristina Mesa Cano  
Lizette Espinosa Martín  
Zoila Katherine Salazar Torres

**ENFERMERÍA:  
INVESTIGACIÓN Y EL CUIDADO  
DIRECTO**

Enfermería: Investigación y el Cuidado Directo

© Autores: Edison Gustavo Moyano Brito, Nube Johanna Pacurucu Ávila, Isabel Cristina Mesa Cano, Lizette Espinosa Martin, Zoila Katherine Salazar Torres  
Docentes de la Universidad Católica de Cuenca

© Editorial Universitaria Católica de Cuenca (EDUNICA)  
© Universidad Católica de Cuenca

ISBN: 978-9942-27-114-3

**Edición y Corrección:**

Dra. Nube Rodas Ochoa

**Diagramación y Maquetación:**

Jorge Fabián Pérez

**Diseño de cubierta:**

DG. Alexander Campoverde Jaramillo

© Sobre la presente edición: Primera Edición, de octubre 2021

**Impresión:**

Editorial Universitaria Católica de Cuenca (EDUNICA)

Esta obra cumplió con el proceso de revisión por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin permiso por escrito de la Universidad Católica de Cuenca, quien se reserva los derechos para la primera edición.

COMPILADORES:

- EDISON GUSTAVO MOYANO BRITO
- NUBE JOHANNA PACURUCU ÁVILA
- ISABEL CRISTINA MESA CANO
- LIZETTE ESPINOSA MARTIN
- ZOILA KATHERINE SALAZAR TORRES

COMITÉ CIENTIFICO EXTERNO:

- FANNY ISABEL ZHUNIO BERMEO  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
- CRISTINA ELISABETH URGILES BARAHONA  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
- CARMEN MERCEDES VILLA PLAZA  
UNIVERSIDAD DE CUENCA
- HUMBERTO ELIZALDE ORDOÑEZ  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



## ÍNDICE

La presente obra titulada “EL ROL ENFERMERO EN LA INVESTIGACIÓN Y EL CUIDADO DIRECTO” aborda temáticas actuales de relevancia para la Enfermería en los siguientes capítulos:

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>Capítulo 1</b> BARRERAS DE PROTECCIÓN FÍSICAS Y FACTORES ASOCIADOS .....	<b>9</b>
<b>Capítulo 2</b> ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER .....	<b>21</b>
<b>Capítulo 3</b> AUTOPERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD EN RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .....	<b>35</b>
<b>Capítulo 4</b> PRÁCTICAS DE MEDICINA ANCESTRAL UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS .....	<b>49</b>
<b>Capítulo 5</b> VALORACIÓN DE LA TÉCNICA “INYECCIÓN SEGURA” APLICADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	<b>59</b>
<b>Capítulo 6</b> METAPARADIGMA DE PEPLAU EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL DESEMPEÑO LABORAL .....	<b>69</b>
<b>Capítulo 7</b> AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN SEGÚN CALLISTA ROY EN PADRES CON HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN .....	<b>81</b>
<b>Capítulo 8</b> APLICACIÓN DEL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 .....	<b>95</b>
<b>Capítulo 9</b> CALLISTA ROY APLICADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL .....	<b>105</b>
<b>Capítulo 10</b> FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 21 A 65 AÑOS .....	<b>121</b>
<b>Capítulo 11</b> HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LAS MUJERES INDÍGENAS GESTANTES .....	<b>133</b>
<b>Capítulo 12</b> MANEJO, CUMPLIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LOS BIOLÓGICOS POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .....	<b>153</b>
<b>Capítulo 13</b> PRÁCTICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS .....	<b>167</b>

<b>Capítulo 14</b>	
PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LAS CONVULSIONES FEBRILES EN MENORES DE 5 AÑOS, ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, JULIO 2016 – JULIO 2019 .....	177
<b>Capítulo 15</b>	
MODELO DE DOROTHEA OREM EN RELACIÓN AL AUTOCUIDADO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA .....	187
<b>Capítulo 16</b>	
PROCESO DE ATENCIÓN Y PRÁCTICAS CULTURALES QUE REALIZAN EN MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO .....	199
<b>Capítulo 17</b>	
CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE FRASCO ABIERTO DE LAS VACUNAS EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES .....	213
<b>Capítulo 18</b>	
CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO Y SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES GESTANTES, EN POBLACIÓN URBANA Y RURAL .....	225
<b>Capítulo 19</b>	
APLICACIÓN DEL MODELO DE MADELEINE LEININGER EN LOS ADULTOS MAYORES .....	241
<b>Capítulo 20</b>	
EFFECTOS EMOCIONALES QUE PRODUCE LA RISOTERAPIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DEPRESIÓN .....	251
<b>Capítulo 21</b>	
CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA EN LA TOMA DE MUESTRAS DEL TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL .....	261
<b>Capítulo 22</b>	
ESTUDIO DE LA DEMANDA SOCIAL Y MERCADO OCUPACIONAL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA .....	271
<b>Capítulo 23</b>	
FACTORES ASOCIADOS AL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA .....	283
<b>Capítulo 24</b>	
ENFERMEDAD DE KAWASAKI, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO .....	293
<b>Capítulo 25</b>	
OSTEOMIELITIS REPORTE DE UN CASO CLÍNICO .....	303

## INTRODUCCIÓN

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel, manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad. En este escenario, las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente, por el impacto de los cambios en el panorama epidemiológico de fenómenos. Sin embargo, más allá de la diversidad y cambio, que enfrentan las enfermeras en la atención a la salud en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión que constituyen el motor del quehacer, por lo tanto el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional. El desarrollo de actividades de investigación en la Universidad Católica de Cuenca es una de las funciones sustantivas dentro del proceso de formación de sus estudiantes; la investigación formativa es una parte esencial de dicho proceso. En la Unidad Académica de Salud y Bienestar se ha fomentado una cultura de investigación, por lo que es necesaria la socialización de nuevos conocimientos para identificar problemas de salud y aportar en la solución desde su campo de acción profesional.

La educación continua está dirigida a la sociedad en general, por el carácter de los aprendizajes que se imparten, la estructura y operación de los programas, debe ser flexible y abierta a las necesidades de los actores y sectores de desarrollo. Para garantizar su calidad, podrán incorporar a docentes que pertenezcan a colectivos y cuerpos académicos de los distintos campos de estudio, curriculares e institucionales, o a otros profesionales de reconocida trayectoria.

En la actualidad un gran número de profesionales de enfermería están comprometidos con la práctica junto a personas, familias y comunidades, son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades de las personas ante diversas experiencias de salud; estas prácticas deben estar basadas en la actualización científica para mantener un juicio clínico y empoderamiento en sus decisiones profesionales. La práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona. La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención del profesional de enfermería como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas. El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados; así también, la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar, que une el “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia, la investigación y el arte de enfermería que se centra en la persona, quien en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud que permiten la permanente actualización según la problemática del país y del América

Latina. Los profesionales de enfermería clínica ocupa un lugar privilegiado para preguntar, poner en práctica los resultados de las investigaciones, recolectar nuevos datos y desarrollar sus habilidades en este terreno. Otra forma de enriquecer la gestión y la práctica es la participación en la formación de futuros profesionales de enfermería. Explicar ante un novato el qué y el cómo del cuidado y compartir con él el progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar, favorecen la reflexión y el cuestionamiento y dan testimonio de una práctica profesional constantemente renovada.

El I Congreso Científico Internacional de Enfermería aporta a participar activamente al considerar que el cuidado es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico, que el profesionales de enfermería realiza junto con la persona, con el propósito de desarrollar sus potencialidades, para construir formas de bienestar, mantener la vida, recuperar la salud o preparación para la muerte, que ocurre en los diferentes escenarios en donde procura su salud ;concibe a la persona como la unidad esencial del cuerpo que le permite mediar entre la naturaleza, la cultura y el espíritu, como ser único indivisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, religiosa y social), que piensa, siente, quiere, desea, tiene alegrías, tristezas, objetivos y planes que le posibilitan su autorrealización, la libertad y la acción; consecuentemente se sugiere que la tarea del cuidar está infundida por la filosofía, ya que implica el análisis de los propósito de la vida humana, de la naturaleza del ser y de la realidad, de los valores presentes en el cuidado y el discernimiento intelectual para el bienestar de la persona. Para sustentar lo antes expuesto la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca propone la ejecución del I Congreso Científico Internacional de Enfermería.

# Capítulo 1

## BARRERAS DE PROTECCIÓN FÍSICAS Y FACTORES ASOCIADOS

Verónica Marcela González González<sup>1</sup>  
vmgonzalezg93@est.ucacue.edu.ec

Pablo Isaias Lazo Pillaga<sup>1,2</sup>  
plazop@ucacue.edu.ec

Nube Johanna Pacurucu Avila<sup>1,2</sup>  
npacurucua@ucacue.edu.ec

Angélica Carolina Guaraca Pino<sup>2</sup>  
angelica.guaraca@ucacue.edu.ec

1. Licenciada/o en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las barreras de protección físicas y factores asociados a su uso, del personal de salud del área de Emergencia del “Hospital Vicente Corral Moscoso”. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, con una muestra de 105 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso, se excluyó a 13 personas por motivo de vacaciones, quedando un universo de 92 personas que involucró a todo el personal de salud. El método e instrumento para obtener información fue una guía de observación elaborada por la autora por medio de revisiones bibliográficas y previamente validada para su aplicación, el método para el procesamiento de la información y los datos fue mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0. **Resultados:** Se pudo evaluar la utilización de las barreras de protección físicas, orientada a brindar una atención de calidad a los usuarios, se obtuvo los siguientes resultados: cumple de una manera regular 69 personas con un porcentaje del 75.0%, con una buena practica 12 personas que equivale a un 13.0%, y de manera deficiente 11 personas que equivale a un 12%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%. **Conclusiones:** Por medio de aplicación del instrumento de observación las barreras de protección físicas más utilizadas en el área hospitalaria son el uso de mascarilla y el uso de guantes, así como los factores asociados a su uso inadecuado es la demanda de pacientes, la falta de insumos y la atención inmediata a pacientes en estado crítico.

**Palabras Claves:** Barreras de protección, Hospital, Pacientes, Aplicación.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the physical protection barriers and factors associated with their use, of the health personnel of the Emergency area of the “Vicente Corral Moscoso Hospital”. **Materials and Methods:** A quantitative, descriptive investigation was carried out, with a sample of 105 people who work in the Emergency area of the Vicente Corral Moscoso Hospital, 13 people were excluded for vacation reasons, leaving a universe of 92 people that involved all health personnel. The method and instrument for obtaining information was an observation guide prepared by the author through bibliographic reviews and previously validated for its application, the method for processing the information and data was through the statistical program SPSS version 15.0. **Results:** It was possible to evaluate the use of physical protection barriers, aimed at providing quality care to users, the following results were obtained: 69 people regularly meet with a percentage of 75.0%, with good practice 12 people who it is equivalent to 13.0%, and poorly 11 people which is equivalent to 12%, and giving a total of 92 people who have been evaluated by means of an observation guide with a percentage of 100%. **Conclusions:** Through the application of the observation instrument, the most used physical protection barriers in the hospital area are the use of a mask and the use of gloves, as well as the factors associated with their inappropriate use is the demand of patients, the lack of supplies and immediate care for critically ill patients.

**Key words:** Protection barriers, Hospital, Patients, Application.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de la Bioseguridad se encuentran como elementos, las barreras de protección físicas que se efectúan en las instituciones para disminuir el riesgo de transmisión de infecciones nosocomiales; las mismas que se encuentran en el ambiente. El personal que labora en el medio hospitalario se encuentra expuesto a diferentes factores de riesgo tanto biológicos, como químicos, por contacto directo e indirecto, con material orgánico proveniente de la atención de pacientes: fluidos corporales y tejidos, o a la manipulación de instrumental contaminado (1).

Estudios realizados por parte de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiestan que el número de incidentes y enfermedades relacionado al campo laboral, al año se cobra más de 2 millones de vidas, por lo que está incrementando debido a la industrialización de algunos países (2).

Un estudio realizado sobre el uso inadecuado de las barreras de protección físicas en el “Hospital Dr. José Garcés Rodríguez Salinas” en el año 2012-2013, obtuvo como resultado: el personal que labora en este Hospital obtiene el 100%, sobre la aplicación de los principios de bioseguridad como resultado un 71% y en el conocimiento de las barreras de protección personal aplican el uso adecuado en un 75% (3).

Otro estudio realizado sobre el uso inadecuado de las barreras de protección físicas en el “Hospital Moreno Vázquez del Cantón Gualaceo-Azuay” en el año 2014, en los resultados obtenidos según la guía de observación aplicada el 78.95% del personal que labora en esta entidad hospitalaria utiliza correctamente las barreras protección dentro de la bioseguridad (4).

Se considera de suma importancia el uso adecuado de las barreras de protección físicas ya que constituyen un factor determinante dentro de la salud y seguridad del personal para brindar atención a los pacientes que acuden al Hospital “Vicente Corral Moscoso” (5).

En la actualidad se han presentado múltiples problemas de salud, los mismos que se pueden presentar en el paciente a consecuencia del incorrecto uso de las barreras de protección físicas por parte del personal que labora en área de Emergencia, las barreras de protección físicas son una medida preventiva que tiene como fin salvaguardar la seguridad y la salud del personal de Salud y de los pacientes, frente a los riesgos que se pueden producir por microorganismos (6).

Se considera de suma importancia la aplicación de las barreras de protección físicas por parte del personal del área de Emergencia, la cual constituye un factor determinante de la salud y seguridad que reciben los usuarios que acuden al Hospital “Vicente Corral Moscoso”, de esta manera consiguen una atención de calidad y libre de riesgo, previniendo enfermedades infectocontagiosas (7).

Fue indispensable realizar esta investigación para que el personal que labora en el área de Emergencia, brinde una atención directa de calidad a los pacientes en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, por el alto riesgo en la transmisión de microorganismos patógenos, por lo tanto, la aplicación de barreras de protección físicas benefició al personal como al usuario (8).

Con la ayuda de revisiones bibliográficas se logró identificar que los factores asociados al uso inadecuado de las barreras de protección físicas principalmente son la experiencia laboral, la demanda de paciente, la falta de insumos y la atención inmediata a pacientes en estado crítico, por lo que el personal que labora en el área de Emergencia no utiliza correctamente las barreras de protección físicas (9).

## DESARROLLO

### Marco teórico

El nivel de conocimiento y la aplicación de las barreras de protección física del personal de la Clínica San José de Chile en el primer semestre del 2013, manifestaron como resultados obtenidos de la investigación que el personal de Enfermería tiene un conocimiento regular en un 66% frente al uso de barreras de protección y un 70% de la aplicación deficiente en relación a las mismas (10)(11).

Sobre la correcta aplicación de las barreras de protección por parte del personal del Hospital Moreno Vásquez, del cantón Gualaceo, realizada a 38 personas del personal de enfermería que representa el 100% en donde se pudo obtener los siguientes resultados: que el 44.74% un total de 17 personas que casi siempre tienen un correcto uso de las barreras de protección, mientras que existe un déficit de 10, 53% con un total de 4 personas que nunca realizan el correcto uso de barreras de protección (12).

Normas de Barreras de Protección Físicas:

- Mantener el área de trabajo en buenas condiciones de higiene.
- Utilizar adecuadamente los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- La infraestructura del área de trabajo debe estar en buenas condiciones de temperatura, iluminación y ventilación.
- Deben aplicarse las normas universales en el manejo de todo paciente como potencialmente infectado, que recibe atención hospitalaria.
- El lavado de manos antes y después de cada contacto directo con el paciente debe ser aplicado siempre.
- Se debe utilizar en forma sistemática los guantes de látex en todo procedimiento que conlleve a la manipulación de material biológico o químico, de la misma manera con el uso de instrumental o equipos contaminados, ante la atención del paciente.
- La utilización de un par de guantes para cada procedimiento y/o contacto por cada paciente.
- Evite tocar con las manos enguantadas cualquier parte de su cuerpo y de manipular objetos que se requiera durante cualquier procedimiento.
- La utilización de gafas durante procedimientos que pueden generar salpicaduras o algún tipo de líquidos corporales.
- El uso de mandil anti fluidos en algunos procedimientos en los que pueda producirse salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos.
- Los elementos de protección físicas deben utilizarse únicamente en el área de trabajo específico.
- Se debe prohibir deambular con ropa de trabajo a todo el Personal que tenga contacto directo con pacientes, (mandil, overol) fuera del área hospitalaria.
- Mantener la ropa de trabajo y los elementos de protección física en óptimas condiciones de aseo, en lugares seguros y de fácil acceso.

- Utilizar equipos de reanimación mecánica y así evitar procedimientos boca a boca.
- Evitar la atención directa de paciente si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosas hasta que estas hayan desaparecido.
- En el caso de presentar alguna herida, por más pequeña que sea, debe cubrir con esparadrapo.
- Las normas de asepsia deben ser empleadas en todo procedimiento sanitario.
- Todos los objetos corto punzantes deben ser manejados adecuadamente con estricta precaución y ser depositados en los guardianes respectivos, las mismas se encuentran en cada área, dando cumplimiento al Reglamento de Desechos Infecciosos del Ministerio de Salud Pública.
- No se debe trasvasar objetos corto punzantes utilizados de un guardián a otro.
- Está contraindicado doblar o partir la hoja de bisturí, agujas, baja lenguas o cualquier otro material corto punzante.
- No se debe reutilizar el material contaminado como agujas, jeringas y hojas de bisturí.
- Realizar una correcta desinfección y limpieza de las superficies, equipos de trabajo al final de cada procedimiento y al finalizar cada jornada de trabajo.
- Los equipos requieren reparación técnica, deben ser llevados a mantenimiento, previa limpieza y/o desinfección por parte del personal encargado del servicio de origen.
- En caso de existir algún derrame o contaminación accidental de algunos líquidos corporales sobre superficie de trabajo, cubra con un papel u otro material absorbente; luego vierta hipoclorito de sodio 10% sobre la superficie contaminada, dejando actuar durante 30 minutos; después realice la limpieza con agua y jabón. El personal encargado de estos procedimientos debe utilizar guantes, mascarilla y mandil.
- Restringir el ingreso a las áreas de alto riesgo a personal no autorizado.
- La ropa y lencería no desechable que esté contaminada con sangre o cualquier otro fluido corporal debe ser enviada a la lavandería en doble bolsa plástica roja.
- En caso de alguna exposición accidental a material corto punzante o material biológico contaminado, realice el reporte al Comité de Desechos Infeccioso y/o Higiene y seguridad de los trabajadores, de forma inmediata.
- En las áreas críticas como (UCI, Quirófano, Neonatología, Aislamiento, Centro de Trauma y Áreas de procesamiento de muestras en los laboratorios) se debe restringir el uso de teléfono celular por constituirse una fuente de transmisión de microorganismos (13).

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal por lo que permitió identificar los factores de riesgo asociados al uso inadecuado de las barreras de protección físicas en el Área de Emergencia de Hospital “Vicente Corral Moscoso”, se incluyó al personal que labora en el área de Emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Marzo – agosto 2017 (Médicos, Residentes de Medicina, Interno/as de Medicina, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería e Internas/os de Enfermería) excluyendo al personal que no pertenece al Área de Emergencia, personal que se encuentren ausentes por motivo de vacaciones, personal de otros servicios.

## RESULTADOS

Con relación al sexo, existe en total 92 personas que laboran en el Área de Emergencia que equivale a un 100%, de los cuales el género femenino son 66, con un porcentaje del 71,7%, y del género masculino 26, que equivale a un 28,3%, como se observa en la tabla 1.

TABLA N° 1

**Distribución de 92 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso según el género.**

		Tipo de Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	26	28,3	28,3	28,3
	Femenino	66	71,7	71,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

**Fuente:** Guía de Observación

**Elaborado por:** Autores

Con respecto al perfil profesional del personal que labora en el Área de Emergencia, hay un total de 36 Licenciadas en Enfermería que equivale a un 39,1%, un total de 24 son Auxiliares en Enfermería que equivale a un 26,1%, seguido de internos de medicina con un total de 12 dándonos un porcentaje 13,0%, hay 10 médicos que equivale a un 10,9%, los residentes de medicina son 6 que equivale a un porcentaje del 6.5% y finalmente 4 internas de enfermería que da un 4.3%, como se manifiesta en la tabla 2.

**TABLA N° 2**

**Distribución de 92 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso según el perfil profesional.**

		Perfil profesional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medico	10	10,9	10,9	10,9
o	Residente de Medicina	6	6,5	6,5	17,4
	Interno/a de Medicina	12	13,0	13,0	30,4
	Licenciado/a de Enfermería	36	39,1	39,1	69,6
	Auxiliar de Enfermería	24	26,1	26,1	95,7
	Interna de Enfermería	4	4,3	4,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

**Fuente:** Guía de Observación.

**Elaborado por:** Autores

Con relación al lavado de manos antes de la atención al paciente se pudo verificar que: 69 personas lo cumplen regularmente con un porcentaje del 75.0%, con una buena practica 12 personas que equivale a un 13.0% y de manera deficiente 11 personas que equivale a un 12.0%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%, como se evidencia en la tabla 3.

**TABLA N° 3**

**Distribución de 92 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso según la calidad de lavado de manos antes de la atención al paciente.**

		Calidad del lavado de manos antes de la atención al paciente			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	11	12,0	12,0	12,0
	Regular	69	75,0	75,0	87,0
	Buena	12	13,0	13,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

**Fuente:** Guía de Observación.

**Elaborado por:** Autores

En la tabla 4 con relación al lavado de manos después de la atención al paciente se pudo verificar que: 68 personas lo cumplen regularmente con un porcentaje del 73.9%, con una buena practica 16 personas que equivale a un 17.4% y de manera deficiente 8 personas que equivale a un 8.7%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%.

**TABLA N° 4**

**Distribución de 92 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso según la calidad de lavado de manos después de la atención al paciente.**

Calidad de lavado de manos después de la atención al paciente					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	deficiente	8	8,7	8,7	8,7
	Regular	68	73,9	73,9	82,6
	Buena	16	17,4	17,4	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

**Fuente:** Guía de Observación.

**Elaborado por:** Autores

En la presente tabla con relación al lavado de manos después de realizar procedimientos o en contactos con fluidos corporales se pudo verificar que: 68 personas lo cumplen regularmente con un porcentaje del 73.9%, con una buena practica 24 personas que equivale a un 26.1%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100% según se analiza en la tabla 5.

**TABLA N° 5**

**Distribución de 92 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso según la calidad de lavado de manos después de realizar procedimientos o en contactos con fluidos corporales.**

Calidad de lavado de manos después de realizar procedimientos o en contactos con fluidos corporales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	68	73,9	73,9	73,9
	Buena	24	26,1	26,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

**Fuente:** Guía de Observación.

**Elaborado por:** Autores

En la presente tabla con relación a, si la duración de lavado de manos es entre 15-30 segundos se pudo verificar que: 82 personas lo cumplen regularmente con un porcentaje del 89.1%, de manera deficiente 6 personas que equivale a un 6.5%, y con una buena practica 4 personas que equivale a un 4.3%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100% analizado en la tabla 6.

**TABLA N° 6**

**Distribución de 92 personas que laboran en el área de Emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso según la duración del lavado de manos.**

Duración de lavado de manos es entre 15-30 segundos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	6	6,5	6,5	6,5
	Regular	82	89,1	89,1	95,7
	Buena	4	4,3	4,3	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

**Fuente:** Guía de Observación.

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

Del análisis de los resultados de este estudio se pudo observar en la tabla del perfil profesional el Área de Emergencia cuenta con 36 Licenciadas en Enfermería que equivale al 39.1%, Auxiliares de Enfermería son 24 que equivale a un 26.1%, Internos de Medicina 12 que equivale a un 13.0%, Médicos 10 que equivale a un 10.9%, Residentes de Medicina 6 que equivale a un 17.4% e internas de Enfermería 4 que equivale a un 4.3% (14).

El análisis de los resultados con relación al lavado de manos antes de la atención al paciente se pudo verificar que 69 personas lo cumple regularmente con un porcentaje del 75.0%, con una buena practica 12 personas que equivale a un 13.0% y de manera deficiente 11 personas que equivale a un 12.0%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%, si comparamos con lo que nos manifiesta el Manual de Normas de Bioseguridad que el lavado de manos es el método más eficiente para disminuir la transmisión de material infeccioso de un individuo a otro y disminuir las enfermedades infecto contagiosas. No cumple un 100% el personal que labora en esta Área (15).

En los resultados obtenidos a la utilización adecuada las Barreras de Protección Físicas se pudo verificar que lo cumple de una manera regular 69 personas con un porcentaje del 75.0%, con una buena practica 12 personas que equivale a un 13.0%, y de manera deficiente 11 personas que equivale a un 12%, y dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%, mientras que en otro estudio realizado en el Hospital Moreno Vásquez, del Cantón Gualaceo, manifiestan que el 44.74% un total de 17 personas que casi siempre tienen un correcto uso de las barreras de protección, mientras que existe un déficit de 10,53% con un total de 4 personas que nunca realizan el correcto uso de barreras de protección. Por lo que se puede describir que en nuestro estudio existe un gran déficit del uso correcto de las barreras de protección físicas, mientras que en otros estudios un 44.7% utiliza correctamente las barreras de protección físicas (16).

## CONCLUSIONES

Las barreras de protección físicas que utiliza el personal que labora en el área de Emergencia, con relación a, la duración de lavado de manos se pudo verificar que 82 personas lo cumple regularmente con un porcentaje del 89.1%, de manera deficiente 6 personas que equivale a un 6.5%, y con una buena practica 4 personas que equivale a un 4.3%; con relación a, si se coloca lentes protectores cuando el procedimiento lo requiere se pudo verificar que 61 personas lo cumple regularmente con un porcentaje del 66.3 %, de manera deficiente 25 personas que equivale a un 27.2%, y con una buena practica 6 personas que equivale a un 6.5%; con relación a, con relación si utilizan la mascarilla para realizar los procedimientos que requieran de su uso se pudo verificar que 62 personas con una buena práctica lo utilizan que equivale a un porcentaje del 67.4 %, de manera regular 21 personas que equivale a un 22.8%, y de manera deficiente 9 personas que equivale a un 9.8%; con relación a, con relación si utilizan la mascarilla en el momento de aspirar secreciones se pudo verificar que 78 personas con una buena práctica lo utilizan que equivale a un porcentaje del 84.8 %, de manera regular 8 personas que equivale a un 8.7%, y de manera deficiente 6 personas que equivale a un 6.5%, si se colocan la bata para procedimientos que requiere su uso se pudo verificar que 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%, realizan en forma regular este procedimiento.

En los resultados obtenidos en la guía de observación sobre el uso de las barreras de protección físicas se pudo verificar que lo cumplen de una manera regular 69 personas con un porcentaje del 75.0%, con una buena practica 12 personas que equivale a un 13.0%, y de manera deficiente 11 personas que equivale a un 12%, dando un total de 92 personas que han sido evaluadas por medio de una guía de observación con un porcentaje del 100%.

En el uso adecuado las barreras de protección físicas se pudo verificar que lo cumplen de manera regular 69 personas con un porcentaje del 75.0%; por lo tanto, los factores de riesgo asociados al uso inadecuado son la falta de insumos, atención inmediata a pacientes en estado crítico, demanda de paciente.

Las barreras de protección físicas son el lavado de manos, el uso de protectores oculares, el uso de guantes para procedimientos especiales y el uso de mascarilla, en respecto a su inadecuado uso los factores asociados son demanda de pacientes, falta de insumos y atención inmediata a pacientes en estado críticos, los mismos que se encuentra en constante peligro de contraer enfermedades nosocomiales, tanto el personal de salud como los pacientes que reciben atención en esta área hospitalaria.

## Bibliografía

1. Villanueva K. Conocimiento del profesional de enfermería sobre las medidas de bioseguridad durante el cuidado del paciente post operado del Hospital Apoyo Jesús Nazareno Ayacucho – 2016. 2016;
2. Organización Mundial de la Salud. El número de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo sigue aumentando. (Internet); 2005;1–4.
3. Serrano Illescas LM, Sibri Quinde MM, Torres Supliguicha MB. Aplicación De Las Medidas De Bioseguridad Por El Personal De Enfermería Del Hospital Moreno Vázquez. Gualaceo 2014. (18). 2015;1.
4. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA “ SAN VICENTE DE PAÚL ” TEMA : Uso de las barreras de protección en los estudiantes de enfermería durante sus prácticas hospitalarias en la ciudad de Guayaquil , de mayo a septiembre del 2016 . AUTORAS : Jiménez Zamora Thalía Karolina Mite Álvarez Grace Christina TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA TUTORA : Lcda . González Osorio Cristina Virmane . MGs . 2016;
5. Accesible M, Humanos R, Privado A, Online S, Zika V. Buscar Buscar... 2020;1–30.
6. Dios Lorente JA de, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*. 2009;13(1):0–0.
7. Navas M, Ulloa M. Evaluación de la gestión de la calidad de los servicios de salud ofertados por el Hospital San Sebastián del cantón Sigsig. 2013.
8. Paredes Criollo KA, Morocho Delgado OA. Aplicación de medidas de bioseguridad en el cuidado de enfermería brindado a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas del servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2012. 2013;
9. Mamani Encalada A, Obando Zegarra R, Uribe Malca AM, Vivanco Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia: [revisión]. *Rev peru Obs enferm*. 2007;3(1):50–7.
10. Roberto Carlos Morales Arroyo. Manejo y tratamiento de los desechos hospitalarios en el hospital san vicente de paul en la ciudad de Ibarra. 2015;96.
11. Bilal MS, Aydemir NA, Cine N, Celebi A, Kaplan M. Triple coronary bypass in a child with homozygous familial hypercholesterolemia. *Heart Surg Forum*. 2005;8(5).
12. dueñas lozano bacilia. Nivel De Conocimiento Y Aplicacion De Medidas De Bioseguridad En El Personal De Enfermeria Del Hospital Barranca- Cajatambo, 2018. 2019;63.
13. Conicyt F, Lay MC. Y RIESGOS ASOCIADOS Comité de Actualización. Asociados-Fondecyt-CONICYT. 2018;2:150.
14. Diez ÁF. Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad; cálculos prácticos. *Uned Y Esc Nac Sanid*. 2013;1–27.
15. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, Papaqui-Hernández J. La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. *Rev Enfermería Neurológica*. 2014;13(1):19–24.
16. Vera Núñez D, Sánchez EC, Díaz PHR, Escobar TTM. Effectiveness of guide of good practical in the hospital bioseguridad [Efectividad de Guía de Buenas Prácticas en la bioseguridad hospitalaria]. *Rev Cubana Enferm*. 2017;1–13.

## Capítulo 2

# ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

María Paz Carrión Contreras<sup>1</sup>  
maria.carrion@ucacue.edu.ec

Anita del Carmen Puento Arroyo<sup>1,2</sup>  
apuento@ucacue.edu.ec

Carlos José Martínez Santander<sup>2</sup>  
cmartinezs@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca



## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer es un término genérico que designa a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, también se habla de tumores malignos. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, este proceso se denomina metástasis. **Objetivo:** Identificar cuáles son los estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer, en el área de Clínica Oncológica en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, en el periodo septiembre 2017- febrero 2018 **Metodología:** La presente investigación es básica aplicada prospectiva de corte transversal, con un diseño observacional no experimental, en la cual los datos fueron obtenidos por medio de la encuesta validada por bioética y aplicada en el Hospital José Carrasco Arteaga. **Resultados:** De los pacientes que informaron que realizaron las actividades físicas las tres veces por semana el 61,3% de ellos dejaron de realizar estas actividades, después de su enfermedad ( $\chi^2: V = 18.376, p=0.031$ ), pasaron de preferir alimentos basados en carbohidratos y grasa a frutas y verduras ( $\chi^2: V = 26595 p= 0.046$ ). **Conclusiones:** Los estilos de vida que mostraron esta asociación con los pacientes diagnosticados de cáncer fueron la disminución de la frecuencia de actividad física después de su enfermedad ( $\chi^2V=18.376 p=0.031$ ), un porcentaje significativo de pacientes pasó de un estado de ánimo de bueno a regular ( $\chi^2V= 10.421 p=0.034$ ).

**Palabras Clave:** Cáncer, estilo de vida, nutrición, actividad física, hábitos psicobiológicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cancer is a generic term that designates a wide group of diseases that can affect any part of the body, we also speak of malignant tumors. A defining characteristic of cancer is the rapid multiplication of abnormal cells that extend beyond their usual limits and can invade adjacent parts of the body or spread to other organs, this process is mastered metastasis **Objective:** To identify the lifestyles of patients diagnosed with cancer in the Oncology Clinic area at the Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga period September 2017 - February 2018 **Methodology:** This research is basic applied prospective cross-section with an observational design non-experimental, in which the data were obtained through the survey validated by bioethics and applied at the José Carrasco Arteaga Hospital **Results:** Of the patients who reported doing physical activity three times a week, 61.3% of them stopped doing activity after their illness ( $\chi^2: V = 18.376, p = 0.031$ ), they went from preferring foods based on carbohydrates and fat to fruits and vegetables ( $\chi^2: V = 26595 p = 0.046$ ). **Conclusions:** The lifestyles associated with patients diagnosed with cancer were the decrease in the frequency of physical activity after their disease ( $\chi^2V = 18.376 p = 0.031$ ), a significant percentage of patients went from a good mood to a regular ( $\chi^2V = 10.421 p = 0.034$ ).

**Key words:** Cancer, lifestyle, nutrition, physical activity, psychobiological habits.

## INTRODUCCIÓN

“La Organización Mundial de la Salud”, en el año 2015, define el cáncer como una de las enfermedades que se ubica en el segundo lugar de fallecimientos en la población mundial, con una mayor concurrencia en países con ingresos medios y bajos con el 70%, entre los factores de riesgo conductuales y dietéticos tenemos: sobrepeso, disminución de actividad física, aumento de la ingesta de alcohol, consumo de tabaco, reduciendo frutas y verduras (1).

En mujeres, los tipos de cáncer diagnosticados más frecuentemente son: cáncer de mama, cervicouterino, colorrectal, ovario, y tiroides; y las causas más frecuentes de muerte fueron mama, cérvico uterino, hígado, estómago y pulmón. En Ecuador se han registrado 23,360 casos de cáncer en ambos sexos siendo el cáncer de próstata el más habitual en hombres y en mujeres el cáncer de mama (2).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC, la prevalencia en el sobrepeso y obesidad en la población del Ecuador es de 555,8185, lo que corresponde al 62,8% entre 20 y 60 años, mostrando así un mal estilo de vida con respecto a la alimentación. El predominio del ejercicio físico en el Ecuador entre 18 a 60 años es de 12,1% inactivo en hombres y 17,1% en las mujeres (3).

De acuerdo a las investigaciones frente al cáncer en el Ecuador (SOLCA) al Azuay le corresponde 55,4%, de los cuales 3,830 residían en el cantón Cuenca perteneciéndole un 60,3% al sexo femenino; siendo el de mama el más común y en el hombre el de próstata, con una mortalidad tanto en hombres como en mujeres con cáncer estómago (4).

Los pacientes con cáncer confrontan nuevos estilos de vida, relacionados con la enfermedad cuyas características clínicas alteran el proceso normal de la persona afectada, la vida familiar, la vida laboral, las relaciones interpersonales y la alteración de los aspectos psicológicos. Las consecuencias son complejas en relación a sus hábitos y estilos de vida, por tanto, se pretende evaluar hasta qué nivel afecta a las personas diagnosticadas con esta enfermedad (5).

El cáncer es una enfermedad que presenta cifras alarmantes de mortalidad en el Ecuador, según los datos del INEC el cáncer de útero, mama y estómago son más comunes en mujeres mientras que en el hombre hepático, estómago y próstata. A medida que se incrementa la tasa de incidencia de cáncer en la población en general, nace el interés por investigar (6).

Este estudio contribuye a sentar bases válidas y confiables, no se han encontrado datos actuales acerca de los estilos de vida en los pacientes con cáncer, siendo esencial para futuras investigaciones, ayudando a incrementar conocimientos que mejorarán en beneficio de estos pacientes. Para los pacientes que adolecen esta enfermedad es de interés debido a que se investigará a fondo acerca de cómo el estilo de vida varía en torno a la enfermedad (7).

Esta investigación aporta a toda la población, de manera más centrada a aquellos usuarios que son atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, el mismo que en la actualidad no cuenta con datos acerca de los estilos de vida de los usuarios con diagnóstico de cáncer, es importante conocer para poder crear políticas públicas y de promoción de salud que mejorarán la calidad de vida (8).

## DESARROLLO

### Marco teórico

Los estudios acerca del cáncer se encuentran hace 1,5 millones de años, los egipcios registraron por primera vez que existían diferentes tipos de cáncer, los cuales tenían que ser tratados de forma distinta. En un estudio de los EEUU 2014, habla de un aproximado de 1,665,540 nuevos casos de cáncer analizados y 585,720 de fallecidos (9).

Con la finalidad de establecer diferencias en el estilo de vida en el cáncer en los cuales participaron 150 después del diagnóstico, el 71% de los hombres y el 50% de las mujeres llevaban a cabo acciones para un estilo de vida saludable, el 19% respondieron que estaban consumiendo alimentos más sanos, el 61% respondió que tenía esperanzas; sin embargo, el 10% contestaron que se sentían sin esperanza. Aproximadamente el 53% de los participantes respondieron que después de su diagnóstico, tenían una visión más comprensiva de los marginados y desfavorecidos (10).

Tuvo como finalidad evaluar dos centros independientes, en dos continentes, sacan conclusiones similares con respecto a la asociación de: alimentos, la nutrición y la actividad física en el cáncer de endometrio, con las mismas instrucciones, se identificaron 310 documentos relevantes, 166 (54%) fueron incluidos por ambos centros (11).

Del (50%) se recuperaron en las búsquedas de un centro y no del otro (54 en el centro A, 18 en el centro B) y 72 se recuperaron en ambas búsquedas, pero se consideraron relevantes solo por uno de los centros (52 en el centro A, 20 en el centro B). De los trabajos incluidos por ambos centros, al 80%, alrededor del 63% en comparación con el 50% o menos para los estudios ecológicos y de series de casos. El acuerdo para la inclusión de 138 documentos clave fue del 87%. Las estimaciones de riesgo de resumen de los meta análisis fueron similares (12).

### Metodología

El trabajo de investigación fue básico y aplicado, prospectiva de corte transversal con un diseño observacional no experimental, en la cual los datos fueron obtenidos por medio de la encuesta validada por bioética y aplicada en el Hospital José Carrasco Arteaga; el universo estuvo conformado por todos los pacientes que asistieron con un diagnóstico de cáncer, al área de Oncología del Hospital José Carrasco Arteaga, durante septiembre 2017 a febrero 2018; la selección y tamaño de la muestra se realizó utilizando la fórmula propuesta por Murray y Larry con un margen de error del 5% con un nivel de confianza 95%, se incluyó a los usuarios que acudieron al área de Oncología del Hospital José Carrasco Arteaga con diagnóstico de cáncer y que firmaron el consentimiento informado; así como también a usuarios que hayan cumplido la mayoría de edad de edad y que se encuentran en pleno uso de su estado de conciencia, excluyendo a pacientes que no firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio y a todas las personas que acuden con tumoraciones benignas.

## RESULTADOS

Como observamos en la tabla N° 1, el 48,4% de los pacientes con cáncer se encuentran en el grupo etario de adulto maduro que corresponde a pacientes de 40 a 64 años, por los cambios de estilo de vida y cambios fisiológicos, luego el adulto mayor con un 44,8% y después el adulto joven con 6,9%

**Tabla N° 1: Frecuencia del cáncer según el grupo etario**

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Adulto joven	17	6,9%
Adulto maduro	120	48,4%
Adulto mayor	111	44,8%
Total	248	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

El 73% de pacientes con diagnóstico de cáncer son de sexo femenino, mientras que el 27% son de sexo masculino, según el presente estudio se demuestra que existe un índice mayor de cáncer de mama razón por la que prevalece el sexo femenino analizando la tabla 2.

**Tabla N° 2: Frecuencia del cáncer según el género**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	181	73,0%
Masculino	67	27,0%
Total	248	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Como se observa en la tabla N°3 , el 35,1% de pacientes tenían un diagnóstico de cáncer de mama siendo la mayoría de estos con un componente genético hereditario, mientras que el 9,7 % cáncer de útero, seguido del cáncer de estómago en un 8,9%.

**Tabla N° 3: Frecuencia del cáncer según el tipo**

<b>Tipo de cáncer</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cáncer de mama	87	35,1%
Cáncer de útero	24	9,7%
Cáncer de pulmón	23	9,3%
Cáncer de estómago	22	8,9%
Cáncer de próstata	17	6,9%
Cáncer de colon	16	6,5%
Cáncer de ovario	10	4,0%
Cáncer de cerebro	8	3,2%
Cáncer de páncreas	7	2,8%
Cáncer de tiroides	4	1,6%
Cáncer de recto	4	1,6%
Cáncer de piel	2	0,8%
Otros	24	9,7%
Total	248	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Como se muestra en la tabla N° 4. El 96,8% de los pacientes refirió dormir un mínimo de 6-8 horas antes de su enfermedad y el 2,4% menos de 6 horas. Mientras que el 59,7% refirió dormir 6-8 h después de su enfermedad y el 39,5% menos de 6 horas.

**Tabla N° 4: Frecuencia los estilos de vida en pacientes con cáncer según horas de sueño**

<b>Horas de sueño</b>	<b>Antes de su enfermedad</b>	<b>Después de su enfermedad</b>
Como mínimo 6-8horas	240 (96,8%)	148 (59,7%)
Menos de 6 horas	6 (2,4%)	98 (39,5%)
No tiene un horario	2 (0,8%)	2 (0,8%)
Total	248 (100,0%)	248 (100,0%)

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Del total de la muestra estudiada, en la tabla N° 5, el 64% de las pacientes que padecen cáncer de mama corresponden al grupo etario adulto maduro que comprende de 41 a 60 años siendo este también el cáncer que más encontramos en nuestro estudio, el 54,2% de los pacientes con cáncer de útero corresponden a pacientes adultos mayores, y este es el segundo cáncer más frecuente. El 52,2% de pacientes con cáncer de pulmón corresponden a adultos maduros, siendo este el tercer cáncer más frecuente. Sí existe asociación estadística entre el tipo de cáncer y la edad referida por los pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga.

**Tabla N° 5: Estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer en el área de clínica oncológica en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga según tipo de cáncer y grupo etario**

Tipo de cáncer que padece	Edad			Total
	Adulto joven	Adulto maduro	Adulto mayor	
Cáncer de mama	7(8,1 %)	55(64%)	24(27,9%)	86
Cáncer de colon	0(0%)	7(43,8%)	9(56,3%)	16
Cáncer de piel	1(50%)	1(50%)	0(0%)	2
Cáncer de páncreas	0(0%)	0(0%)	7(100%)	7
Cáncer de pulmón	1(4,3%)	12(52,2%)	10(43,5%)	23
Cáncer de próstata	1(5,9%)	3(17,6%)	13(76,5%)	17
Cáncer de útero	3(12,5%)	8(33,3%)	13(54,2%)	24
Cáncer de estómago	0(0%)	9(40,9%)	13(59,1%)	22
Cáncer de ovario	0(0%)	5(50%)	5(50%)	10
Cáncer de tiroides	0(0%)	1(25%)	3(75%)	4
Total				211

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Como observamos en la tabla N° 6, el 87,1% de los pacientes que padecen cáncer antes de su enfermedad realizaban actividad física una vez a la semana, después con el cáncer dejaron de realizar la actividad, el 61,3% de los pacientes con cáncer que realizaban actividad física tres veces a la semana luego del mismo dejaron de realizar la actividad. Y sólo el 18,5 % de los pacientes continuaron realizando actividad física tres veces a la semana. Existe una asociación estadística entre la actividad física antes y después del padecimiento de su enfermedad en los pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga.

**Tabla N° 6: Estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer en el área de clínica oncológica en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga el estado de ánimo antes y después de la enfermedad**

Estado de ánimo habitual antes de su Enfermedad	Estado de ánimo habitual después de su enfermedad			Total
	Bueno	Regular	Malo	
Bueno	139(57%)	94(38,5%)	11(4,5%)	244
Regular	0(0%)	1(50%)	1(50%)	2
Malo	1(100%)	0(0%)	0(0%)	1
<b>Total</b>	140	95	12	248

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

El cáncer es uno de los primordiales problemas de salud, convirtiéndose en una enfermedad crónica de importancia para la salud pública de nuestro país, esto asociado a los estilos de vida de estos pacientes que pueden llevar a conductas consideradas no saludables y repercutir en la forma de vida de ellos. En datos estadísticos del Instituto Nacional del Cáncer, la edad que se presenta el cáncer es a los 66 años, considerando que el cáncer de mama se establece a los 62 años, el cáncer colorrectal a los 68 años y 70 años para el cáncer de pulmón (13).

Esto se relaciona con este estudio en el cual el 48,4% de los pacientes con cáncer se encontraron en el grupo etario de adulto maduro que corresponde a pacientes de 40 a 64 años, luego el adulto mayor con un 44,8% y después el adulto joven con 6,9%. El cáncer en Latinoamérica, nuevo informe IARC, el estudio incorpora datos de aproximadamente 546.000 nuevos casos 47% hombres, 53% mujeres (14).

Esto se relaciona con este estudio en el cual el 73% de pacientes con diagnóstico de cáncer predominó el sexo femenino mientras que el 27% de sexo masculino (27). Realiza una comparación en 13 centros de tratamiento oncológico en el cual muchas personas con cáncer de mama son casadas o vivían en unión consensual 54,1% y el 23,2% son solteras(15).

Esto concuerda con nuestro estudio donde el 64,5% de pacientes con cáncer pertenecían al estado civil casados, seguido del 16,1% solteros, el 10,1 % viudos y el 6,5% divorciados. Cuyo tema es la procedencia de los pacientes hace referencia 57,2% pertenece al sector urbano, afiliados al régimen rural 42,8% (16).

El presente estudio concuerda con el 74,6% de pacientes pertenecieron a la zona urbana siendo un factor favorable por la facilidad de transporte para ir al hospital a recibir quimioterapia y el 25,4% a la zona rural, con el tema sobre el análisis de los registros individuales de ayuda de servicios de salud en Colombia, la mayoría de los tipos de cáncer se muestran tasas de incidencia menores en los registros RIPS (17).

De menor a mayor: el cáncer de labio y cavidad oral (0.15:1); próstata (0,33:1); mama (0,74:1); cuello uterino (0,64:1); estómago (0,22:1), colorrectal (0,44:1) y tiroides (0.86:1). De acuerdo al registro de tumores Ecuador (SOLCA), al Azuay le corresponde 55.4%, de los cuales 3830 residen en el cantón Cuenca perteneciéndole un 60,3% al sexo femenino; siendo el cáncer de mama el más habitual en mujeres y con mayor frecuencia el de próstata en hombres (18).

En las mujeres sin neoplasia en un porcentaje del 50% no realizan ejercicio físico y el 50% si realiza actividad física, las mujeres con neoplasia en un porcentaje del 56,6% no realiza actividad física mientras que el 43,3% si realiza actividad física, mujeres con enfermedad neoplásica que hacían ejercicio físico antes de la enfermedad 53,3% aún se mantienen realizando ejercicio y el 48,6% no realizan ejercicio físico (19).

Comparando con el presente estudio acerca de la actividad física el 69,8% de la población realizaba actividad física tres veces a la semana antes de la enfermedad y después de la misma el 67,7% no realizaban actividad física. En cuanto al tiempo de realizar ejercicio físico un 87,1% caminaba 30 minutos al día antes de la enfermedad y después de la enfermedad disminuyó el tiempo de la actividad física con un porcentaje de 66,1% (20).

La forma de vida es un indicador significativo. En el hogar resalta la categoría regular con el 33,3%, y buena en 66,6%. El 100% de las pacientes menciona que la familia le brinda ánimos para afrontar la enfermedad sin perjudicar la parte psicológica el 100% manifiesta buenas relaciones con los que conviven en el hogar, así como una atmósfera afectiva. El 66,6% de las pacientes con un nivel bajo, ya que se sienten sin ánimos sin buscar ayuda en los problemas En un nivel medio el 33,3% de las pacientes se ubican en los niveles alto y bajo” (21).

A diferencia del presente estudio, 57% de los pacientes refirieron que su estado de ánimo antes de su enfermedad continuaba siendo bueno luego de la misma, a diferencia del 38,5% de pacientes que refirieron haber pasado de un estado de ánimo de bueno a regular, sólo el 4,5% de pacientes refirió haber pasado de un estado de ánimo de bueno a malo (22).

En cumplimiento de las recomendaciones sobre estilos de vida saludables en mujeres en seguimiento tras un cáncer de mama, los resultados muestran que un 35% de estas pacientes presentan sobrepeso y el 15% obesidad, el haber ingerido frutas y verduras es aceptable, el 92% de las mujeres encuestadas indican consumo de carne roja; alrededor del 50% por encima de las recomendaciones (23).

Los pacientes que preferían alimentos cocinados, lo continuaron haciendo después de la misma, mientras que el 38,1% pasó de preferir alimentos cocinados a fritos, aquellos pacientes que consumían alimentos fritos en el 98,7% pasaron a consumir alimentos cocidos. Demostrando un buen estilo de vida, el 75% de pacientes que consumían grasas antes de su enfermedad pasaron a consumir verduras luego de la misma, y el 19,1% luego de su enfermedad consumían frutas (24).

El estudio consiste en Examinar la prevalencia y la agrupación de la actividad física (AP), el consumo de frutas y verduras (5-A-Day) y fumar en los seis principales grupos de sobrevivientes de cáncer (CVRS). Solo una minoría de los sobrevivientes de cáncer cumple con las recomendaciones 5-A-Day (14.8% a 19.1%) o PA (29.6% a 47.3%), mientras que la mayoría cumple con la recomendación de no fumar (82.6% a 91.6%) (25).

El análisis se realiza sobre los datos recogidos de 1.738 casos nuevos de cáncer de mama y 1.910 controles del estudio de casos-controles MCC-Spain, en los 1460 casos de cáncer de mama con información en hábitos de vida y dieta, el consumo de alcohol de los 30 a los 40 años y el consumo actual, lo que da como resultado que la ingesta pasada de alcohol es mayor en los casos, el 30,7% tiene ingesta moderada y el 34,8% ingesta alta; por el contrario, la ingesta actual de alcohol alta es mayor en los controles (34,1%) que en los casos (31,3%) (26).

A comparación del 98,9% de pacientes que no ingería alcohol continuó sin hacerlo después de su enfermedad, solo un 5% de los pacientes que antes de su enfermedad consumía alcohol pasó a consumirlo siempre, 96,6% de las personas que refirieron a veces consumir alcohol lo dejaron de hacer, en lo que respecta al tabaco el 98,6% de pacientes que no consumía tabaco antes de su enfermedad han continuado sin hacerlo, solo el 1% de los pacientes que no consumía pasaron a consumir después de la enfermedad, el 22,2% de los pacientes que consumía tabaco después de su enfermedad lo continuaron haciendo (27).

En cuanto al estilo de vida del aseo personal en pacientes con cáncer no existen estudios, pero en cuanto a mi estudio el 92,7% de los pacientes refirió bañarse siempre antes de su enfermedad y el 6,9% a veces se bañaba, el 93,1% refirió que siempre se baña después de su enfermedad y solo el 6,9% refirió que a veces lo hace (28).

En un estudio sobre la calidad de sueño y vida en pacientes con cáncer pulmonar avanzado realizado en la ciudad de México, se agrupan a 46 pacientes, el 32.6% de ellos refieren tener una sola comorbilidad y 13.1% presentan disnea; la prevalencia de EPOC es de 39.1% y 16.7% muestran hipoxemia; 50% reportan no conciliar el sueño; el promedio del puntaje de calidad de vida fue alto (0.848 [EE  $\pm$  0.185]); 45.7% refieren dolor y 19.6% síntomas de ansiedad y depresión; la calidad del sueño se asocia significativamente con dolor y síntomas de ansiedad y depresión” (29).

Corroborando el presente estudio, el patrón del sueño se vio afectado debido al tratamiento de quimioterapia, con un porcentaje del 39,5% de pacientes que antes de su enfermedad dormían de 6-8 horas, después de la misma dormían menos de 6 horas; mientras que el 61,3% de los pacientes que dormían mínimo de 6-8 horas, después de la enfermedad continuaron con el mismo patrón de sueño (30).

## **CONCLUSIONES**

Una vez obtenida la información y realizado el análisis de los resultados se concluye que: El tipo de cáncer que afecta a la mayoría de pacientes es el cáncer de mama, siendo el sexo femenino el que más presenta cáncer en este estudio; el grupo etario con mayor prevalencia se presentó en el adulto maduro que va desde los 40-64 años.

Los estilos de vida que se encuentran alterados en cuanto a: actividad física, hábitos alimenticios y estado de ánimo. Comparando el estilo de vida de los pacientes oncológicos antes de la patología y después de la misma se encontró: Los pacientes diagnosticados de cáncer disminuyeron la frecuencia de actividad física después de su patología. Un importante porcentaje de pacientes pasaron de un estado de ánimo bueno a regular. En cuanto a la alimentación pasaron de preferir alimentos fritos a cocidos, de carbohidratos a frutas y verduras. En cuanto al tiempo de sueño pasaron de descansar de 6-8 horas a 6 horas.

## Bibliografía

1. De Y, Ramos C, Rita E, Torres M. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2015;19(4):619–29.
2. Lifshitz A. Un clínico en el siglo XXI. *Gac Med Mex*. 2007;143(3):279–83.
3. Bravo Parra DN, Córdova Neira MF, Ñauta Baculima MJ. Prevalencia de sobrepeso y factores asociados en adolescentes en el Hospital José Carrasco Arteaga. *Rev Fac Cienc Méd Univ Cuenca*. 2018;18–27.
4. SOLCA. SOLCA Informe de Labores 2016-2018. *SolcaMedEc* [Internet]. 2018;9. Available from: <https://www.solca.med.ec/wp-content/uploads/2018/10/SOLCA-Informe-labores-2018.pdf>
5. Salazar MR, Regalado-rafael R, Navarro JM, Montanez DM. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú The role of the National Institute of Neoplastic Diseases in the control of cancer in Peru. *Inst Nac Enfermedades Neoplásicas*. 2013;30(1):105–12.
6. PERALTA-ZARAGOZA O, BAHENA-ROMÁN M, DÍAZ-BENÍTEZ CE, MADRID-MARINA V. Regulación del ciclo celular y desarrollo de cáncer: perspectivas terapéuticas. *Salud Publica Mex*. 1997;39(5):451–62.
7. Cabrera Macías Y, López González EJ, López Cabrera E, Arredondo Aldama B de la C. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Rev Finlay* [Internet]. 2017;7(2):115–27. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342017000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342017000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)
8. Han ES, Goleman, Daniel; Boyatzis, Richard; Mckee A. *J Chem Inf Model*. 2019;53(9):1689–99.
9. Sánchez-Ojeda MA, De Luna-Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):1910–9.
10. Pacífico AB, de Camargo EM, de Oliveira V, Vagetti GC, Piola TS, de Campos W. Comparison of physical fitness and quality of life between adolescents engaged in sports and those who are not. *Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum*. 2018;20(6):544–54.
11. Martínez-Torres J, Epalza MP. Prevalencia y factores asociados al consumo de cigarrillo tradicional, en adolescentes escolarizados. *Rev Med Chil*. 2017;145(3):309–18.
12. Hermosilla Ávila A, Sanhueza Alvarado O. Control Emocional, Felicidad Subjetiva Y Satisfacción Vital Relacionados Al Afrontamiento Y Adaptación En Personas Con Cáncer Avanzado. *Cienc y enfermería*. 2015;21(1):11–21.
13. Guerra ERP, Peña AF, Aldana NM. Evaluación y control de los estados emocionales en pacientes con cáncer de mama. *MULTIMED Rev Médica Granma* [Internet]. 2017;16(3):448–59. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/564>
14. María del Pilar Sanz Hernández. Consumo de alcohol y cáncer de mama en el estudio. 2015;
15. Torre-Bouscoulet L, Arrieta-Rodríguez O, Pérez-Padilla R, Guzmán-Barragán A, Reyes-Zúñiga M, Martínez-Briseño D, et al. Comorbilidades, calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con cáncer pulmonar localmente avanzado. *Rev del Inst Nac Enfermedades Respir*. 2015;74(2):87–94.

16. Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian Ó, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*. 2013;24(3):120–3.
17. Leite MAC, Nogueira DA, Terra F de S. Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6):1082–9.
18. Barrios E, Garau M. Cáncer : magnitud del problema en el mundo y en Uruguay , aspectos epidemiológicos Cancer : magnitude of the problem in the world and in. *AnFaMed*. 2017;4(1):9–46.
19. Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Correa-Bautista JE, Valle JS-R, Ramírez-Vélez R. Effectiveness of physical exercise on fatigue in cancer patients during active treatment: A systematic review and meta-analysis | Eficácia do exercício físico na fadiga dos pacientes com câncer durante o tratamento ativo: Revisão sistemática e meta-análisis. *Cad Saude Publica*. 2015;31(4):667–81.
20. Ramírez K, Acevedo F, Herrera ME, Ibáñez C, Sánchez C. Actividad física y cáncer de mama: un tratamiento dirigido TT - Physical activity and breast cancer. *Rev méd Chile* [Internet]. 2017;145(1):75–84. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n1/art11.pdf>  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000100011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100011)
21. Sánchez, R. R, Sierra, F. A. FA, Martín, E. E. ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Av en Psicol Latinoam*. 2015;33(3):371–85.
22. Puerto Pedraza HM, Carrillo González GM. Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer TT - Life quality and social support in family caregivers in cancer treatment. *Rev Univ Ind Santander, Salud* [Internet]. 2015;47(2):125–36. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200004)
23. Poma P. Mujeres afectadas por cáncer de mama—Recomendaciones para el seguimiento. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2017;63(1):35–51.
24. Corporal I, Estaduais E, Estudio S, Intensiva T, Altera N, Subjective SP, et al. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2018; 38(4). 2018;38(4).
25. Muñoz-Rodríguez DI, Arango-Alzate CM, Segura-Cardona ÁM. Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores asociados. *Univ y Salud*. 2018;20(2):183.
26. Icaza G, Núñez L, Buguño H. Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. *Rev Med Chil*. 2017;145(1):106–14.
27. Roco Á, Cerda B, Cayún J, Lavanderos A, Rubilar J, Cerro R, et al. Pharmacogenetics, tobacco, alcohol and its effect on the risk development cancer *Farmacogenética, tabaco, alcohol y su efecto sobre el riesgo de desarrollar cáncer*. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(4):432–40.
28. Bugarić U, Tanasijević M, Polovina D, Ignjatović D, Jovančić P. Reliability of rubber conveyor belts as a part of the overburden removal system - case study: Tamnava-east field open cast mine. *Tech Gaz*. 2014;21(5):925–32.
29. Arsentales Montalva V, Tenorio Guadalupe M, Yonz Buendía Y, Pimentel Alvarez P, Fiestas Saldarriaga F. Quimioterapia y alternativas en el cáncer terminal: Desafío pendiente para el Perú. *An la Fac Med*. 2016;77(2):179.
30. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81(1):20.



## Capítulo 3

# AUTOPERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD EN RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Edgar Rafael Palacios Gaona<sup>1</sup>  
erpalaciosg00@est.ucacue.edu.ec

Yajaira Carolina Viñan Calle<sup>1</sup>  
ycvinanc53@est.ucacue.edu.ec

Prissila Banesa Calderón Guaraca<sup>1,2</sup>  
pcalderong@ucacue.edu.ec

Johnny Fabián Vizuela Carpio<sup>2</sup>  
jvizuela@ucacue.edu.ec

1. Licenciada/o en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Introducción:** Se considera a la enfermería como una profesión de servicio como un gran impacto social cuya misión es la atención y cuidado de los seres humanos basados en sus experiencias de salud y enfermedad, que permiten brindar una atención de calidad y mejor desarrollo como profesión.

**Objetivo:** Demostrar la percepción que tiene la sociedad y auto percepción en relación con el profesional de enfermería de la Zona 6 periodo mayo - octubre 2018. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal – analítico. Muestra probabilística, conformada por 452 ciudadanos mayores de edad y 284 profesionales de enfermería de la Zona 6. La técnica fue la encuesta, el instrumento un formulario previamente validado, los datos recolectados se sometieron al procesamiento y análisis de la información con el programa SPSS 15. **Resultado.** Los resultados revelan que la percepción de la sociedad y auto- percepción en relación con el profesional de enfermería de la Zona 6 es positiva con un 76%. **Conclusiones:** Se evidenció que la sociedad y los profesionales de enfermería concuerdan que la percepción es positiva con un 76%, la misma que está encaminada a satisfacer las necesidades de la salud de las personas sanas y enfermas, demostrado en el análisis de las encuestas aplicadas a la sociedad y profesionales de enfermería.

**Palabras claves:** percepción, autopercepción, sociedad, profesional de enfermería

## ABSTRACT

**Introduction:** The image of nursing in general is negative and poor; but currently nursing is considered as a service profession with a great social impact whose mission is the attention and care of human beings based on their experiences of Health and Illness, which allow to provide quality care and develop better as profession. **Objective:** To demonstrate the perception that society has and self-perception in relation to the nursing professional of the area 6 period May-October 2018. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study - analytical. Probabilistic sample made up of 452 adult citizens and 284 nursing professionals from area 6. The technique was a survey, the instrument a previously validated form, during the course of the investigation the data collected were submitted to the processing and analysis of the information with the SPSS 15 program. **Results:** The results reveal that the perception of society and self-perception in relation to the professional nurse of Zone 6 is positive with 76%. **Conclusions:** It was evidenced that the society and the nursing professionals agree that the perception is positive with 76%, the same one that is aimed at satisfying the health needs of healthy and sick people, demonstrated in the analysis of the applied surveys to society and nursing professionals.

**Key words:** perception, self-perception, society, nursing professional

## INTRODUCCIÓN

La enfermería se ha venido practicando como profesión desde hace más de un siglo, siendo así que, a lo largo de la historia ha evolucionado, consiguiendo un avance muy valioso en el terreno académico. A pesar de ello se considera que es una disciplina antigua y a la vez una profesión joven, además en la sociedad existía un dilema con respecto a considerarla como profesión, esto relacionado a sus orígenes en virtud de que fue denominada un arte u oficio (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el papel del personal de enfermería, ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad, ya que las personas exigen de manera creciente una atención digna y de alta calidad. En este sentido, el cuidado no solo requiere que el profesional de enfermería sea científica, académica y clínica, debido a que la sociedad lo percibe desde un punto de vista humanitario y moral, considerando a la persona, familia y a la comunidad (2).

Bajo este contexto, la OMS manifiesta que en 21 países de la Unión Europea, los datos sobre la responsabilidad de los sistemas de salud y el entorno en que se trata a las personas cuando buscan atención de salud, son una valiosa herramienta para conocer la satisfacción de la sociedad, debido a que la percepción se ve influida por la experiencia de cada quien como paciente hacia el profesional enfermero, el estudio muestra que el 10,4% de la experiencia de los pacientes estaban relacionadas de forma significativa con la satisfacción de la atención de salud (3).

Así mismo en México con relación al indicador trato digno por parte del profesional de salud, el 31,20% de las personas opinaron que casi nunca se actúa con profesionalismo, consideraron que es poco profesional la atención de enfermería, y el 15,87 %, consideró que la atención recibida ha sido con un trato profesional digno, por lo que se puede observar que las calificaciones en la percepción de la calidad de la atención recibida por el personal de enfermería en general fueron malas (4).

En América Latina, el continuo avance de conocimientos, el acelerado desarrollo científico y tecnológico, la globalización y exigencias institucionales comprometen al profesional de enfermería a asumir nuevos liderazgos y competencias investigativas basadas en evidencias sólidas, necesarias para tomar decisiones y resolver problemas del quehacer propio de la disciplina (5).

En el Ecuador entre sus leyes ha descrito la ley 57 en el artículo siete del ejercicio profesional de enfermeras: que son competencias y deberes de las enfermeras/os ejercer funciones asistenciales, administrativas de investigación y docencia en las áreas de especialización y relacionadas a su campo profesional. Dirigir departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local. Dirigir facultades, escuelas y ejercer la docencia en enfermería. Brindar atención sin discriminación a toda la población y realizar investigaciones que ayuden a la solución de problemas prioritarios de salud (6).

La profesión de enfermería ha tenido que enfrentar numerosos retos incluida su imagen, porque a pesar del paso del tiempo, la sociedad continúa percibiéndola a través de estereotipos; para ellos, las enfermeras/os resultan ser un grupo que tiene una percepción social deficiente. Por otra parte, según los resultados de la investigación, la sociedad en la actualidad piensa que han mejorado poco a poco a lo largo del tiempo. Por lo que, esta imagen queda muy alejada de la realidad (7).

Una de las causas atribuidas es la consolidación de una imagen enfermera y la estructura jerárquica entre el médico y la enfermera, que emanan de sus respectivos orígenes educativos y sociales. La enfermería no es simplemente una colección de habilidades y una persona formada para realizar tareas específicas. La enfermería es una profesión, realiza funciones esenciales en el ámbito de la salud, político y social, demostrando que su nivel de conocimientos y atención al usuario contribuyen a la resolución del problema o situación de salud de forma integral (8).

Por lo tanto, es necesario que se siga trabajando en mejorar la imagen del profesional de enfermería, debido a que, una imagen estereotipada o distorsionada puede conllevar una serie de efectos negativos como: falta de reconocimiento social, baja autoestima y liderazgo. Sin embargo, según el autor, aún no se consigue un reconocimiento social frente a las demás profesionales de la salud (9).

En la presente investigación se enfocó los diferentes componentes del estereotipo de la enfermera/o en el contexto actual, permitiendo tener una visión más amplia sobre el tema, con el transcurso del tiempo la profesión de enfermería ha crecido y se ha desarrollado en áreas del conocimiento, pero aún son poco conocidas por la sociedad, también servirán como antecedente para futuras investigaciones que tengan similitud con la variable de estudio (10).

El desarrollo del trabajo investigativo, en cuanto a su impacto por su relevancia teórica, tuvo como propósito aportar conocimientos actualizados que ayudaron a determinar la percepción que tiene la sociedad en relación con la profesión de enfermería y la autopercepción de los profesionales que laboran en la zona 6, lo que permitió tener una visión más amplia sobre el tema (11).

A nivel práctico aportará con los resultados para que las instituciones de educación superior formen profesionales de enfermería con conocimiento de liderazgo, autorrealización, motivación y de estudios científicos, se llegó a un posicionamiento de la profesión, tomando sobre la base de los resultados medidas actitudinales y prácticas para marcar un impacto real en la sociedad (12).

El estudio fue factible ya que investigó al profesional de enfermería en las distintas instituciones hospitalarias de la Zona 6 y a la sociedad; así mismo, con la información obtenida se evidenció que tanto la percepción de la población y la auto-percepción del profesional fue positiva, con los datos obtenidos se podrían desarrollar estrategias de fortalecimiento acerca de la imagen de la enfermera/o y al reconocimiento de la profesión, considerando que esta presenta un gran valor y constituye un pilar fundamental (13).

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

A mediados del siglo XX, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios. Teniendo como responsabilidad el formar sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo y conocimiento disciplinar(14).

En un estudio realizado por Llambías en 2017, titulado “Estrategias para mejorar la imagen social de la enfermería”, cuyo objetivo fue conocer cuáles son las estrategias que podemos llevar a cabo para mejorar la imagen social de la enfermería, fue un estudio de tipo cuantitativo. Los resultados que se obtuvieron de un total de 20 artículos estudiados fueron expuestos en un artículo de “Comunicación, imagen social y visibilidad de los cuidados de enfermería” (15).

Establece que la imagen social del colectivo se encuentra estereotipada, concluyendo que la imagen que la sociedad percibe de nosotros está en nuestras manos, si la profesión se valora y se transmite como realmente es, nuestra imagen aumentará de forma positiva, de esta manera los usuarios nos harán participantes de sus cuidados y conseguiremos el valor que nos merecemos (16).

Prieto en el año 2016 en su trabajo de investigación titulado “La imagen social de la enfermería” en España, como objetivo realizó una revisión narrativa sobre la imagen social para conocer que conocimientos, percepciones y opiniones tiene el público sobre esta profesión. Su estudio fue cualitativo y de carácter bibliográfico. La metodología empleada fue de recopilación de artículos de varias bases de datos. Los resultados obtenidos fueron de 17 artículos donde indican que existe un desconocimiento en cuanto a las funciones, cualidades y características de los enfermeros, así como sobre su formación profesional (17).

No obstante, la sociedad se encuentra satisfecha con los servicios brindados. Consideran a la enfermería como importante y necesaria en el sistema de salud, merecedora de respeto y admiración. Llega a la conclusión de que es necesario continuar trabajando en la mejora de la imagen profesional de enfermería, aumentando su visibilidad. Debe comunicarse lo que realmente hacen los profesionales de enfermería a través de una mayor presencia en los medios de comunicación, utilizando las nuevas plataformas tecnológicas. De igual manera se debe desarrollar más en el ámbito investigador y docente (18).

El objetivo fue indagar la opinión sobre la imagen de enfermería desde la perspectiva de los pacientes en la unidad de medicina de mujeres, su metodología fue descriptiva con enfoque cuantitativo, la población estuvo conformada por 29 pacientes, los resultados indican que el 72.4% afirma que la actitud de las enfermeras es de respeto hacia los pacientes, así como también el 38% afirma que la relación entre el personal de enfermería y el paciente es de amabilidad. Concluyendo así, el profesional de enfermería es identificado por la población como un ser respetuoso, amable y que mantiene una buena relación enfermero- paciente (19).

En el estudio: "La percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)", su objetivo fue identificar la percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos en relación al profesional de enfermería, su metodología fue de tipo cuantitativo, de corte transversal descriptivo, aplicado a una población de 50 enfermos que asistieron a consulta externa y 18 profesionales del equipo interdisciplinario, los resultados mostraron que la percepción de la imagen que tiene el equipo de salud de los profesionales de enfermería es adecuada, por lo que se concluye que la percepción tanto profesional como de la sociedad es semejante (20).

En el estudio: "La percepción de la imagen funcional de la enfermería en comparación con el que hacer médico" en México, su objetivo fue conocer la percepción de los usuarios de una unidad de salud que tienen respecto a la imagen funcional de enfermería versus la imagen médica, aplicando una metodología descriptiva de tipo cualitativa, a una muestra de 40 usuarios, los resultados indican que el 40% de la población refirió que la enfermera es quien le cuida mejor, el 58% señaló que si necesita algo pide a la enfermera y el 30% mencionó que la enfermera se encuentra siempre cuando lo necesita, como conclusión, la profesión de enfermería es funcionalmente mejor valorada por la sociedad, indicando que el trato y el cuidado que reciben del profesional enfermero es bueno (21).

## Metodología

En la investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con enfoque descriptivo y de corte transversal analítico, orientada a demostrar la percepción de la sociedad y autopercepción en relación con el profesional de enfermería de la Zona 6 período mayo- octubre 2018, la población fue constituida por los profesionales de enfermería y la sociedad de la Zona 6 que comprende Cañar, Azuay y Morona Santiago, se incluyó profesionales de enfermería que deseen colaborar con la investigación, previa la aceptación del consentimiento informado, personas mayores de edad que deseen participar en la identificación de la percepción que tienen sobre la profesión de enfermería, excluyendo a Profesionales de enfermería que a pesar de haber firmado el consentimiento informado deciden retirarse de la investigación, y personal que se encuentren en vacaciones o permiso durante el transcurso de la investigación.

## RESULTADOS

La identificación de la sociedad fue muy importante para la investigación ya que según los resultados obtenidos de acuerdo a la tabla 1, revelan que el género femenino fue representativo con un 64,2% a diferencia del género masculino que solo participo una minoría. Esto permite concluir que la mayor parte de la sociedad que acude a las instituciones de salud son mujeres

**Tabla N° 1.**  
**Distribución de 452 encuestados de acuerdo con el género**

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	290	64,2
Masculino	162	35,8
Total	452	100

**Fuente:** Encuesta Aplicada

**Elaborado por:** Autores

Como muestra la tabla 2, la mayor parte de la sociedad que participó en el estudio fueron personas que han estudiado hasta la secundaria con un 42,5% seguido con un 32,5% primaria y con una minoría del 25% personas que han logrado obtener una carrera universitaria. Lo que evidencia que las personas están preparadas.

**Tabla N° 2**  
**Distribución de 452 encuestados de la Sociedad de acuerdo con la instrucción.**

	Frecuencia	%
Primaria	147	32,5
Secundaria	192	42,5
Superior	113	25
Total	452	100

**Fuente:** Encuesta Aplicada

**Elaborado por:** Autores

El trabajo de la enfermera desempeña un papel importante en el área de salud, ya que es fundamental para el cuidado, recuperación y rehabilitación de la persona enferma. Como se puede evidenciar en la tabla 3, el 84,7%, de la sociedad indica que los profesionales de enfermería cuidan a la persona enferma, el 11.7% no están ni de acuerdo ni desacuerdo, sin embargo, un 3,5% de la sociedad manifiesta que no cuidan a la persona enferma.

**Tabla N° 3.**  
**El trabajo del enfermero(a) es cuidar a la persona enferma**

	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	288	63.7
De acuerdo	95	21
Ni de acuerdo ni desacuerdo	53	11.7
En desacuerdo	16	3.5
Total	452	100

**Fuente:** Encuesta Aplicada

**Elaborado por:** Autores

Uno de los roles de la profesión es la docencia, en donde muchos profesionales de enfermería incursionaron en el ámbito docente, no solamente a nivel universitario primario sino en las distintas casas de salud a través de talleres (charlas) para educar a las personas mediante promoción y prevención; en la siguiente tabla se evidencia que el 83,8% de la sociedad tiene la misma percepción acerca de la profesión, afirma que el enfermero(a) puede ser docente en instituciones educativas porque tiene una preparación universitaria, en donde aplica sus conocimientos científicos para ayudar a las futuras generaciones, por otro lado, el 3.3% de la sociedad desconoce si el profesional de enfermería puede ser docente.

**Tabla N° 4.**  
**El enfermero(a) puede ser docente en instituciones educativas**

	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	278	61,5
De acuerdo	101	22,3
Ni de acuerdo ni desacuerdo	58	12,8
En desacuerdo	13	2,9
Totalmente en desacuerdo	2	0,4
Total	452	100

**Fuente:** Encuesta Aplicada

**Elaborado por:** Autores

Según los datos expuestos en la tabla 5, se observa que 332 personas están de acuerdo en que el profesional de enfermería realiza investigaciones en el área de salud, 90 personas no está ni de acuerdo ni desacuerdo y 30 personas de la sociedad indican que no realizan investigaciones por lo tanto es necesario realizar investigaciones ya que ayudaría a la promoción y prevención de enfermedades.

**Tabla N° 5.**  
**El profesional de enfermería realiza investigaciones en su área de trabajo**

	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	220	48,7
De acuerdo	112	24,8
Ni de acuerdo ni desacuerdo	90	19,9
En desacuerdo	29	6,4
Totalmente en desacuerdo	1	0,2
Total	452	100

**Fuente:** Encuesta Aplicada

**Elaborado por:** Autores

Los profesionales de enfermería tienen conocimientos, habilidades, destrezas y la preparación suficiente que les permite llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas de salud; los datos indican que del total de encuestados el 60,9% está de acuerdo en que el enfermero solo se dedica a inyectar y hacer curaciones, mientras que el 21,2% está en desacuerdo, lo que demuestra que aunque la profesión de enfermería haya evolucionado aún sigue impregnada de conceptos y estereotipos donde la sociedad ignora cuál es el verdadero trabajo de la enfermera.

**Tabla N° 6.**  
**El enfermero solo se dedica a realizar acciones como inyectar y hacer curaciones**

	Frecuencia	%
Totalmente de acuerdo	178	39,4
De acuerdo	97	21,5
Ni de acuerdo ni desacuerdo	77	17
En desacuerdo	69	15,3
Totalmente en desacuerdo	31	6,9
Total	452	100

**Fuente:** Encuesta Aplicada

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

Para la realización de este estudio investigativo, el objetivo general fue demostrar la percepción que tiene la sociedad y la autopercepción en relación con el profesional de enfermería, debido a que tanto la sociedad como los profesionales deben tener una imagen positiva acerca de la profesión de enfermería. A continuación daremos paso a la discusión según los datos y resultados obtenidos en base a estudios previamente realizados (22).

“Imagen de enfermería desde la perspectiva de los pacientes en la unidad de medicina de mujeres”, con el propósito de indagar la opinión sobre la imagen de enfermería desde la perspectiva de los pacientes en la unidad de medicina de mujeres, el resultado muestra que el 72.4% afirma que la actitud de las enfermeras es de respeto hacia los pacientes, así como también el 38% afirma que la relación entre el personal de enfermería y el paciente es de amabilidad. En conclusión, en cuanto a la comparación de estudios se puede ver reflejado que la imagen de la enfermería es positiva. Sin embargo, es importante seguir trabajando en la mejora de la imagen profesional, y a la vez que la población siga viendo a la profesión de una manera positiva (23).

La percepción de la imagen funcional de la enfermera en comparación con el que hacer médico” en México, se evidenció que el 58% señala que si necesita algo pide a la enfermería y ella brinda su servicio, mientras que un 30% manifiesta que la enfermera siempre está cuando lo necesita. Así mismo, en el estudio realizado el 89,2% de la sociedad indica que cuando solicitan ayuda al profesional de enfermería ellos atienden y prestan su servicio de manera positiva, en comparación a los resultados encontrados, tienen una gran similitud en cuanto a la atención integral que presta el personal de enfermería, por lo que es importante considerar que el profesional de salud es un pilar fundamental en la atención que brindan a los pacientes para su mejora y recuperación(24).

“El rol del profesional de enfermería en la investigación clínica”, tuvo como propósito demostrar el amplio campo de acción de las enfermeras en el área de investigación, ya que la investigación constituye una herramienta indispensable para generar conocimientos sobre educación en enfermería, administración y cuidados de salud, el resultado muestra que deben adquirir bases científicas en la ejecución de las actividades, debido a que garantizan seguridad en el paciente al momento de emplear los cuidados de enfermería que a diario se presentan (25).

En este aspecto, en comparación con el estudio realizado, pues si bien es cierto en los resultados que se obtuvieron en la investigación el 84.7% de la sociedad y 96.1% de los profesionales, afirman que el profesional de enfermería posee conocimientos científicos y por ende garantiza la seguridad del paciente que es el personaje primordial, pues se proporciona un cuidado holístico, abarcando áreas educativas y formativas donde la enfermera explora y afianza el liderazgo como investigadora, fortalece la buena comunicación con el equipo de trabajo, así como la destreza de realizar su trabajo de forma individual (26).

“La percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados” en 2011, su objetivo fue determinar la percepción de la calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción y experiencia con los cuidados en los pacientes que reciben tratamiento. Los resultados indican que el 98,7% de los pacientes oncológicos están conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia hospitalaria (27).

Dentro de los resultados encontrados en este estudio el 90.3% de los profesionales de enfermería y 81,2% de la sociedad afirman que los profesionales de enfermería brindan una atención digna e integral a la persona sana y enferma. Por lo tanto, el trabajo del profesional de enfermería se concibe como una ayuda para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, ven al profesional de enfermería como un eje principal de un sistema de salud, siendo un pilar fundamental y apoyo en cualquier área de trabajo. La sociedad señala que las características que deben tener los profesionales de enfermería son; vocación, conocimiento científico, autonomía, liderazgo y ética (28).

La percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería” en el Instituto Nacional de neurología y neurocirugía (INNN), su objetivo fue identificar la percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos en relación al profesional de enfermería. Los resultados revelan que las cualidades y valores que debe tener enfermería son: respeto, responsabilidad, honestidad, solidaridad, vocación, autonomía, cordialidad y tolerancia (29).

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo con el estudio de investigación sobre la percepción y autopercepción en relación con el profesional de enfermería se determina que es positiva; en un 76% con una significancia de  $t < 0,05$ , tanto la sociedad como los mismos profesionales destacan: la apariencia personal, el lenguaje corporal, el accionar profesional, el nivel académico, el reconocimiento social, la actitud y valores al ejercer la profesión y la atención brindada al usuario.

El profesional de enfermería está encaminado a satisfacer las necesidades de la salud de las personas sanas y enfermas de forma integral, considerando que los resultados obtenidos determinan aspectos positivos de la enfermera(o), ya que posee conocimientos, actitudes, cualidades y habilidades; siendo capaz de brindar un cuidado de calidad científico y técnico, sin olvidar, la calidez, puesto que brinda un cuidado con amor, respeto, confianza y paciencia.

La percepción y autopercepción sobre la imagen del profesional de enfermería es trascendental para el reconocimiento de la profesión, de los resultados obtenidos expresan que enfermería es una profesión en la que, la actitud positiva es primordial para desempeñar su labor profesional generando confianza y seguridad a los pacientes ya que la imagen profesional se forma con valores y actitudes adquiridos a lo largo de la formación académica.

La imagen social de la profesión de enfermería es muy buena, cada día se respeta más como profesión, la sociedad considera que las enfermeras(os) están muchos más preparadas, poseen un cuerpo de conocimientos que les permiten adoptar estrategias frente a los cuidados, demostrando tener habilidades y destrezas en los procedimientos que realiza.

## Bibliografía

1. Murgibe.com. Cómo planificar un proyecto desde la perspectiva de género.
2. Nacional C, Plenario EL, Comisiones DELAS, Ejercicio LEYDE, Las PDE, Enfermeros EY. Capítulo primero. 1(305):1-5.
3. Álvarez D. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. Avances en Enfermería [internet] 2016 [citado el 02 de mayo del 2019]; 33(2):[295-305]. 2015;295-305.
4. Antequera M. Revista ENE de Enfermería, Vol 9, No 2 (2015). Rev Ene Enfermería. 2015;9(2):1-13.
5. Vázquez Santiago S. Crítica literaria. Enfermería Clínica. 2015;25(3):152-3.
6. La HDE, Felipe D. Historia de la. 1960;2000(tabla 1):1-271.
7. Siles J. Antropología, Historia Y Enfermería. Vol. 2, Cultura de los cuidados. 2000. p. 7-10.
8. Rodríguez Sánchez C. Estrategias para mejorar la imagen social de la enfermería. 2013;(X):20.
9. Prieto LE. La Imagen Social de la Enfermería Revisión Narrativa. Univ Auton Madrid. 2016;1-55.
10. Hernández Martín F, Gallego Lastra R del, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades. 1997;(02):21-35.
11. Martín, María Luisa Martínez; REBOLLO, Elena Chamorro; FEIJÓO, Ana Belén Rodríguez. Historia de la enfermería.: Evolución histórica del cuidado enfermero. Temperamentvm: Revista internacional de historia y pensamiento enfermero, 2012, vol. 8, N° 15, p.9.
12. Vascular R. Riesgo Vascular 1.
13. Cr ER, Renal E, Competitive M, Game S, Dialysis LD. Volumen 20 / no 4 / octubre-diciembre 2017. 2017;
14. Amezcua M. La Enfermería como profesión. La Enfermería como profesión [Internet]. 2015;33. Available from: <http://index-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2015/01/TEMA-8a-Profesion.pdf>
15. Torres A, Sanhueza A. en enfermería. 2006;
16. Martínez S, Olivia E, Díaz C, Figuero S. Teorías de Enfermería : un fundamento disciplinar Resumen. Enfermería Univ. 2007;
17. Roldán de T. A, Fernández de S. MS. Proceso de atención de enfermería. Investigación y educación en enfermería. Vol. 17, Investigación y educación en enfermería. 1999. p. 79-93.
18. Florence A De. Enfermería Cubana. 2020;1-5.
19. Carruitero B. Comité De Vigilancia Ética Y Deontología. Col Enfermeros del Perú 1978. 2008;189.
20. Landman Navarro C, Cruz Osorio MJ, García García E, Pérez Meza P, Sandoval Barrera P, Serey Burgos K, et al. Customer satisfaction regarding communication quality by the nursing professional. Cienc y enfermería. 2015;21(1):91-102.

21. León Molina J. Enfermería: Profesión, humanismo y ciencia. *Enfermería Glob Rev electrónica Semest enfermería*. 2003;2(1):27–8.
22. García A. Concepto de Percepción de Riesgo y su Repercusión en las Adicciones. *Heal Addict / Salud y Drog*. 2012;12(2):133–51.
23. ace 101 años fue publicado. 2007;
24. Martín L. La presencia de los valores enfermera en la práctica [The presence of nurse values in practice]. 2017;291. Available from: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis Ma Luisa Martín Ferreres.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis%20Ma%20Luisa%20Martín%20Ferrerres.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
25. Leonel AA, Falcón JH, Nacional E, Enfermería D, México C De. La percepción de la imagen funcional de la enfermera en comparacion con el hacer médico. 2016;2016.
26. Contreras CT, Vera MB. Perception of quality of nursing care in patients hospitalized in oncology services. *Cuidarte*. 2011;2:138–48.
27. Mauricio A, Janjachi B. Artículo Relacionado. 2017;
28. Lagos EM. mx INTRODUCCIÓN. *Enf Neurol*. 2011;10(2):86–93.
29. Wachter M. El trabajo interdisciplinar en la atención al enfermo al final de la vida: Una mirada a las unidades de hospitalización de Medicina Interna. 2013;33.



## Capítulo 4

# “PRÁCTICAS DE MEDICINA ANCESTRAL UTILIZADAS EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS”

Valeria Alexandra Córdova Sangolquí<sup>1</sup>  
vacordovas77@est.ucacue.edu.ec

Sheila Susana Jácome Astudillo<sup>1</sup>  
ssjacomea86@est.ucacue.edu.ec

Anita del Carmen Puente Arroyo<sup>1,2</sup>  
apunte@ucacue.edu.ec

Cristina Elisabeth Urgilés Barahona<sup>1,2,3,4</sup>  
urgilescristina@gmail.com

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería

3. Universidad Técnica Particular de Loja – Facultad de Ciencias de la Salud

4. Directora de la Maestría en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud  
Facultad de ciencias de la Salud



## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades respiratorias continúan siendo uno de los principales problemas de salud en la humanidad, en especial para la población infantil, a pesar de que en la actualidad la salud ha avanzado considerablemente muchas madres prefieren la medicina tradicional. **Objetivo:** Describir las prácticas de medicina ancestral en el tratamiento de enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años en el periodo de mayo-agosto del 2019 en la parroquia de Quingeo. **Materiales y método:** Estudio de tipo cualitativo, etnográfico. La población de estudio, fueron los agentes de medicina ancestral de la parroquia de Quingeo. La información fue recolectada mediante una entrevista semiestructurada individual, previa al consentimiento informado, para la categorización de la información se manejó el programa Atlas Ti, lo cual nos permitirá visualizar la información recolectada. **Resultados:** El presente estudio aportó conocimientos teóricos del comportamiento de la cultura del Ecuador en factores de la salud.

**Palabras claves:** Medicina tradicional, plantas medicinales, enfermedades respiratorias, diagnóstico, tratamiento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Respiratory diseases continue to be one of the main health issues among people worldwide, especially in children. Even though medicine has improved over the years, many parents still prefer ancestral medicine. **Objective:** To describe the different practices in respiratory diseases regarding ancestral medicine in children younger than 5 years during May – August 2019 in the township of Quingeo. **Methods and materials:** Qualitative and ethnographic is the type of this research. Our research is based on doctors of ancestral medicine from the township of Quingeo. All the information Will be recollected through an individual interview once the person has given his or her consent. Furthermore, Atlas Ti is the program that we Will use in order to categorized and study all the information recollected. **Result:** The present study will give theoretical knowledge about Ecuador's cultural behavior in health factors.

**Key words:** Ancestral medicine, medicinal plants, respiratory diseases, diagnostic, treatments.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda información de las prácticas de medicina ancestral que está constituida por la fundamentación problemática, teórica y la metodología de estudio de la presente investigación. Las infecciones respiratorias crean las enfermedades infecciosas más usuales del ser humano. Los niños forman el grupo más vulnerable el cual adquiere entre seis y ocho años contaminaciones respiratorias anualmente, que mayormente se presentan en el periodo del lactante (1).

Por tanto, la investigación que se realizó constituye un antecedente científico significativo para comprender a los pueblos que aún hacen uso de la medicina ancestral, que servirá para ampliar los conocimientos y entendimiento sobre las experiencias ancestrales en curaciones de patologías respiratorias, así como la manera de articular los resultados obtenidos dentro de la sociedad. Las personas que ejercen la medicina ancestral mejoran las falencias del sistema de salud pública, por lo que, los individuos eligen las curaciones ancestrales asistiendo con los infantes menores de cinco años a buscar un tratamiento que mejore su problema de salud (2).

El presente documento muestra el informe de investigación, el cual se encuentra conformado en su primera sección por la fundamentación problemática en donde se manifestó la importancia de la medicina ancestral que ha estado desde épocas remotas y la continuación de la misma que se ha dado hasta la actualidad; gracias a que los resultados han satisfecho las necesidades de las sociedades en el Ecuador. La segunda sección es la fundamentación teórica, en donde se expresa definiciones acerca de las categorías iniciales de estudio, las cuales permiten la creación del instrumento de recolección de información (3).

El hombre desde su surgimiento fue buscando disminuir dolencias y perfeccionar la calidad de vida; fue quien por primera vez utilizó la medicina tradicional con el fin de curar dolencias propias y de los seres que lo rodean, siendo muy utilizadas las plantas con gran variedad y su uso en diversas afecciones. El centro de innovación, información, pruebas científicas e investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que: “somos conscientes de la amplitud del uso de la medicina ancestral, para muchas personas sobre todo en el Pacífico Occidental, el sureste de Asia, África y América Latina, la medicina ancestral es la principal fuente de atención médica” (4).

El congreso de la OMS sobre la medicina tradicional, esta práctica es un componente esencial dentro de la atención primaria en salud, especialmente en países en vía de desarrollo, para que se utilice adecuadamente como elemento importante que contribuya a la salud de todas las personas. En Ecuador los saberes de plantas medicinales y etnobotánica han sido avanzados, principalmente en la región central andina y la Amazonia, es mayor la enumeración de las vegetaciones que conoce y aplica la gente local y la descripción de los sistemas de salud tradicional en las entidades aborígenes (5).

Ecuador tiene una alta variedad biológica y cultural, permitiendo constituirlo en un país con un gran potencial en lo que se refiere a la medicina tradicional; razón por la que es importante establecer otros aspectos como las formas de utilización de la planta y los usos curativos que ofrece la medicina tradicional para tratar afecciones respiratorias en las diferentes comunidades del país (6).

Las infecciones respiratorias agudas son un problema que preocupa a las madres de familia por el cual cuando sus niños presentan algún síntoma relacionado con la presencia de un resfriado u otra

patología respiratoria acuden a los médicos ancestrales o remedios caseros debido a sus conocimientos sobre hábitos y prácticas que tiene la comunidad, específicamente en niños sobre el uso de plantas medicinales (7).

El procedimiento de enfermedades la medicina tradicional es una práctica que es usada desde tiempos ancestrales y ha confirmado que es una de las mejores opciones, beneficiando a las personas y comunidades que conservan el uso de plantas medicinales en el área rural, manteniendo su valor y uso cultural. “El Ecuador posee una gran diversidad biológica y un alto grado de endemismo a más de una extraordinaria variedad de ecosistemas, especies y recursos genéticos” (8).

En el manual de las plantas útiles del Ecuador se señala que existen 5172 variedades de plantas usadas en algunas actividades, de las cuales el 60% son utilizadas con fines medicinales, del que se obtuvo un registro de uso de plantas medicinales, que asciende a más de 3000 especies aproximadamente. Las plantas medicinales utilizadas por hombre y mujeres forman parte del patrimonio colectivo de estas comunidades dentro de la medicina ancestral (9).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) siguen siendo un grupo importante de afecciones dando un alto resultado de morbilidad y mortalidad infantil en preescolares. Las neumonías representan un porcentaje de 80% y 90% de las muertes por IRA y siguen estando como un problema de salud en todo el mundo. La neumonía lleva un porcentaje del 15% de las defunciones en preescolares y se computariza que murieron unos 920.136 niños en 2015. El atlas sobre la salud infantil y medio ambiente muestra que la gran mayoría de enfermedades que se hallan entre las principales causas de defunción en niños menores de 5 años, son diversas enfermedades entre ellas la neumonía (10).

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

La medicina actual tiene como actor primordial al galeno, en la medicina popular es el curandero. Es justo diferenciar que los procesos múltiples son los que acontecen en ámbitos urbanos y rurales, ha existido una diferenciación de las prácticas de curandería que son utilizadas, en un argumento campesino, por lo que son de indicación intracomunitario, por lo que las desarrolladas en un argumento ciudadano no lo son en similar régimen, ya que, en este argumento, se ha ido perdiendo el vínculo que se mantiene en la colectividad rural, dado que el anonimato es una de las características que la metrópoli produce en las y los individuos (11).

Las diferencias que se observan de carácter frecuente en los agentes de la salud están en uno y otro sector y cada cual han desplegado una cadena de saberes especializados en diferentes ámbitos de salud. De modo que en la actualidad se logró asimilar a los curanderos, quienes se dedican a la curandería y brujería; a los sobadores, especializados en aliviar las dolencias óseas y musculares del organismo; y a las parteras, preocupadas principalmente de la salud de las mujeres, en correlación con todas las prácticas sanitarias que implican el embarazo (12).

Así mismo, pudimos verificar la presencia de otros agentes de la salud afincados principalmente al medio urbano, quienes a través de métodos de “diagnostico” como cartas, bola de cristal, entre otros, se han constituido en personajes muy solicitados, por un proporcionado público, quienes buscan cura al mal que los aqueja, sea físico o de naturaleza pasional (13).

Las personas mencionadas encargadas de la sanidad, no existirían, o al menos no realzarían sus prácticas, sino fuera por sus “clientes”, es decir por toda la masa social que interactúan con ellos. En todo el distrito hemos registrado un sin número de personas que por diversas razones acude a este tipo de prácticas. Por lo tanto, si hablamos de enfermedades de campo, son aquellas ocasionadas por elementos naturales, sobrenaturales o por el ser humano (14).

Quienes ejercen la curandería y las prácticas adivinatorias serán las encargadas de curarlas y aliviarlas. Por otro lado, si existe algún inconveniente con huesos o músculos se deberá visitar al sobador, y si se necesita ayuda con el tema del embarazo, la partera será la persona más indicada para asistir en estos casos. Pero si un paciente ha sido afectado por alguna de las enfermedades de Dios (infecciones, cáncer, VIH, etc.), se recurrirá a la medicina actual, ya que es a ella a la que se le confía su tratamiento (15).

Dado que la cosmovisión popular concede una gran jerarquía al hechizo y al simbolismo, sus agentes de conocimientos que se “contraponen” ideológicamente a los de la medicina científica, ya que ésta elimina todo tipo de influencia milagrosa en la causa de las enfermedades. De igual modo, la cualidad de transmitir y estudiar este tipo de medicina, también es diferente. En ella, los saberes son aprendidos de generación a generación por intermedio de la tradición verbal y su educación es basada en el empirismo y en la experiencia. Pero en ciertas ocasiones la mejoría requiere de medicación divina, por lo que santos, vírgenes e inclusive el propio Dios, se constituyen en el primordial intermedio de sanación. De este modo los y las curanderas se transforman en intermediarios entre la divinidad y nosotros los seres humanos (16).

Es justo señalar que, a más de los agentes de salud anteriormente mencionados, ordinariamente dentro de cada domicilio encontramos un abuelo o una abuela, un familiar o una hermana, alguien que posea conocimientos concernientes de ciertas enfermedades y algunas formas de cómo tratarlas, ya sea mediante ritos o amuletos o igualmente por intermedio de la utilización de plantas medicinales; constituyéndose, asimismo, como un agente de salud. Por este conocimiento, si el padecimiento no es de peligro, al punto que pueda ser tratada por algún integrante de la familia, no será necesario asistir ni donde el doctor formal, ni popular (17).

Sería beneficioso señalar que, la medicina popular no excluye a la medicina formal, por el contrario, la incorpora, no únicamente cuando se trata de calmar las enfermedades de Dios, sino igualmente, al instante de formular y recomendar el uso de algún fármaco. Sin embargo, a través del afianzamiento de la medicina académica en la nación, el cientificismo efectivamente ha excluido a las prácticas populares, aludiendo que éstas carecen de una causa lógica y científica. A partir de nuestra perspectiva, basada en el sentir de la gente, consideramos que ambas prácticas médicas no deberían excluirse una de la otra, ya que, si lo que se pretende es el bienestar y la buena salud de todos los habitantes del país, es esencial que ambos conocimientos se desarrollen integradamente (18).

## **Metodología**

Estudio con enfoque cualitativo, etnográfico que busca descubrir el conocimiento social mediante la observación, tratando de reproducir con la máxima fidelidad posible la concepción del conocimiento de los actores, de tipo exploratorio dado que busca identificar aspectos importantes en torno a las prácticas de medicina ancestral, se aplicó un muestreo teórico y la elección de los elementos de muestreo que sigue tipologías o perfiles definidos conceptualmente hasta el momento en la comunidad

de Quingeo, cinco médicos ancestrales conocidos por los trabajadores del sistema sanitario local, se espera captar más agentes de medicina tradicional durante la inserción en el campo de estudio, se incluye a personas que practican medicina tradicional que practiquen su actividad en la comunidad de Quingeo, médicos ancestrales que firmen el consentimiento informado. Se excluyeron a Personas que practican la medicina ancestral, que a pesar de haber firmado el consentimiento informado expresen su deseo verbal o escrito de retirarse del estudio, se aplicó el método inductivo, el cual permitió recolectar la información para llegar a la conclusión, la técnica de recolección fue la entrevista semiestructurada individual, buscando detectar la temática en contexto.

## RESULTADOS

Luego de haber realizado las entrevistas semiestructuradas a cinco médicos ancestrales de la parroquia Quingeo, se ha logrado la obtención de: características sociodemográficas, plantas medicinales que son utilizadas en el tratamiento de problemas respiratorios en niños menores de 5 años, la razón por la cual creen que las plantas curan y el seguimiento que brindaban a cada paciente.

Al indagar sobre la **relación que existe con la medicina occidental** pudimos observar que muchos de ellos no tenían conocimiento de cómo se manejaba la salud pública en el país, esto debido a que en su parroquia no promovían la ayuda gratuita, mediante su narración se pudo identificar que los prestadores públicos de salud no permanecían todo el tiempo en las unidades de salud y eran ellos quienes prestaban sus servicios a la población que lo necesitaba.

### **Doña Barbarita expresa lo siguiente:**

“Entonces no vino el doctor y no había quien se haga cargo, así como ser de emergencia... porque ya se iba a cuenca, entonces yo me hice cargo para atender a las que llegaban más pronto cuando él no estaba aquí...”

El ritual de la pasada de huevo o más conocida como limpia, es muy usado por los médicos ancestrales, ya que al ser cuestionados la mayoría concuerda en que han sido educados que el huevo es la “radiografía” mediante el cual diagnostican enfermedades, mal aire, malas energías y brujerías.

### **Doña Domitila expresa lo siguiente:**

En el huevo se ve que esta nubloso bastante entonces sabemos que esta con esa... gripe que no desahoga esta... todavía ósea de tratarle... ¡sí! Como en el huevo sale nubloso poco verdoso... ese verdoso es porque no desgarrar esa flema entonces siempre se está... infectada por dentro por eso se hace como verdoso...”

Los agentes de medicina ancestral diagnostican también las enfermedades respiratorias mediante la observación de la orina, la cual tiende a variar de color y cambiar de textura dependiendo el nivel de gravedad que presenta el paciente.

### **Don Daniel manifiesta:**

“A veces se le ve también en la orina ¡ya! también se le conoce esa enfermedad... es que la orina presenta diferentes por ejemplo de orinar esta amarillenta... el color de la orina pues a veces esta blanca suponga cuando hay inflamado la orina es bien... amarilla hablemos así... ¡ya! que este bien

inflamada la orina casi se hace color de esta botella (color café) así ya entonces eso bien inflamado porque ahí a veces como ser por ejemplo se inflama se... resfría los pulmones... ya son muchas de las veces que son causados por el frío.”

**Doña Concepción:**

“Las violetas eso... solo las flores de 2 violetas con aceite de almendras, aceite de comer o con manteca de cacao se hace hervir también... se hace hervir ya cuando está saliendo un jarrito llena no más los aceites hirviendo con las flores...”

“De ahí se pone un poquito de bicarbonato así... encimita... en esa espumita tener periódico.”

“Tener periódico midiendo de aquí acá (demostración la medida del pecho), se coge con la cucharita el poquito de espuma... se pone en periódico y de ahí se pone en pecho, otro acá, y de frente acá midiendo periódico hay que tener rapidito... resta media cucharita eso hay que hacer tomar calientito es bien bueno para las guaguas que están roncando.”

**Doña Concepción expresa lo siguiente:**

“Menta morada menta blanca otra tengo allá otra menta más ancha como...eso para todo resfrió malestar de estómago agüita toma más rápido ¡sí!...”

**Don Daniel expresa lo siguiente:**

“Ahí como ser si tiene tos lo que puede tomar es el agua de la violeta, la borraja, el poleo... ahí puede tomarse como ser con... la manteca de cacao aceite de almendras que le venga a desinflámale”

## DISCUSIÓN

Los datos conseguidos demostraron que las personas con sabiduría ancestral en la parroquia de Quingeo en su gran mayoría son mujeres y adultas mayores cuyo nivel de instrucción es primaria incompleta, pero que poseen muchos años de experiencia. Trabajan en sus domicilios, mercados y también acuden a las casas si las personas necesitan. Los conocimientos adquiridos por cada una de las personas de sabiduría ancestral fueron adquiridos por sus familiares y tradiciones que tenía casa una de ellas (19).

El estudio que fue realizado en Imbabura se trata de enfermedades y tratamientos en los aspectos Yachacs, demuestran que los sabios de la medicina ancestral en su mayoría son hombres, los mismos que pertenecen a una categoría superior (Yachaks-curanderos), lo que no se entrelaza con la presente investigación, ya que en Quingeo mayormente son mujeres y de auto denominación curanderas, sin embargo la sabiduría que han adquirido se asemeja, es decir que se han adquirido mayormente por herencia generacional, al igual Edgardo Ruiz Saona en el Ecuador los portadores de este saber han aprendido fundamentalmente por tradición (20).

## CONCLUSIONES

Las prácticas de medicina ancestral que utilizan las personas de sabiduría en la parroquia de Quingeo para el diagnóstico de enfermedades respiratorias se basa en la observación de la orina, la limpia con el huevo, al mirar el semblante de la persona a más de los signos y síntomas que presenta. Brindan atención a las personas de todas las edades, pero con más frecuencia acuden lactantes hasta aproximadamente cinco años de edad.

Las plantas que con mayor frecuencia utilizan los médicos ancestrales para tratar las enfermedades respiratorias son: tilo, flores de violetas, borraja, eucalipto, oreja de burro, manzanilla las cuales obtienen de sus propios huertos, recogidos del cerro y a veces comprados en los mercados.

En el tratamiento que brindan las personas de sabiduría lo realizan mediante la elaboración de aguas, infusiones y vaporizaciones de plantas medicinales ya sea individualmente o en combinaciones.

## **Bibliografía**

1. Del D, Años NDEA, Edad MDE, El EN, Básico H, Del P, et al. Universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de enfermería. 2014;
2. Nacional U, San MDE, Francisco C, Beltroy E. El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud Para optar el Grado Académico de Magíster en Antropología. 2016;
3. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-López S, Orozco-Núñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Publica Mex.* 2001;43(1):41–51.
4. Gallegos-Zurita M, Gallegos-Z D. Plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de enfermedades de la piel en comunidades rurales de la provincia de Los Ríos – Ecuador. *An la Fac Med.* 2017;78(3):315.
5. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez A V., et al. Cannabinoid Buccal Spray for Chronic Non-Cancer or Neuropathic Pain: A Review of Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines. *Schmerz.* 2016;30(1):735–44.
6. Gallegos Zurita M. Las plantas medicinales: principal alternativa para el cuidado de la salud, en la población rural de Babahoyo, Ecuador. *An la Fac Med.* 2016;77(4):327.
7. Salud OP de la. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS NIÑOS : pequeños Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. *Organ Panam la Salud.* 2015;24:66–72.
8. Zambrano-Intriago LF, Buenaño-Allauca MP, Mancera-Rodríguez NJ, Jiménez-Romero E. Estudio etnobotánico de plantas medicinales utilizadas por los habitantes del área rural de la Parroquia San Carlos, Quevedo, Ecuador. *Univ y Salud.* 2015;17(1):97–111.
9. De la Torre L, Macía M, Balslev H, Navarrete H. Introducción. *Encicl plantas útiles del Ecuador.* 2008;1–3.
10. María Tamayo Reus CM. Morbidity from acute respiratory infections in children under 5 years. *MediSan.* 2013;17(12):9075–80.
11. Gernert F. Rica Amrán (ed.), *Las minorías. Ciencia y religión, magia y superstición en España y América (siglos XV al XVII).* *Rom Jahrb.* 2016;67(1).
12. Rodríguez AL, Palacios FF, Gorn SB. Curanderos, malestar y “daños”: Una interpretación social. *Salud Ment.* 2012;35(2):123–8.

13. Stavenhagen R. Legislación Indígena y Derechos Humanos en América Latina. *Estud Latinoam.* 1987;1(2):45.
14. Reneé Pereyra E, Fuentes Delgado D. Medicina Tradicional versus Medicina Científica. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2012;29(2):62-3. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000200002&script=sci_arttext)
15. Avendaño HEA, González AM. Parteras tradicionales y parto medicalizado ¿un conflicto del pasado? *LiminaR Estud Soc y Humanist.* 2014;XII(2):13-29.
16. Chamorro G. Teología guaraní.
17. Carrillo Chávez I. Recetas y secretos para hacerse amar. *CULCyT Cult Científica y Tecnológica.* 2012;9(48):11-22.
18. Pereyra, Reneé; Fuentes-Delgado D. Medicina Tradicional versus Medicina Científica. *Acta Médica Peru.* 2012;29(2):62-3.
19. FACULTAD DE FILOSOFÍA , LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Carrera de Lengua , Literatura y Lenguajes Audiovisuales “ Análisis crítico del Diccionario de americanismos . Hacia la construcción del Diccionario académico del habla de Ecuador , letras i - z ” . 2017;
20. Gazo Robles JM. Medicina popular y sus agentes tradicionales: sobadores, parteros y curanderos en zonas urbanas. *Raíces – Rev Nicaragüense Antropol.* 2017;(1):49-63.

## Capítulo 5

# VALORACIÓN DE LA TÉCNICA “INYECCIÓN SEGURA” APLICADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Rosa Janeth Barrera Vallejo<sup>1</sup>  
rjbarrerav09@est.ucacue.edu.ec

Carmen del Rocío Parra Pérez<sup>1,2</sup>  
cparrap@ucacue.edu.ec

Fredy Eduardo León Martínez<sup>2</sup>  
fleonm@ucacue.edu.ec

1. Licenciada/o en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** En un estudio realizado en el Hospital General Enrique Garcés en Quito, el 100% del personal de enfermería conoce que el servicio cuenta con un protocolo de inyección segura, pero admiten que un 62% no cumple. **Objetivo:** Valorar la técnica inyección segura aplicada por el personal de enfermería en pacientes que acuden al área de inyecciones de consulta externa del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Periodo septiembre 2017-febrero 2018. **Materiales y metodología:** El presente estudio es una investigación aplicada, cuantitativa, observacional de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. Se tomó una muestra de 201 procedimientos para lo cual se aplicó una ficha observacional. Los datos obtenidos fueron procesados por medio del sistema estadístico a través del programa IBM SPSS STATISTICS versión 23.0. **Resultados:** De los parámetros establecidos por el protocolo inyección segura en bioseguridad el 52% no se lava las manos antes de preparar la medicación, el 73% no desinfecta la tapa del frasco para cargar la medicación, el 73% no utiliza protección para romper las ampollas, el 23% no utiliza guantes para la vía intravenosa, en los 10 correctos, el 100% administra la dosis, medicamento, hora, vía, paciente correcto, un 65% no verifica fecha de vencimiento, el 57% no educa al paciente, el 63% no indaga sobre posibles alergias, el 77% no genera historial farmacológico y el 99% registra los medicamentos administrados. **Conclusiones:** El personal de enfermería conoce el protocolo “inyección segura” pero no cumple a cabalidad el mismo.

**Palabras claves:** enfermería, inyección segura, paciente.

## ABSTRACT

**Background:** In a study conducted at the Enrique Garcés General Hospital in Quito, 100% of the nursing staff knows that the service has a secure injection protocol; but they admit that 62% do not comply. **Course objective:** Evaluation of the safe injection technique applied by the nursing staff in patients who come to the outpatient injections area of the José Carrasco Arteaga Specialties Hospital. Period September 2017-February 2018. **Materials and methodology:** This study is an applied, quantitative, observational, descriptive, prospective cross-sectional investigation. A sample of 201 procedures was taken for which an observational record was applied. The data obtained will be processed through the statistical system through the IBM SPSS STATISTICS program version 23.0. **Results:** Of the parameters established by the safe injection protocol in biosecurity, 52% do not wash their hands before preparing the medication, 73% do not disinfect the lid of the bottle to load the medication, 73% do not use protection to break the blisters, 67% use gloves for the intravenous route, in the 10 correct ones, 100% administers the dose, medication, time, route, correct patient, 65% does not verify expiration date, 57% does not educate the patient, 63% do not inquire about possible allergies, 77% do not generate pharmacological history and 99% register the medications administered. **Conclusions:** The nursing staff knows the protocol “safe injection” but does not fully comply with it.

**Key words:** nursing, safe injection, patient.

## INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería cumple varias actividades, una de ellas es la administración de medicamentos por vía parenteral, la preparación, administración y el correcto manejo de desechos se debe considerar para brindar seguridad para el paciente, equipo de salud y comunidad; ya que pueden contraer una enfermedad infecciosa al no aplicar adecuadamente el protocolo de inyección segura y las normas de bioseguridad adecuadas(1).

Se debe tomar en cuenta que las inyecciones son un medio terapéutico que ayuda a curar o a disminuir dolencias de las personas, pero estas se pueden volver peligrosas ya sea por la falta de conocimientos o por el desinterés en utilizar el proceso adecuado de acuerdo a guías o protocolos que brinden seguridad en la administración de los medicamentos(2).

Se entiende que inyección segura es aquel procedimiento que no ocasiona ningún daño al paciente, no exhibe a los profesionales sanitarios a ningún riesgo, no origina desechos peligrosos para la comunidad, por otro lado, la práctica de inyección peligrosa proporciona la trasmisión de microorganismos con una elevada carga de morbilidad(3).

La Organización Mundial de la Salud realiza una investigación a 22 países a nivel mundial a cerca de la técnica inyección segura, donde se identifica que del 100%, el 64% no cumple con la aplicación correcta de las inyecciones, por lo que; la Organización Mundial de la Salud planifico y puso en práctica nuevas políticas sobre la administración de medicamentos por vía parenteral(4).

En Nicaragua, la Organización Panamericana de la Salud tras una investigación en diversos hospitales manifiestan que a nivel de los servicios de salud un 75% de inyecciones preparadas no cumplen con las normas de bioseguridad, llegando a la conclusión de que, el no disponer de tecnología y de normas claras, así como de personal capacitado en el uso e implementación de las normas para el buen manejo de actividades que son potencialmente peligrosas a nivel de los hospitales, puede llegar en ocasiones a perjudicar al personal de salud, al paciente y a la comunidad (5).

En el 2007 en el Ecuador se reportaron 6.770 casos de accidentes laborales por el mal manejo de la técnica al momento de aplicar las inyecciones, se identificó los grupos de riesgo y entre ellos tenemos un 66.3% que pertenece a las licenciadas de enfermería, reportando que en algún momento sufrieron pinchazos con material contaminado (6).

En el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga mediante una investigación sobre la aplicación correcta de la técnica inyección segura se demostró que del 100%, solo el 32% cumple con la técnica establecida, mientras que el 68% no lo cumple, lo que llevaría a un problema en la aplicación de las inyecciones tanto para el personal de salud como para el paciente y la comunidad (7).

Debido a que a nivel mundial la aplicación de inyecciones representa un gran riesgo para el paciente y el personal de salud, se ha evidenciado la necesidad de establecer técnicas y protocolos que ayuden a realizar un procediendo adecuado tanto para el paciente, personal de salud y la comunidad; por lo que, la presente investigación evaluará la técnica inyección segura aplicada por el personal de enfermería mediante una ficha observacional (8).

## DESARROLLO

### Marco teórico

La OMS puntualiza que una inyección es segura cuando no produce daño al paciente, al equipo de salud y la comunidad. Alrededor del 90% se utilizan para curar o aliviar dolencias y solo el 10% se emplea como medios preventivos, en este se incluyen las vacunas(9).

Según la OMS, cada año se administra más de 1600 millones de inyecciones en todo el mundo; de estos, el 85% son desechos comunes, exento de peligro, pero ese 15% restante es material considerado peligroso por componentes infecciosos, tóxicos o radioactivos; y aunque no hay estadísticas, si hay evidencia de que no todos las jeringas y agujas se desechan correctamente después de ser utilizadas(10).

En el Hospital de Especialidades “José Carrasco Arteaga” mediante datos obtenidos de los registros de producción hospitalaria y los registros de consulta externa, los profesionales de enfermería administran un promedio al mes de 1458 prescripciones farmacológicas. En hospitalización, un 77% son por vía intravenosas y sub cutáneas, especialmente en la administración de insulina en un 4,9%, las inyecciones intramusculares se registran en consulta externa y el promedio por enfermera son el 18,1%. INICEF cifra que el 80% del personal sanitario, en algún momento han tenido un pinchazo con agujas ya utilizadas, lo que ocasiona un elevado riesgo de contagiarse con enfermedades como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH (6).

En varios países que no cuentan con ingresos suficientes, el material utilizado no se elimina responsablemente, incrementando el riesgo de contagiarse accidentalmente, contrayendo enfermedades infecto contagiosas. El personal sanitario de la ONU manifiesta que las inyecciones que carecen de las correctas medidas higiénicas tienen un elevado porcentaje, ya que el 5% de estas inyecciones son utilizadas para la administración de vacunas y el 95% se emplea en fines curativos(11).

### Metodología

La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva de corte trasversal en la cual se utilizó como instrumento de recolección de datos una ficha observacional. Esta investigación se realizó en el área de consulta externa del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. La población de estudio fue de 420 y se obtuvo de los pacientes que acuden al área de inyecciones de consulta externa del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. La muestra para la presente investigación se conformó con 201 pacientes.

## RESULTADOS

Como se observa en la TABLA N° 1, de 201 procedimientos observados, la edad de los pacientes que acuden con más frecuencia al área de inyecciones es de 41 a 50 años con un 27%, mientras que pacientes de 11 a 16 años con un 21%, los pacientes de 50 o más con un 19%, paciente de 17 a 25 años con un 12%; por otro lado, los pacientes de 26 a 30 años con un 11%, pacientes de 31 a 40 años con un 10% y pacientes de 7 a 10 años con un 0%.

**TABLA N° 1****Distribución de la edad del paciente que acude al área de inyecciones de consulta externa**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7 a 10 años	0	0%
11 a 16 años	42	21%
17 a 25 años	25	12%
26 a 30 años	22	11%
31 a 40 años	19	10%
41 a 50 años	54	27%
50 o más	39	19%
Total	201	100%

**Fuente:** Ficha Observacional.

**Elaborado por:** Autores

Como se puede observar en la TABLA N°2, la mayor parte de pacientes que acuden al área de inyecciones se encuentran en un estado estable con un 77% mientras que el 23% están inestables.

**TABLA N° 2****Estado de salud del paciente**

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estable	156	77%
Inestable	45	23%
Total	201	100%

**Fuente:** Ficha observacional

**Elaborado por:** Autores

Como se observa en la TABLA N°3, la mayor parte de medicamentos se administran por vía intra muscular con un 69%, debido a la mejor accesibilidad y a la menor incidencia de efectos adversos que esta vía tiene. Por otro lado, la administración de medicamentos por vía intra venosa está en un 31%.

**TABLA N° 3**

**Vía de administración que se utiliza con mayor frecuencia en el área de inyecciones**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Intravenosa	62	31%
Intramuscular	139	69%
Subcutánea	0	0%
Intradérmica	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha observacional

**Elaborado por:** Autores

Cómo podemos observar en la TABLA N°4, el 55% de procedimientos no cumplen con el lavado de manos establecido mientras que el 45% si lo cumplen.

**TABLA N° 4**

**Cumplimiento con el procedimiento de lavado de manos**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	92	45%
No	109	55%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha observacional

**Elaborado por:** Autores

Cómo podemos observar en la TABLA N°5, en la mayor parte de los procedimientos no se realizan el lavado de manos antes de preparar la medicación con un 52% mientras que el 48% si cumple.

**TABLA N° 5**

**Lavado de manos antes de preparar la medicación**

<b>OPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	97	48%
No	104	52%
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Ficha observacional

**Elaborado por:** Autores

Cómo podemos observar en la TABLA N°6, en 201 procedimientos observados un 73% no desinfecta la tapa del frasco o la ampolla antes de cargar la medicación mientras que el 27% si lo hace.

**TABLA N° 6**  
**Desinfección de la tapa del frasco o la ampolla para cargar la medicación**

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	53	27%
No	148	73%
Total	201	100%

**Fuente:** Ficha observacional

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se determina la valoración de la técnica “inyección segura”, aplicada por el personal de enfermería en el área de inyecciones de consulta externa en el periodo septiembre-febrero 2018, la cual contó con la participación de 3 profesionales de enfermería, observando 201 procedimientos de la aplicación de la técnica “inyección segura”.

En la presente investigación realizada por medio de una ficha observacional, del 100% de los procedimientos realizados por el personal de enfermería, el 55% no cumple con el correcto procedimiento de lavado de manos, mientras que un 45% si lo cumple. Todo personal de enfermería que esté en contacto directo o indirectamente con el paciente debe mantener la higiene de manos estrictamente y cumplir con el procedimiento a cabalidad.

El estudio realizado en el “Hospital de Macachi” menciona que, de la lista de verificación, del 100% de los profesionales de enfermería, el 67% no cumple con la higiene de manos correctamente mientras que un 33% si lo cumple (12).

En el presente estudio se pudo analizar que en un 75% de procedimientos desecharon las agujas sin reencapuchar después de la administración de medicación por vía parenteral, con el 25% no lo hace; en tanto que, un 100% cumple con la norma de bioseguridad de desechar los objetos cortos punzantes en su debido guardián de seguridad.

En el Hospital Gineceo Obstétrico “Isidro Ayora”, en el servicio de emergencia manifiesta que el 80% de los procedimientos realizados no reencapuchan la jeringa después de administrar la medicación por vía parenteral y por lo tanto el 20% si lo hace y elimina en el recipiente, evitando pinchazos e infecciones por jeringas contaminadas; como se puede observar los porcentajes tienen gran similitud en el reencapuchado de las jeringas ya utilizadas(13).

En el presente estudio se demostró que, al momento de utilizar protección para romper las ampollas, del 100% de procedimiento observados en el área de inyecciones, un 73% no utilizan ninguna protección

aparente para romper una ampolla, lo que podría ocasionar cortaduras de todo tipo en sus manos, por lo consiguiente puede adquirir infecciones ya que esta en contacto con microorganismos patógenos.

En otro estudio realizado, al momento de romper las ampollas del medicamento para la administración, al momento de la preparación por parte del personal de enfermería del Hospital de Machachi el 54% no cumple, realizan este procedimiento sin ninguna protección; mientras que el 46%, si protege sus dedos con algodón y gasas(14).

Mediante la ficha observacional aplicada en el área de inyecciones de consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga; del 100% de procedimientos observados, el 67% si utilizan guantes para la administración de medicación por vía venosa, mientras que el 33% no utilizan ninguna medida de protección. En el servicio de emergencia del Hospital Pablo Arturo Suarez, en una investigación se demostró que el 91% del personal utiliza guantes para la venopunción, mientras que el 9% no lo realiza. En el presente estudio realizado en la utilización de los 10 correctos, dentro de los 10 ítems observados podemos decir que: el 50% de los mismos se cumplen al 100%, mientras que el restante no se cumple a cabalidad; como es, verificar la fecha de vencimiento, solo un 35% lo realizan; educa al paciente sobre el medicamento administrado, un 43% si lo hace; indaga sobre posibles alergias, el 37% indaga sobre posibles alergias del paciente; genera algún historial farmacológico antes de administrar la medicación, un 23% lo realiza.

En un estudio realizado en el Hospital de Macachí se demostró que el 67% no cumple con el uso de los 10 correctos al momento de administrar la medicación, mientras tanto el 33% si cumple, con la aplicación del procedimiento para así evitar accidentes o reacciones en el paciente(15).

## **CONCLUSIONES**

El área de inyecciones de consulta externa, cuenta con un protocolo llamado “inyección segura”, el mismo que fue socializado con el personal de enfermería de dicha área, llegando a la conclusión que el personal si conoce de la existencia del protocolo, pero no lo cumplen a cabalidad.

En el área de inyecciones de consulta externa, las falencias más relevantes dentro del protocolo es la bioseguridad, ya que mediante la ficha observacional se pudo llegar a la conclusión que al momento de preparar la medicación para ser administrada, no utilizaban protección para romper las ampollas.

Otras actividades que son importantes mencionar son la aplicación de los 10 correctos, se llega a la conclusión que el personal de enfermería no pone mucho énfasis en la aplicación del procedimiento de la administración segura de medicamentos.

En el momento de evaluar el cumplimiento del protocolo al personal de enfermería del área de inyecciones de consulta externa, se llegó a la conclusión que, la mayor parte de las actividades del protocolo no se cumple correctamente, como el procedimiento de lavado de manos, no educa al paciente sobre el medicamento administrado, no verifica la fecha de vencimiento del medicamento lo que es muy importante, no indagan sobre posibles alergias.

## Bibliografía

1. Huatuco Julca JZ, Molina Fabian MM, Melendez Mauricio KR. Medidas de bioseguridad aplicadas por el personal de enfermería en la prevención de infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza - 2014. Univ Peru Cayetano Hered [Internet]. 2014;60. Available from: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1408?show=full>
2. Dios Lorente JA de, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*. 2009;13(1):0-0.
3. Collaguazo C, Johanna E. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Económicas Administrativas Carrera de Contabilidad y Auditoría “ Análisis y determinación de costos de servicios hospitalarios en las áreas de Medicina Interna y Emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso período 2017 ” Autoras : Tutor : Cuenca – Ecuador. 2018.
4. Carreño MG, Martín FT, Sala LN, Cruz MB, Gonçalves PR, Oltra BP, et al. Parenteral administration medicines: Recommendations of preparation, administration and stability. *Farm Hosp*. 2014;38(6):461-7.
5. Informativos M. Prácticas de Inyección Segura OMS-. 2020;243-4.
6. Viamonte KR. El conocimiento de la farmacología en el profesional de enfermería. *Enferm Investig*. 2018;3(2):95-104.
7. Han ES, Goleman, Daniel; Boyatzis, Richard; Mckee A. *J Chem Inf Model*. 2019;53(9):1689-99.
8. Fajardo-Dolci G. Seguridad del paciente. *Cir Cir*. 2010;78(5):379-80.
9. Contenido TDE. PROTOCOLO PARA INYECCIONES Y.
10. Ferramentas J De, Correlatos P. *Oms / Sign* : 2010;1-70.
11. Turon DH, Tenempaguay JS. Evaluación del manejo de inyecciones seguras a las enfermeras y enfermeros que trabajan en el Servicio de Cirugía Mujeres del Hospital Provincial General Pablo. 2016;
12. Vih E, Medio O, Oms L. *VIH/sida* 6. 2020;1-11.
13. Adan G, Washington F. Universidad Estatal de Bolívar. 2016;151.
14. Dylan Trotsek. *J Chem Inf Model*. 2017;110(9):1689-99.
15. Colona C De. Guía docente Guía docente. 2018;1-7.

## Capítulo 6

# “METAPARADIGMA DE PEPLAU EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y EL DESEMPEÑO LABORAL”

Jennifer Alejandra Ordoñez Erazo<sup>1</sup>  
jaordoneze64@est.ucacue.edu.ec

Prissila Banesa Calderón Guaraca<sup>2</sup>  
pcalderong@ucacue.edu.ec

Johnny Fabián Vizuela Carpio<sup>2</sup>  
jvizuela@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las Relaciones Interpersonales, son la forma en que las personas se relacionan en las diferentes situaciones a lo largo de su vida. El ambiente laboral del profesional de enfermería debe estar orientado hacia una adecuada y asertiva relación interpersonal para el desarrollo personal y profesional. Esto mejorará el desenvolvimiento en las labores diarias. **Objetivo:** Identificar si las relaciones interpersonales, según el Metaparadigma de Peplau, influyen en el desempeño laboral del profesional de enfermería del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo Mayo – Octubre del 2018. **Metodología:** Descriptivo-Analítico, cuantitativo; de corte transversal. Universo de estudio 201 profesionales que laboran en las áreas de hospitalización; muestra 156 profesionales. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta, y como instrumento el cuestionario. **Resultados:** Se acepta la hipótesis con una significancia de t (0,000), porque de acuerdo a los datos obtenidos, encontramos que: las relaciones interpersonales que tienen los profesionales de enfermería es inadecuada y que ellas influyen negativamente en el desempeño laboral de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso. **Conclusiones:** Se evidenció que existe una influencia en el desempeño laboral de los profesionales de enfermería por la inadecuada relación interpersonal que poseen entre ellos mismos.

**Palabras claves:** Metaparadigma, relaciones interpersonales, desempeño laboral, profesional de enfermería.

## ABSTRACT

**Background:** Interpersonal Relationships are the way people relate to different situations throughout their lives. In the work environment of the nursing professional these should be oriented towards an adequate and assertive interpersonal relationship for personal and professional development. This will improve the performance of daily tasks. **Objective:** To know if interpersonal relationships, according to Peplau Metaparadigma, influence the work performance of the nursing professional of the Hospital Vicente Corral Moscoso, in the period May - October 2018. **Methodology:** quantitative type with a descriptive-analytical method of cutting transversal, expecting the best results and reaching the established objectives, for the selection of research group we know that we have a universe of 201 that works in each area of rotation, leaving a sample to be used by 156 of the nursing staff. For data collection, the survey technique was applied using the questionnaire as an instrument. Limitations We worked with 80% of the sample because there was no collaboration of the professionals by to fill the questionnaires. **Results:** The hypothesis is accepted with a significance of t (0,000), because, it's according the dates obtained, we found that: the interpersonal relationships that have the professionals of Nursery have been inadequate and they influence negatively in the work performance of the professionals of Nursery that work in Vicente Corral Moscoso Hospital. **Conclusions:** It was evidenced that there is an influence on the work performance of nursing professionals due to the inadequate interpersonal relationship they have among themselves.

**Key words:** Metaparadigma, interpersonal relationships, work performance, nursing professional.

## INTRODUCCIÓN

Las relaciones interpersonales constituyen un papel crítico en el área de enfermería porque una buena calidad de relación puede contribuir a un óptimo clima organizacional. Las actitudes, convivencias, empatías y todos aquellos factores que son capaces de expresar los seres humanos en cuanto a su individualidad, complementan para lograr un buen desenvolvimiento laboral. En efecto, la ausencia de este tipo de relaciones, puede provocar incluso en las mentes más brillantes, que fracasen pareciendo así más arrogantes, desagradables e incluso insensibles.

Se hace entonces imprescindible el estudio de las relaciones interpersonales como una herramienta que aporte beneficios útiles, en la medida en que se utilicen para afrontar situaciones laborales y mejorar el clima laboral que se desarrolle en una institución; sea de salud o de otra índole. Es parte de la realidad, que la mayoría de las personas conciben las relaciones con sus compañeros de trabajo como una situación tensa, difícil, complicada; generando aspectos negativos que contribuyen al fracaso de un clima organizacional afable dentro de la institución en donde laboran, esto se acrecienta con situaciones personales y laborales referidas al espacio físico, influenciadas por factores de empatía, emocionales, comunicacionales entre otros(1).

Estas son algunas de las razones por las cuales las relaciones interpersonales no son estudiadas a fondo, ya que crean una cierta complejidad en cuanto a la obtención de una solución que permita unificar la variedad de actitudes que tiene cada ser como individuo; cabe destacar que este tipo de relaciones se complican aún más cuando el líder no es capaz de dirigir de forma adecuada a su equipo, prevaleciendo el favoritismo para la delegación de funciones y excluyendo a la otra parte del equipo de trabajo. Es por ello que se hace necesario mantener o mejorar una buena relación interpersonal y todo aquello que lo conforma como herramienta para que permita la obtención de resultados óptimos en cuanto a la mejora de un buen clima organizacional entre el personal de enfermería(2).

La enfermería es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. La enfermera(o) presta un servicio que contribuye a preservar, a través del cuidado, la vida y la salud de las personas desde diversas perspectivas. Por su parte, las relaciones interpersonales ejercen un papel importante para la calidad de la misma(3).

A su vez, las relaciones interpersonales no bastan para incrementar la productividad, pero puede contribuir en un cuidado eficaz y en el buen desempeño laboral de los profesionales de enfermería, es por lo que Peplau les da tanta importancia a las relaciones interpersonales porque ellas sirven como facilitador para que las cosas funcionen bien; sin embargo, es importante enfatizar que también depende de la confianza que se tiene en uno mismo(3).

Los conflictos interpersonales siempre van a llevar a la oposición entre los compañeros de trabajo, si esto permanece por mucho tiempo, pueden generar situaciones de inquietud, frustraciones y en muchos de los casos, malestares como estrés y agotamiento laboral que perjudican en el desempeño de las actividades que se están realizando, puesto que lo más importante como personal de enfermería es el cuidado al paciente (4).

## DESARROLLO

Ballón Y, Escalante Y, Huerta M. realizaron un proyecto de investigación en Lima en el año 2016 titulado: “Relación Enfermera – Paciente según la teoría de H. Peplau en el servicio de Centro Quirúrgico de un Hospital”, tuvieron como objetivo: Determinar la relación Enfermera-Paciente según la Teoría de H. Peplau en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Su enfoque es descriptivo, cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal. Se obtiene como muestra 27 licenciadas de enfermería y 81 pacientes; como resultado ellas obtuvieron que: se ha observado que la importancia de establecer una relación interpersonal, beneficia una buena comunicación entre profesional y paciente, porque eso ayuda a brindar un cuidado óptimo. De la misma manera ayuda a identificar las necesidades que el paciente presenta(5).

Camal Ramírez B, Guillén L, Zúñiga Carrasco I; Realizaron un estudio en el año 2015 en México, tomando como tema de investigación: “Modelo de relaciones interpersonales de Hildegart Peplau de enfermería, en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2”, como objetivo tuvieron: Conocer el modelo de las relaciones interpersonales de Hildegart Peplau de enfermería, en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2, utilizando una metodología de revisión bibliográfica de diversos artículos como: Scielo, Cuiden Plus, Medilene , Redalyc entre otras(6).

Una vez concluida la búsqueda y lectura, llegaron a la conclusión de que: El modelo de las relaciones interpersonales de Hildegart Peplau en usuarios con DM2 favorece el autocuidado en dimensiones físicas, sociales y mentales, con cambios positivos que optimizan la adherencia al tratamiento, de manera que logran disfrutar de una vida saludable sin complicaciones. Luego ellos recomiendan que se debe promover la educación y el uso de las diferentes teorías para que exista en forma activa un afrontamiento a las exigencias del autocuidado(6).

Este antecedente favorecerá en la presente investigación, en que el modelo de las relaciones interpersonales en sus dimensiones que se plantea, es importante la aplicación de esta teoría en sus diferentes aspectos en relación con el personal de enfermería.

Toro Ganados J. Salazar Sotter M. Gómez Rangel J. realizaron una investigación en el año 2011 en Barranquilla con el tema: “Clima organizacional, satisfacción laboral y su relación con el desempeño laboral en trabajadores de servicios de Ingeniería”, con el objetivo: Presentar el diagnóstico del clima organizacional y la satisfacción laboral de una empresa que presta servicios de Ingeniería , utilizando una metodología de carácter mixto, es decir de tipo descriptivo y transversal, con un estudio no experimental, en una población de estudio de 35 empleados trabajando con toda la población, como conclusión se estableció que la relación que el personal tiene es positiva con una satisfacción laboral neutra, ambos factores se correlacionan y de la misma manera significativamente con el desempeño laboral(7).

Este antecedente ayudará en el estudio, ya que mediante esta investigación podremos saber cómo las relaciones interpersonales influyen en el desempeño laboral de los trabajadores.

Arredondo C, Gonzales J. realizaron una investigación en el año 2009 y la presentaron en un artículo titulado: “Tecnología y Humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales”, el propósito perseguido por ellos fue “Mostrar como la deshumanización de los cuidados de enfermería no se debe solo al uso de la tecnología; sino que es multifactorial; y al finalizar

el estudio se encontró que, las relaciones interpersonales son la causa de la práctica humanizada. Al aplicar la metodológica de las relaciones interpersonales de H. Peplau llegan a la conclusión que: “Las teorías de las relaciones interpersonales son la base teórica para la humanización de la atención de enfermería, educando a los estudiantes y profesionales tanto en la práctica como en la teoría; por ello, claramente se entiende que el recurso tecnológico posiciona al paciente como fin único del cuidado de enfermería”(8).

Este antecedente apoyará en la investigación, para poder determinar cómo las relaciones interpersonales interfieren en el cuidado brindado por el profesional de enfermería al usuario, en este caso al paciente.

Sabina Espinoza Hidalgo realizó una investigación para la obtención de título de licenciada en enfermería en el año 2007 en Lima-Perú con el tema: “Relaciones Interpersonales del profesional de enfermería del Hospital Arzobispo Loayza servicio de cirugía según la teoría de Peplau Noviembre-2016”, su objetivo: “Determinar las relaciones interpersonales del profesional de enfermería según la teoría de Peplau en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima Noviembre 2016.” Se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 50 profesionales de salud que laboran en el área de cirugía. Luego de aplicar el cuestionario como instrumento para la recolección de datos, se llegó a la conclusión de que “Las relaciones interpersonales aplicando el modelo de H. Peplau en el área de cirugía del Hospital Arzobispo Loayza son inadecuadas”(8).

Este antecedente contribuirá en el estudio, para realizar una comparación de cómo son las relaciones interpersonales entre el HVCM y el Hospital en el que se ha hecho esta investigación.

Herrera Arce, Betolaza López, Murua Navarro, realizaron una investigación en el año 2003, con tema de estudio: “Enfermería en Adicciones: El modelo teórico de Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon, le aplicó la estudiante a un caso”; como objetivo espero realizar, “Estudio de caso práctico de un usuario de un centro ambulatorio de atención a drogodependencias a través de los patrones funcionales de salud de M. Gordon desde el modelo de H. Peplau”(9).

Utilizó como metodología el modelo teórico de Peplau y la valoración de enfermería según M. Gordon atendiendo cada patrón y a su significado según las experiencias de las autoras y los resultados obtenidos se llegó a la siguiente conclusión: que es necesario centrarse en un modelo, y tener un registro estricto del paciente ayuda a la aplicación más estructurada, personalizada y adecuada de los cuidados de enfermería y en base a las necesidades individuales de cada paciente, además de que practicar la relación interpersonal enfermera-paciente favorece al desarrollo del paciente y ayuda al profesional para enriquecer sus conocimientos y madurar como persona”(9).

## **Metodología**

En esta investigación se realizó un estudio de campo, porque requiere de muchas fases para poder obtener la información que uno desea sobre las relaciones interpersonales y el desempeño laboral de los profesionales de enfermería que laboran en el HVCM, así mismo con un enfoque descriptivo porque permitió alcanzar el conocimiento que gira alrededor del tema planteado en el estudio.

El trabajo investigativo fue descriptivo ya que mediante este se persigue las características de la temática con el objetivo de resolver el problema planteado; al considerar un periodo de tiempo mayo- octubre del 2018, la investigación fue prospectiva. Al ser un estudio no experimental y de corte transversal su

propósito fue recolectar los datos y analizar la incidencia y su interrelación en el momento dado de la investigación; cuantitativa ya que se aplicó a los profesionales de enfermería dos encuestas para la recolección de la información pertinente permitiendo así la interpretación de la misma.

La población de estudio es 201 y corresponde al personal profesional de enfermería, se obtuvo una muestra de 125 personas que laboran en las diferentes áreas correspondientes al Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.

Como criterio de inclusión me refiero a profesionales de enfermería que laboran en las diferentes áreas del Hospital Vicente Corral Moscoso y los profesionales de enfermería que deseen participar en la investigación con la aceptación del consentimiento informado que se les facilitó antes de continuar con la encuesta.

Se excluyeron a los profesionales de enfermería que no deseen participar en la investigación y no llenen el consentimiento informado, los profesionales de enfermería que no se encuentren presentes durante la investigación, enfermeras/os que se encuentran laborando en áreas restringidas del Hospital Vicente Corral Moscoso.

## RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que, con un 51.2% del total de la población encuestada, existe un mayor porcentaje de profesionales de Enfermería de adulto joven que trabajan en el hospital y que se encuentran entre las edades de 25 a 35 años; y tan sólo un 1.6% se encuentra entre las edades de 46 años en adelante (tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Distribución de 125 encuestados de acuerdo con intervalo de edad**

Intervalo de Edad	Frecuencia	%
25 - 35	64	51.2
36 - 45	59	47.2
46 o mas	2	1.6
TOTAL	125	100.0

**Fuente:** Encuesta de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Con respecto a los resultados de la tabla 2 del total de la muestra encuestada, el 44. % siempre son solidarios entre colegas, siendo un punto a su favor ya que la solidaridad en un valor que nos facilita mantener o establecer un vínculo de amistad entre profesionales y esto beneficiará para llevar a cabo metas u objetivos que plantea la institución donde se labora, en tanto que un 0.8% que representa el casi nunca, no lo hace; siendo así que el personal de enfermería da el apoyo eficaz sin importar condiciones en las que se encuentre el colega (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Es solidario con el personal de salud que tiene dificultades**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
A veces	16	12.8
Casi siempre	53	42.4
Siempre	55	44.0
Casi nunca	1	0.8
TOTAL	125	100.0

**Fuente:** Encuesta de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Como se muestra en la tabla 3 según los datos expuestos se identifica claramente que a veces con un 50.4% entre compañeros de trabajo (profesional de enfermería) tratan de resolver sus problemas prestándose ayuda entre todos, este en un punto positivo ya que los profesionales si tienen algún tipo de problema lo resuelven conjuntamente sin la necesidad de llegar a inconveniente que pueda afectar el vínculo de amistad que han establecido, mientras que un 0.8% que es bajo nunca lo hace; quedando así que, entre el personal existe apoyo mutuo (tabla 3).

**Tabla N° 3**  
**Si se presenta conflictos tratan de resolverlos con el apoyo del equipo de enfermería**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
A veces	63	50.4
Casi siempre	38	30.4
Siempre	16	12.8
Casi nunca	7	5.6
Nunca	1	0.8
TOTAL	125	100.0

**Fuente:** Encuesta de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Del profesional de enfermería encuestado que se muestra en la tabla 4 podemos verificar que un 46.4% a veces forman equipos para mejorar el cuidado del paciente donde lo más adecuado sería que siempre tomen este tipo de estrategias ya que, esto les ayudara a resolver algún tipo situación tomando decisiones conjuntamente; por otro lado un 5.6% de los profesionales lo hacen casi nunca siendo un porcentaje mínimo de la población escogida para la investigación (tabla 4).

**Tabla N° 4**  
**Forman equipo de trabajo para mejorar el cuidado al paciente**

	Frecuencia	%
A veces	58	46.4
Casi siempre	39	31.2
Siempre	21	16.8
Casi nunca	7	5.6
TOTAL	125	100.0

**Fuente:** Encuesta de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Las relaciones interpersonales que se dan entre el profesional de enfermería deben ser las mejores, ya que mediante esto el personal podrá actuar conjuntamente ante cualquier inquietud y se sentirán más a gusto trabajando en un clima laboral adecuado; por lo que en la tabla 5 un 40% concordó que a veces las relaciones interpersonales ayudan a resolver los conflictos, dudas o problemas que se presenten en el lugar de trabajo, mientras que un 5.6% estableció que casi nunca ayuda este tipo de vínculo (tabla 5).

**Tabla N° 5**  
**Las relaciones interpersonales fomentan un trabajo de enfermería solido en la resolución de conflictos**

	Frecuencia	%
A veces	50	40.0
Casi siempre	47	37.6
Siempre	21	16.8
Casi nunca	7	5.6
TOTAL	125	100.0

**Fuente:** Encuesta de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

Los resultados en la tabla 6 nos demuestran que un 58.4% del personal encuestado afirma que a veces es bueno tener un ambiente propicio para poder ejercer las actividades que se designan y así establecer un buen desempeño laboral, mientras que un 0.8% manifestó que nunca influye el medio laboral para realizar las tareas establecidas en el área de trabajo de dicha institución analizada (tabla 6).

**Tabla N° 6**  
**El ambiente del medio laboral es cordial y contribuye**

	Frecuencia	%
A veces	73	58.4
Casi siempre	28	22.4
Siempre	21	16.8
Casi nunca	2	1.6
Nunca	1	0.8
TOTAL	125	100.0

**Fuente:** Encuesta de recolección de datos

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

Peplau nos indica, que las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo son de suma importancia ya que mediante ellas se puede establecer una serie de vínculos con las personas con las que estamos en contacto, en la cotidianidad laboral no solo se da una relación por conveniencia sino que se puede llegar a crear un lazo de amistad, por eso la importancia de este tipo de relaciones ya que mediante ellas, uno en su lugar de trabajo puede desempeñar una buena labor porque si no se tiene un buen vínculo con sus compañeros afecta en el desempeño, no un 100% pero si una gran parte para la realización de actividades.

En tal sentido, el desarrollo de esta investigación permitió identificar que los profesionales de enfermería en la institución de salud analizada tienen una relación interpersonal inadecuada porque al formar equipos para realizar un buen cuidado para el paciente, lo hacen muy poco dando así un porcentaje del 52%, en si más de la mitad de la muestra que no realiza este proceso; a su vez en una investigación realizada en el año 2003 por Herrera Arce muestran que es importante centrarse en un modelo y practicar la relación interpersonal, porque esto ayuda a tener un cuidado eficaz en las necesidades individuales de los pacientes; de la misma manera ayuda al profesional a enriquecer sus conocimientos y madurar como persona(8).

Así mismo, en una investigación hecha en el año 2009 por Claudia Arredondo y José Gonzales demostraron que la deshumanización de los cuidados de enfermería no se debe solo al uso de la tecnológica sino que es multifactorial y resaltan las relaciones interpersonales como la causa de la práctica humanizada, llegando a la conclusión que la teoría de las relaciones interpersonales son una base teórica para la humanización de la atención de enfermería, tanto como en la formación de la práctica profesional(8).

Considerando que en el estudio realizado se encontró que la mayoría de los profesionales de enfermería estaban de acuerdo en que las relaciones interpersonales que ellos mantienen dentro de su área de trabajo si mejorara les permitiría un adecuado desempeño en equipo, permitiendo una atención óptima a los usuarios, por y para los que laboran indicó el 65.6% lo bueno y rescatable es que ellos ayudarían al personal nuevo cuando lo necesitara, representando un 88.8% permitiendo que este profesional no tenga limitaciones en su práctica profesional.

Como se evidenció en los datos obtenidos, de los profesionales de enfermería encuestados, un 95.2% manifestaron que nunca premian su puntualidad, de la misma manera la gran mayoría el 72% nunca son reconocidos por el buen trabajo que realizan, por lo que se dedujo que es necesario implementar un buen incentivo por parte de los jefes para premiar a sus empleados, aunque los profesionales indican que esto no influye en sus actividades diarias; sin embargo, este incentivo si les ayudaría a tener una motivación para mantener y/o alcanzar la excelencia en su desempeño laboral, puesto que un estudio realizado en el año 2011 por María Vega y José Hidalgo encontró una similitud, ya que dio a conocer que la relación existente entre las variables de satisfacción laboral y productividad de trabajadores en una institución se da por la necesidad de reconocimiento del trabajo realizado por parte de sus jefes porque ello ayudaría significativamente a tener una buena productividad y a una satisfacción en el trabajo en general(10).

Sabina Espinoza Hidalgo realizó una investigación en el año 2007 en Lima-Perú titulado “Las Relaciones Interpersonales del profesional de enfermería del Hospital Arzobispo Loayza servicio de cirugía según la teoría de Peplau”. El resultado revela que las relaciones interpersonales aplicando el modelo de H. Peplau en el área de cirugía del Hospital Arzobispo Loayza son inadecuadas, mientras que en el estudio realizado en el HVCM, el personal encuestado afirma que las relaciones interpersonales permiten un adecuado trabajo en equipo con un 65.6%, pero al momento de identificar quien de sus compañeros de trabajo les pueden ayudar ante algún problema el 64.8% respondió que no; de la misma manera no resuelven de forma empática los conflictos en el trabajo con un 56%, dado así que las relaciones interpersonales del personal de enfermería que labora en el lugar de investigación son inadecuadas dando una similitud con el Hospital Loayza en Perú(11).

Como última investigación tenemos que, en el año 2011 con el tema “clima organizacional, satisfacción laboral y su relación con el desempeño laboral” demuestra que, al tener un clima organizacional positivo ayuda claramente para un excelente desempeño laboral porque ambos factores se correlacionan significativamente(11).

Mientras tanto en este estudio se comprendió que los resultados de nuestra investigación demuestran que las relaciones interpersonales que se encontraron son inadecuadas, pero a pesar de ello los profesionales de enfermería realizan un adecuado desempeño laboral con un 80.8 % cumpliendo a cabalidad su trabajo, pero ellos indican en las encuestas que se les realizó con un 60.8% que al no tener un medio laboral cordial no contribuye a mejorar su desempeño laboral(7).

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo al estudio realizado con el tema “Metaparadigma de Peplau en las relaciones interpersonales y el desempeño laboral”, llegamos a las siguientes conclusiones:

De acuerdo a las 4 dimensiones que se plantea en el Metaparadigma de Peplau se pudo detallar que no solo se puede aplicar en relación paciente- enfermero, sino que se a su vez se evidenció que se pudo definir estas dimensiones en correlación enfermero/a-enfermero del HVCM y llegar a un fin que fue definir las relaciones interpersonales según este modelo teórico.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que los profesionales de enfermería de acuerdo a su nivel de desempeño laboral es adecuado ya que les gusta el trabajo que realizan y lo

cumplen a cabalidad con un 80.8%, pero cabe recalcar que un 60.8% afirmaron que no es cordial el ambiente laboral y que esto no contribuye al desempeño laboral de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Al observar los datos en las tablas tenemos que, existe una influencia de las relaciones interpersonales en el desempeño laboral pues muchos de los profesionales supieron manifestar en las encuestas que se debe tener una buena relación interpersonal por que esto fomenta a un trabajo en enfermería solido en la resolución de conflictos con 54.4 % y más aún afirmaron que la comunicación entre el equipo de enfermería permite un trabajo adecuado con un 58.4% permitiendo así brindar al paciente un cuidado más seguro y eficaz.

## **Bibliografía**

1. Médica E, López-Fernández C. Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería Emotional intelligence and interpersonal relationship among nursing students. *Educ Med [Internet]*. 2015;16(1):83–92. Available from: [www.elsevier.es/edumed](http://www.elsevier.es/edumed).
2. Romero-Iribas AM, Martínez Priego C. Topografía de las relaciones interpersonales en la postmodernidad: Amistad y educación. *Rev Esp Pedagog*. 2017;75(267):309–22.
3. Totu T, Buga RM, Dumitru A, Costache M, Sladoje N, Stanciu SG. An Objective Scoring Framework for Histology Slide Image Mosaics Applicable for the Reliable Benchmarking of Image Quality Assessment Algorithms. *IEEE Access*. 2018;6(1):53080–91.
4. Espinosa Aguilar, Anibal.; Gibert Lamadrid, María Del Pilar.; Oria Saavedra M. El desempeño de los profesionales de Enfermería Nursing professionals' performance. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2016;32(1):87–97. Available from: <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu>
5. Ezalia E, R IE, Elizabeth G, My WANH, Norhanim A, Wahidah A, et al. Relación enfermera-paciente según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de centro quirúrgico de un Hospital Naciona. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;21(1):1–9.
6. Paniagua-Morgan F. Salud en chiapas. Vol. III, Difusión de la ciencia. 2015. 1–36 p.
7. Chiang M, Ojeda F. Estudio de la relación entre satisfacción laboral y el desempeño de los trabajadores de las ferias libres 1 2. *Contaduría y Adm*. 2013;58:39–60.
8. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales TT - Technology and humanization of nursing care: the view from the interpersonal relations theory. *Index de Enfermería [Internet]*. 2009;18(1):32–6. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lang=pt)
9. Url L, Nacional R. Identificador inválido. 2020;3–5.
10. Bracho Parra O, García Guilianny J. Características personales del líder transformacional en las contralorías municipales del Estado Zulia. *CLIO América*. 2011;5(10):182–203.
11. Espinoza marquina S. Relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería del Servicio de Medicina del Hospital Arzobispo Loayza , 2009. Espinoza Marquina Sara. 2010;1–127.

## Capítulo 7

# AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN SEGÚN CALLISTA ROY EN PADRES CON HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN

Byron Enrique Duchitanga Mejía<sup>1</sup>  
beduchitangam45@est.ucacue.edu.ec

Jhojana Rosalí Vintimilla Molina<sup>1,2</sup>  
jvintimillam@ucacue.edu.ec

Cristina Elisabeth Urgirlés Barahona<sup>1,2,3,4</sup>  
urgilescristina@gmail.com

Pablo Isaias Lazo Pillaga<sup>1,2</sup>  
plazop@ucacue.edu.ec

1. Licenciada/o en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería

3. Universidad Técnica Particular de Loja – Facultad de Ciencias de la Salud

4. Directora de la Maestría en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud



## RESUMEN

**Antecedentes:** La presente investigación titulada “Afrontamiento y Adaptación según Callista Roy en padres con hijos con síndrome de Down”. **Objetivo:** Determinar el nivel de afrontamiento y adaptación en padres con hijos con síndrome de Down en la escuela ADINEA. Diciembre - Abril del 2019. Según la población estuvo conformado por 80 padres con hijos con síndrome de Down. Para la recolección de datos se utilizó la teoría de Callista Roy, mediante un estudio denominado: “Modelo de adaptación de Roy”, este contribuye a los conocimientos de la disciplina y orientación de la práctica enfermera. **Materiales y método:** Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio fue de padres con hijos con síndrome de Down de la escuela ADINEA. La información se recolectó mediante entrevista directa, se aplicó el formulario de recolección de datos sociodemográficos elaborado por el autor, para medir el nivel de afrontamiento se aplicó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy (CAPS), versión modificada en español con una validez de apariencia (95%), contenido (0.83) y confiabilidad (0.70), con los resultados se creó una base de datos en Excel 2010, el análisis estadístico se efectuó en el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15. **Resultados:** A través de la determinación del Modelo Enfermero de Callista Roy, con la cuantificación de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación, se obtuvieron los resultados aplicados a los padres con hijos con síndrome de Down, con el 97,5% están en un grado de alta capacidad en el nivel de Afrontamiento seguido del 70% en un grado de alta capacidad en el nivel de Adaptación. **Conclusión:** El Modelo Enfermero de Roy fue efectivo aplicarlo a los padres con hijos con síndrome de Down; siendo necesario resaltar que el apoyo familiar y social les ha permitido adaptarse en sus actividades diarias por lo que tienen una alta capacidad de Afrontamiento y Adaptación según Roy.

**Palabras claves:** Modelo De Enfermería, Callista Roy, Síndrome De Dow, Afrontamiento, Adaptación, Entorno Familiar.

## ABSTRACT

**Background:** This research entitled Coping and Adaptation according to Callista Roy in parents with children with Down syndrome. **It aimed to:** Determine the level of coping and adaptation in parents with children with Down syndrome at ADINEA. December - April 2019. According to the population, it was made up of 80 parents with children with Down syndrome. For the data collection, Callista Roy's theory was used, contributing to nursing research and training, through a study called: “Roy's adaptation model contributes to the knowledge of the discipline and orientation of the nursing practice.” **Materials and method:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study. The study population will be parents of children with Down syndrome from ADINEA. The information will be collected by direct interview, the sociodemographic data collection form prepared by the author will be applied, to measure the level of coping, the Roy Scaling and Adaptation Process Measurement Scale (CAPS) will be applied, modified version in Spanish With a validity of appearance (95%), content (0.83) and reliability (0.70), with the data a database will be created in Excel 2010, the statistical analysis will be carried out in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 15. **Results:** The determination of the Callista Roy Nurse Model, with the quantification of the Measuring Scale of the Coping and Adaptation Process, the results applied to parents with children with Down syndrome were obtained, with 97.5% being in a degree of high capacity in the level of coping followed by 70% in a degree of high capacity in the level of adaptation. **Conclusion:** Roy's Nurse Model was effective to apply to parents with children with Down syndrome, it being necessary to highlight that family and social support has allowed them to adapt in their daily activities so they have a high capacity for coping and adaptation according to Roy

**Key words:** nursing model, roy street, dow syndrome, crushing, adaptation, family environment

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Down (SD) es una alteración genética en el cromosoma 21, causa más frecuentemente retraso mental entre leve, moderado y alteraciones físicas que a menudo lo acompañan (1).

En 1986, Minuchin, expresa una temática como la del niño con diagnóstico de síndrome de Down desde el estudio de la estructura de su familia radica en la idea de que se debe tomar en cuenta tanto a los individuos como a los sistemas, porque el entorno saludable de cualquier niño, y en especial del niño con necesidades especiales, es aquel que permite y fomenta su desarrollo; esto en gran medida dependerá del tipo de interacción que hay en ese sistema. Si se incluye a la familia como un factor de la salud mental, se amplía la perspectiva de la concentración tradicional en el individuo (2).

En las familias donde existe un hijo con requerimientos de educación especial se produce un gran impacto sobre los padres, generando un desequilibrio emocional (dolor, decepción, duda, coraje, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor), social y económico, que, junto a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema, trae como consecuencia una deficiente atención al niño, que limita o impide su rehabilitación. En la práctica de enfermería a diario se observa que los pacientes y sus familias hacen frente a enfermedades agudas y crónicas de diferentes formas tanto positivas o negativas, por lo tanto Callista Roy reconoce en su modelo enfermero que el afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo, porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación, componiendo una variable para comprender las consecuencias del estrés sobre la enfermedad y la salud (3).

Según la OMS (2015) el síndrome de Down es una patología que afecta a trece millones de niños a nivel mundial se estima que la mayoría de ellos llegan a tener un proceso normal de desarrollo pese a lo anteriormente indicado Al instante en que a los padres se le comunica el nacimiento de uno de sus hijos con síndrome de Down, se desata un desequilibrio emocional interno originando un momento o situación muy difícil en la vida de una persona, una discordancia entre el orden orgánico y funcional de los padres, los requerimientos derivados de los nuevos sucesos que afrontaran, lo cual produce una desorganización en el seno familiar (4).

Las situaciones a las que se tienen que enfrentar los padres son de diferente índole: El impacto emocional y confusión es la principal reacción frente a un hijo con síndrome de Down. No consiguen prestar atención a las actividades del hogar y en los hijos sanos. Se preguntan si serán capaces de sobrellevar la nueva situación que abate a la familia, ante esta necesidad, los padres se enfrentan a condiciones estresantes que requieren tener estrategias de afrontamiento y adaptación. La relación estimada de casos de Síndrome de Down es de uno por cada 1,000-1,100 nacimientos vivos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. La Secretaría de Salud, a través del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en su Lineamiento Técnico para la Atención Integral de la persona con Síndrome de Down, refiere que se estima que en el mundo se registra un caso por cada 600 o 700 nacidos vivos (5).

En los EE.UU la Sociedad Nacional de Síndrome de Down en el año 2017, indicó que esto ocurre en personas de diferentes sexos, niveles económicos y etnias, se dio a conocer que según el estudio, una mujer a los 35 años de edad tienen una probabilidad de 1 de 350 para concebir un niño con

Síndrome de Down, y reportó que las mujeres de 40 años tienen una probabilidad de concebir de 1 niño con Síndrome de Down de cada 100 recién nacidos, y 1 de cada 691 niños nacen con Síndrome de Down en su País, mencionó que esta es una de las condiciones más comunes, aproximadamente hay 6,000 niños con este síndrome y un total de 400,000 norteamericanos en diferentes etapas de vida (6).

En Venezuela en un estudio sobre Adaptación cognitiva en madres de niños con Síndrome de Down concluye que el 25% de las madres tienen un nivel bajo de adaptación con síndrome de Down que asisten a los centros educativos y el 49% de las madres posee un nivel medio de adaptación, y a pesar de la crisis inicial, están esperanzadas en la evolución satisfactoria de su hijo, ejecutando acciones frente a esta situación (7).

En Perú la situación es parecida, así en el Departamento de Lima, Quispe E, et, en el año 2014 realizaron un estudio del funcionamiento familiar en familias que tienen niños con discapacidad intelectual, el 60.4% tiene un nivel moderadamente funcional, seguido de un 32.1% que pertenece al nivel de disfuncionalidad familiar, mientras que el 5.7% son familias funcionales y el 1.9% severamente disfuncionales. Esta situación puede despertar problemas latentes, lo que genera cambios en el funcionamiento familiar, es decir que la estructura familiar puede verse afectada en un cambio como en las roles y reglas que los hijos muchas veces no están acostumbrados a realizar y para poder lograr esto tratan de adaptarse (8).

En Chile según el MSP. Hasta el 2011 estaban registrados cerca de 8.000 personas con Síndrome de Down en el Ecuador según el CONADIS, la Misión Manuela Espejo, Hospital Baca Ortiz e instituciones privadas, no obstante, la dirección Nacional de Discapacidades del MSP tiene un registro de entre 3.100 y 3.400 personas con esta patología. La incidencia se encuentra en (2,4 por cada 1.000) seguida de Ecuador (2 por cada 1.000), Las patologías comunes en personas con síndrome de Down son las cardiopatías congénitas, leucemias, cánceres e infecciones respiratorias, malformaciones del tracto digestivo, entre otras (9).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) indica que los defectos al nacer, también llamados anomalías congénitas, malformaciones congénitas o trastornos congénitos segunda causa de muerte en los niños menores de 28 días y de menos de 5 años en las Américas. Junto con la prematuridad, la asfixia y la sepsis representan más del 44% de los fallecimientos en la niñez. En el mundo, afectan a 1 de cada 33 bebés y causan 3,2 millones de discapacidades al año (10) (11).

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2012) informó que la incidencia del Síndrome de Down en el Ecuador, se da en 1 por cada 550 nacidos vivos. En Ecuador la Misión Manuela Espejo (2010) manifestó que la incidencia es elevada comparada con el resto de los países. De las 7.457 personas con Síndrome de Down, 3.597 (48.24%) son mujeres y 3.860 (51.76%) hombres. La tasa de prevalencia en el país es de 0.06 por 100 habitantes, las provincias de Manabí, Sucumbíos y Santo Domingo tienen la mayor prevalencia 0.09 por 100 habitantes mientras que en Carchi, Chimborazo, Imbabura y Pichincha es de 0.03%. un porcentaje mayor de personas con Síndrome de Down se encuentran en edades por debajo de los 25 años, del total de las personas con Síndrome de Down el 43% no ha recibido atención psicopedagógica. Según datos de la Misión Manuela Espejo, el 99.06% no tiene vínculo laboral (12).

En la Universidad de Cuenca, Ramón N et al, en el año 2014 realizó un estudio a las familias con niños con Síndrome de Down, se reveló que persisten las actitudes negativas con respecto a las personas

con este síndrome, se reconoció la necesidad de asumir la responsabilidad para su funcionamiento familiar, la aceptación y el cuidado de las personas con Síndrome de Down en el que se investigó el impacto en la familia y la comunicación de la noticia del diagnóstico. La CONADIS en el año 2018, indica que hay 438.892 personas con discapacidad a nivel de todo el país, en cuanto a los tipos de discapacidad indica: que el 46.63% es física, 22.50% es intelectual, 14.17% es auditiva, 11.90 es visual y 4.79% es psicosocial (13).

Ante el diagnóstico del Síndrome de Down en el niño; surge un desequilibrio psicoemocional en los padres, surgen sentimientos de culpa, desapego o negación, esto conlleva a veces al rechazo de la situación. Los padres entran en estado de crisis y tensión, debido a que no se encuentran preparados para afrontar el nacimiento de un hijo con Síndrome de Down. El afrontamiento y adaptación afecta con mayor intensidad a los padres produciendo una crisis, problemas de tensión y desórdenes subjetivos que provocan, un “duelo doble”, duelo por el hijo sano que no nació y duelo por el hijo enfermo que está presente, trayendo consigo sentimientos y emociones encontradas, difíciles más no imposibles de superar (14).

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

Callista Roy después de haber desarrollado su modelo enfermero, lo presentó como un marco que sirviese para la práctica del profesional de Enfermería, contribuyendo en la investigación y formación enfermera. Según Roy, más de 1500 facultades y estudiantes han contribuido al desarrollo teórico del Modelo de Adaptación. Se estimó que alrededor de 100.000 enfermeras en Estados Unidos, se habían formado para la práctica de su profesión bajo el Modelo de Roy(15); mientras tanto, previo a la revisión de varios artículos científicos existen estudios que avalan su teoría.

Ochoa S et al. Un estudio publicado en Perú en el 2016 titulado: afrontamiento y adaptación de la familia con niño con problema neurológico crónico del Servicio de Neuropediatría del Instituto Nacional de Salud del Niño, su estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal. La recolección de datos se realizó en 29 familiares, a quienes se les entrevistó y aplicó el cuestionario. El tipo familiar con mayor porcentaje fue el extremo y de rango medio, con un 48,3%. La capacidad de afrontamiento y adaptación en mayor porcentaje fue la de mediano rango 55,2%; y alta, 20,7%. Teniendo como conclusión que el funcionamiento familiar tiene tendencia a la disfuncionalidad en la familia con un niño con enfermedad neurológica crónica y presenta mediana capacidad de afrontamiento y adaptación(16).

Campiño S. Duque P. En su investigación titulada: “Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer en España en el 2012”, usaron como referente el modelo de Callista Roy para identificar su capacidad de afrontamiento y adaptación. Su estudio fue descriptivo, transversal; la muestra fue de 23 cuidadoras. Su instrumento fue la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación abreviada en español y los resultados fueron que el 100% de las cuidadoras eran madres o abuelas del niño, 56.5% obtuvo afrontamiento alto y este grupo tenía bachiller completo. Llegaron a la conclusión de que las enfermeras deben aprovechar las estrategias usadas para abordar a toda la familia y lograr un afrontamiento integrado(17).

Como sostiene Morales: En el año 2016, en su publicación realizada en Barranquilla- Colombia con el título: “Experimentando el crecimiento y desarrollo de mi hijo con discapacidad visual”, el objetivo de este estudio fue conocer las experiencias y sentimientos de los padres durante el crecimiento y desarrollo de sus hijos con discapacidad visual, su metodología es cualitativa y fenomenología interpretativa con 7 participantes, en conclusión, indica que la discapacidad visual representa una carga para las familias, es un tema complejo que debe ser tratado desde equipos interdisciplinarios y para la enfermera constituye un desafío(18).

La pertinencia de esta investigación considerando la variable independiente de estudio, el autor realiza una investigación cualitativa mientras que esta investigación es cuantitativa, porque mediante los resultados de la medición del CAPS se va a poder cuantificar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de esta población de estudio en su diario vivir. Además, se va a poder evidenciar el papel que cumple la familia ante la situación con un hijo con síndrome de Down.

Hernández et. En el año 2015, publicó en Colombia un artículo titulado: “Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares”, el objetivo del estudio fue identificar los instrumentos creados con el enfoque del modelo de adaptación de Callista Roy en escenarios cardiovasculares, reportados por la literatura en el período del año 2000 a 2015, la metodología utilizada fue una búsqueda sistemática de literatura en las bases de datos Pubmed, Bireme y Scielo de los años 2000 a 2015, inicialmente se localizaron 50 artículos de los cuales 11 reportaron la creación de instrumentos con el modelo de Callista Roy y 4 específicamente utilizados en instituciones cardiovasculares, concluyendo que la literatura reporta que si se ha utilizado el instrumento con el modelo de Roy (19).

Este estudio es pertinente considerando que tienen elementos que involucran la variable de estudio de este trabajo, las autoras realizan un estudio con base en revisión literaria, mientras que en esta investigación se utilizó la metodología cuantitativa de tipo descriptiva y de corte transversal, y en base a los resultados obtenidos se dio a conocer la aplicación favorable del instrumento del Modelo Enfermero de Roy en padres con hijos con síndrome de Down.

Ribeiro et al. En el año 2015 en Brasil, se publicó un estudio con el título: “La autoimagen y la autoestima de las personas con trastornos de piel, una revisión integradora de la literatura basada en el Modelo de Callista Roy”, como objetivo del estudio fue conocer la relación entre los trastornos de la piel y la alteración del autoconcepto en las personas con afección cutánea. La metodología se realizó en base a revisión integradora de la literatura de Lilacs, Scielo y PubMed en artículos publicados entre el año 2000 y 2012. En los resultados de la revisión integradora se mostró que los factores psicosociales relacionados con la autoimagen y la autoestima afectan la vida de las personas; concluyendo que los trastornos de la piel llevan al individuo a buscar aislamiento del cuerpo y aislamiento social. Por ello la necesidad de los enfermeros de buscar estrategias de atención sanitaria(20).

Este estudio es oportuno considerando que tiene elementos que involucran las variables de estudio de esta investigación, siendo la información relevante en sus resultados, evidenciándose los conceptos principales del Modelo de Roy; mientras en este estudio se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación en los padres con hijos con síndrome de Down. Acotando, que en base a los resultados que se alcancen se podrá constatar que la población de estudio ha logrado adaptarse y afrontar su situación con sus hijos ante la familia y la sociedad, por lo que busca apoyo social para la inclusión tanto familiar, laboral, educativa, recreativa, etc.

Sarmiento et al. En el año 2013, publicó una investigación en Colombia titulado: “Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy (CAPS), versión modificada en español”, con el objetivo de determinar la validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de afrontamiento y Adaptación de Roy versión modificada en español, su metodología a través de un muestreo mixto se seleccionaron cuatro muestras, los resultados del estudio indican la buena validez de apariencia (95%), contenido (0.83) y confiabilidad (0.70) (21).

El estudio es acertado describiendo la validación del instrumento (CAPS) siendo la herramienta básica de este estudio, la autora realiza esta investigación para dar validez y confiabilidad al instrumento el mismo que es utilizado en este estudio, el que pretende medir el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación que tiene la población esta investigación y según los resultados obtenidos se elaborara medidas pertinentes que apoyen y beneficien a los padres con hijos con síndrome de Down.

En el año 2013, Farías et al, describe un estudio titulado: “Modelo de adaptación de Roy: un análisis crítico”, tuvo por objetivo analizar críticamente el modelo de Callista Roy Adaptación, en la metodología se utilizó el modelo crítico basado en criterios, que hacen el análisis de tres fases: la intención, conceptos y proposiciones y la utilidad de la teoría en la práctica, esta revisión se llevó a cabo en noviembre y diciembre de 2012, manifestaron que el modelo es claro y comprensible, dando como conclusión que el modelo propuesto por Roy contribuye a la base de conocimientos de la disciplina y tiene utilidad para la orientación de la práctica enfermera (22).

Esta investigación es congruente por tener elementos que se encuentran dentro del trabajo de investigación, las autoras realizan un estudio de corte transversal, la misma utilizada en este trabajo y en base a los resultados obtenidos se genera un respaldo en cuanto al desarrollo y práctica basada en evidencia científica de la aplicación del modelo de Roy.

Esta investigación es conveniente, ya que posee información acorde a los elementos de estudio, el autor realiza un análisis en base a una metodología de tipo descriptiva y cuantitativa la misma que se utiliza en esta investigación las conclusiones que van a permitir confrontar el análisis de los resultados de esta investigación en cuanto a los cinco factores que elabora Roy en su instrumento.

## **Metodología**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, además de alcance descriptivo, y de corte transversal, la cual trató a la variable de la población en un solo momento de tiempo.

La población fue de 80 padres con hijos con síndrome de Down que acuden a la escuela ADINEA.

En el presente trabajo se incluyó a padres de niños con Síndrome de Down que acepten participar en el estudio y que hayan firmado consentimiento informado, considerando como criterio de exclusión a padres de niños que a pesar de haber firmado el consentimiento informado desistan de participar en el estudio.

## **Método:**

El método de esta investigación es deductivo, ya que permitió la recolección de la información de la población de estudio y se adquirió conocimientos basados en los resultados, se elaboró un

cuestionario, el cual fue sometido a una prueba piloto para verificar que recolecte la información requerida para el estudio; para medir el nivel de afrontamiento se aplicó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy (CAPS), diseñada inicialmente por Callista Roy en el 2004 y validado en su versión modificada en español por Gutiérrez, et al, en población Colombiana obteniendo un versión modificada en español con una validez de apariencia (95%), contenido (0.83) y confiabilidad (0.70), su evaluación se realizó en base a la propuesta emitida por Gutiérrez, et al, 2007 y Gutiérrez, 2009 (21).

## RESULTADOS

Se observa que en todos los factores que componen el afrontamiento, más de la mitad de las personas tienen una alta capacidad y en el global de afrontamiento, más de dos tercios de la población poseen una alta capacidad (tabla1)

**Tabla N° 1**  
**Distribución de la población de estudio según el nivel de Afrontamiento según Gonzales 2007.**

Factor	Baja capacidad	Alta capacidad	Total
Factor 1. Comportamientos personales.	12 (15 %)	68 (85 %)	80 (100 %)
Factor 2. Relaciones físicas.	14 (17.5 %)	66 (82.5 %)	80 (100 %)
Factor 3. Comportamiento del yo personal.	14 (17.5 %)	66 (82.3 %)	80 (100 %)
Afrontamiento	2 (2,5%)	78 (97,5%)	80 (100 %)

**Fuente:** Cuestionario

**Elaborado por:** Autores.

Se da a conocer, que en todos los factores que componen el nivel de adaptación, más de la mitad de entrevistados tienen una alta capacidad y en el total de adaptación más de dos tercios de la población presentan una alta capacidad de adaptación (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Distribución de la población de estudio según el nivel de Adaptación según Gonzales 2007.**

Factor	Baja capacidad	Alta capacidad	Total
Factor 4. Estrategias personales.	46 (57.5 %)	34 (42,5 %)	80 (100 %)
Factor 5. Estrategias para recurrir así mismo.	20 (25 %)	60 (75 %)	80 (100 %)
Adaptación	24 (30%)	56 (70%)	80 (100 %)

**Fuente:** Cuestionario

**Elaborado por:** Autores.

Muestra que prevalece un nivel de alta capacidad en los tres factores que componen el afrontamiento, seguido de una mediana capacidad y un mínimo porcentaje presenta una baja capacidad (tabla 3).

**Tabla N° 3**  
**Distribución de la población de estudio según el nivel de Afrontamiento.**

<b>Factor</b>	<b>Baja capacidad</b>	<b>Mediana Capacidad</b>	<b>Alta capacidad</b>	<b>Muy alta capacidad</b>	<b>Total</b>
Factor 1. Comportamientos personales.	0 (0,0%)	24 (30 %)	50 (62,5 %)	6 (7,5%)	80 (100 %)
Factor 2. Relaciones físicas.	1 (1,3 %)	14 (17,5%)	52 (65 %)	13 (16,3%)	80 (100 %)
Factor 3. Comportamiento del yo personal.		22 (27,5%)	39 (48,8 %)	19 (23,8%)	80 (100 %)
Afrontamiento	0 (0,0 %)	3 (3,8 %)	74 (92,5 %)	3 (3,8% )	80 (100 %)

**Fuente:** Cuestionario

**Elaborado por:** Autores.

Encontramos que en todos los factores que componen el nivel de adaptación, más de la mitad de entrevistados presentan una muy alta capacidad y en la presentación en lo global de la adaptación presenta una alta capacidad de adaptación (Tabla 4).

**Tabla N° 4**  
**Distribución de la población de estudio según el nivel de Adaptación.**

<b>Factor</b>	<b>Baja capacidad</b>	<b>Mediana Capacidad</b>	<b>Alta capacidad</b>	<b>Muy alta capacidad</b>	<b>Total</b>
Factor 4. Estrategias personales.	2 (2,5%)	14 (17,5%)	47 (58,8%)	17 (21,3%)	80 (100%)
Factor 5. Estrategias para recurrir así mismo.	0 (0,0%)	9 (11,3%)	18 (22,5%)	53 (66,3%)	80 (100%)
Adaptación	0 (0,0%)	4 (5%)	40 (50%)	36 (45% )	80 (100%)

**Fuente:** Cuestionario

**Elaborado por:** Autores.

## DISCUSIÓN

Con base a los resultados del estudio, en lo referente a la edad de los cuidadores de los niños, se puede identificar que la mayoría de la población (86,3%), representa a la edad adulta, y una minoría corresponde a adultos jóvenes (13,8%); estos resultados son similares a los encontrados en el estudio

realizado en Perú sobre el afrontamiento y adaptación de la familia con un niño con problema neurológico crónico, en donde el (79,3%) de los padres se encontraban en adultez y tan solo el (20,7%) en adultez joven(16); de igual manera se puede relacionar los resultados obtenidos en un estudio en el que se trataron las estrategias de afrontamiento en padres con niños autistas, efectuado en Colombia cuya población adulta es el (73,7%) y apenas el (26,3%) es adulto joven(23).

Así también se observa que el cuidado de los niños se encuentra a cargo de los padres donde según género, se indica que los cuidadores el (52,5%) son hombres y el (47,5%) son mujeres, al contrastar los resultados según género se encontró que en Cuba, la adaptación, afrontamiento en cuidadores con trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (24), revela que el (79,3%) de la población eran mujeres, este dato contrasta con el encontrado en la presente investigación en donde el (52,5%) de la población es masculina, también difiere del encontrado por Albarracín Rodríguez A, et al, “estrategias de afrontamiento y adaptación en padres con hijos con trastornos del espectro autista”, en donde el (90,3%) corresponde al género femenino(23).

Durante las entrevistas se pudo visualizar problemas más profundos; que si bien, no fueron la intención de este estudio, permiten brindar una posible explicación, indicando que probablemente la participación de los padres en el cuidado de sus hijos podría estar influenciado por el fenómeno de la migración en Ecuador, puesto que según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) existe un alto índice de migración, muchos de ellos son padres y madres, ocasionando una desestructuración familiar; en otros casos la desintegración del hogar es a causa del nacimiento de un hijo con Síndrome de Down, lo que obligaría a la madre o al padre a hacerse cargo de sus hijos (25).

En lo referente al estado civil se observó que la mayoría de la población poseía pareja (76,3%), siendo la población casada la que prevalece con un (58,8%), los que se encuentran en relación de unión libre son (17,5%); estos datos son semejantes a los encontrados por Ochoa S, et al, y Alvarracín RA, et al, en donde la mayoría de la población tenía pareja (79,3%) y (87,1%) respectivamente(8) (23).

El nivel de instrucción que prevaleció en este estudio fue el secundario con un (65,1%), datos similares fueron los encontrados en Perú, sobre afrontamiento y adaptación de la familia con un niño con problema neurológico crónico, en donde el (65,5%) poseen instrucción secundaria, sea completa o incompleta. Estos datos permiten evidenciar que existe una tendencia en países sudamericanos referente al nivel de la educación(26).

En lo pertinente a situación laboral, en el presente estudio se encontró que un (38,8%) de la población son empleados privados, datos que no son coherentes con estudios obtenidos por Rodríguez A, et al, en Colombia. Sobre estrategias de afrontamiento en padres con niños autistas, se encontró un aumento en la categoría ama de casa representada en un (58.1%), no se encuentran laborando o tuvieron que dejar dichas labores a raíz del diagnóstico de sus hijos

Los resultados obtenidos en el nivel de adaptación alcanzaron porcentajes favorables, los comportamientos personales (factor 1), presentan una alta capacidad (85%) caracterizándose por presentar actitudes y pensamientos positivos, reflejando que los padres están en capacidad de dar solución a los problemas con pensamientos de superación, estos hallazgos son similares a los encontrados en Colombia, “afrontamiento y adaptación en cuidadores de niños y niñas con cáncer”, en donde el (56,5%) tienen una alta capacidad, la mayoría de población encuestada refiere que cuando tienen problemas lo aceptan e intentan resolverlo buscando nuevas soluciones o buscando cambios drásticos en sus vidas(17).

En el (factor 2). Respecto a las reacciones físicas, se observa una alta capacidad (82,5%) dejando ver que los padres poseen un equilibrio afectivo, resaltando las reacciones físicas, y la fase de salida durante el manejo de las situaciones al mantener pensamientos positivos en busca de ayuda para enfrentar el problema. Datos similares fueron encontrados por Rosario MI et al, en el 2017. Según el afrontamiento y adaptación en madres de neonatos prematuros. Presenta una alta capacidad en el (factor 2) con el (69,2%) que de acuerdo a los planteamientos teóricos de Roy se caracterizan por comportamientos tendientes al uso y adopción de nuevos recursos para afrontar la dificultad y resolver el problema mediante instrucciones en los momentos de crisis(27).

En el comportamiento del yo personal (factor 3), se observa con una alta capacidad el (82,5%) observando una conducta dirigida a confrontar la realidad de sus consecuencias para mantener el equilibrio afectivo y buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación. Al obtener una misma similitud en un estudio realizado en Perú, en el 2017, “afrontamiento y adaptación en padres de neonatos prematuros”, en el (factor 3) con el (73,1 %) de las madres presentan una alta capacidad, con una estrategia de afrontamiento concreta dirigida a la regulación de la emoción, de accionar activo de dominio cognitivo caracterizado por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación, para resolver el problema (27).

Procesamiento sistemático (Factor 4), refleja una baja capacidad con el (57,5%), presenta un mínimo valor en las estrategias personales y físicas en hacerse cargo de la situación, incluye actividades que desligan el pensamiento del problema no manejando las consecuencias, en lo cual presenta una similitud con Rosario MI, en el 2017; con respecto al (factor 4) presenta una baja capacidad de (38,5%), lo cual implica que la madre hace poco uso de esta estrategia de afrontamiento, concreta de dominio activo dirigida a la solución de problemas, consecuentemente las madres evitan llamar al problema por su nombre y verlo en su totalidad, evitan analizar la situación como realmente es, evitan pensar en el problema paso a paso, aclarar las dudas antes de actuar y no mantienen el equilibrio entre el descanso y las actividades. Evitan tomarse el tiempo necesario y no actuar hasta que tenga una buena comprensión de la situación(27).

Respecto al conocer y relacionar, el (factor 5) presenta una alta capacidad con el (75%), utiliza estrategias para sí mismo y para otros, al utilizar la memoria, el aprendizaje y el conociendo. Según estudios realizados en Perú, en el 2017 en el (factor 5) presenta, los cuidadores una baja capacidad con el (69,2%) que equivale a decir limitado uso de esta estrategia y estilo de afrontamiento activo dirigido a la solución del problema, consecuentemente las madres evitan el uso de la memoria y el aprendizaje de experiencias pasadas, no echan mano de soluciones y cosas que sirvieron y ayudaron en situaciones pasadas, evitan el uso de soluciones que le funcionaron a otros, miran la situación actual en forma negativa, se sienten mal al saber que no maneja la situación, no son capaces de utilizar el sentido del humor para manejar estas situaciones y no proponen posibles soluciones aunque parezcan difíciles(27).

En las estrategias se puede identificar que el (97,5%) presenta una alta capacidad en el afrontamiento en padres de niños con síndrome de Down, y el (2,5%) presenta una baja capacidad. Fueron encontrados datos similares por Campiña S et al, donde el (82.6%) presenta una alta capacidad en afrontamiento en cuidadores de niños y niñas con cáncer y el (17,4%) presenta una baja capacidad(17).

En los estudios realizados se observa una alta capacidad con el (70%) en la adaptación en padres de niños con síndrome de Down, y una baja capacidad con el (30%), datos no coherentes fueron encontrados en cuba, en el 2018, “adaptación en cuidadores con niños con déficit de atención con hiperactividad”, presentando una baja capacidad con el (63,1%) y con una alta capacidad el (36,9%) (24).

## CONCLUSIÓN

Respecto al proceso de afrontamiento y adaptación, existe la referencia de Callista Roy como teórica de la enfermería, se considera que está presente en los seres humanos dentro del subsistema cognitivo, el que se activa en situaciones críticas. Conocer el proceso de afrontamiento y adaptación de los padres o cuidadores permite realizar un diagnóstico de enfermería pertinente y un plan de cuidados acorde a sus necesidades, de estos padres para mantener su alta capacidad de afrontamiento y adaptación y en aquella población que es más vulnerable, se deben plantear cuidados dirigidos a promover su nivel de adaptabilidad. Encontrando significado a los sucesos y aplicando planes de acción hacia el problema y principalmente buscando información para aceptar la responsabilidad.

## Bibliografía

1. Santos JO, Prudente COM. Síndrome de Down. Rev Neurociências. 2001;22(2):271–7.
2. Minuchin S. F a m i l i a r. 2004. 355 p.
3. Díaz L& otros. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Vol. 2, Aquichan. 2009. p. 19–23.
4. Premio G. OMS | Premio para las Investigaciones sobre el Síndrome de Down en la Región del Mediterráneo Oriental. Who. 2013;
5. Julio Nazer H, Lucía Cifuentes O. Estudio epidemiológico global del síndrome de down. Rev Chil Pediatr. 2011;82(2):105–12.
6. Dra. Maritza Peña Sisto,. 2017;21(7):842–9.
7. C. Manzo DM. Revista : Caribeña de Ciencias Sociales ISSN : 2254-7630 Descarga a PDF. 2020;(2016):1–5.
8. MENDOZA MARQUEZ M. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis. 2015;0:1–124.
9. Coello C. Cada vez más mujeres jóvenes tienen hijos con síndrome de Down en Ecuador. Redacción Médica. 2017;Salud Pública.
10. Serruya S, Latinoamericano C. Día Mundial de los Defectos de Nacimiento, 3 de marzo 2015. 2020;1–3.
11. Pib E. Ecuador. 2020;1–14.
12. Falcón Guerra, V. A. (2016). Actividades lúdicas y la motricidad en los niños con síndrome de down (Bachelor's thesis, LATACUNGA/UTC/2016).
13. Huiracocha L, Almeida C, Huiracocha K, Arteaga A, Arteaga J, Barahona P, et al. Explorando los sentimientos de los padres, la familia y la sociedad a las personas con Síndrome de Down: Estudio observacional. Maskana. 2013;4(2):47–57.
14. Flores-Arizmendi KA, Garduño-Espinosa A, Garza-Elizondo R. El nacimiento de un niño con síndrome de Down. El impacto de la primera entrevista con los padres. Acta Pediatr Mex. 2014;35(1):3–6.

15. García B. *MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA*, de Martha Raile Alligood y Ann Marriner-Tomey. Elsevier España. 6a edic. Madrid, 2007. 850 págs. *Enfermería Glob.* 2007;6(1):1-3.
16. Ochoa-Villacorta SG, Villaizan-Paliza KM, Tam-Phun E, Gutiérrez-Montes PA. Relación entre el funcionamiento familiar y la capacidad de afrontamiento y adaptación de la familia con un niño con problema neurológico crónico del Servicio de Neuropediatría del Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima - Perú. *Rev Enferm Hered.* 2017;9(2):109.
17. Campiño-Valderrama SM, Duque PA. Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer. *Univ y Salud.* 2016;18(2):302.
18. Viana LCM. Experiencing growth and development of a visually impaired son. *Salud Uninorte.* 2016;32(1):65-72.
19. Hernández Gómez, J. P., Jaimes Valencia, M. L., Carvajal Puentes, Y., Suárez Suárez, D. P., Medina Ríos, P. Y., & Fajardo Nates, S. (2016). Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Cult. cuid. enferm*, 6-21.
20. De Ribeiro Jesus PB, Dos Santos I, Da Silva Brandão E. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: Uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. *Aquichan.* 2015;15(1):75-89.
21. Guti C. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán.* 2002;2(1):19-23.
22. Serrano Cardona L, Muñoz Mata E. *Parainfo Digital.* *Early Hum Dev.* 2013;83(1):1-11.
23. Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Rev Virtual Univ Católica del Norte.* 2014;(42):111-26.
24. Enriquez C, Alba L, Corzo L, Caballero D, Rojas D. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infante-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Médica del Cent.* 2018;12 N°(1):57-64.
25. Roberto S.Aruj. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en latinoamérica. *Papeles Poblac.* 2008;(55):95-116.
26. Almeida AR de, Silva CL da, Santoyo AH. Cita sugerida (APA, sexta edición). *Univ y Soc.* 2018;10(3):134-41.
27. Muro I. Determinantes estresores y estilos de Afrontamiento- Adaptación en madres de neonatos prematuros. *Hospital Regional Lambayeque.* 2017;115.

## Capítulo 8

# “APLICACIÓN DEL MODELO DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1”

María José Mera Navarrete<sup>1</sup>  
maria.mera@ucacue.edu.ec

Adriana Gabriela Pintado Bernal<sup>1</sup>  
agpintadob74@est.ucacue.edu.ec

Lilia Carina Jaya Vásquez<sup>1,2</sup>  
ljayav@ucacue.edu.ec

Johnny Fabián Vizuela Carpio<sup>2</sup>  
jvizuela@ucacue.edu.ec

1. Licenciada/o en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** En el estudio “Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de atención de enfermería” concluye que tener el conocimiento contribuye al cambio de conducta, pero no la asegura, por esto cuando se utiliza la Teoría de Orem se asume que la persona es capaz de decidir y realizar su propio autocuidado. **Objetivo:** Aplicar el modelo de autocuidado de Dorothea Orem en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que acuden a la Casa de la Diabetes de la ciudad de Cuenca en el período septiembre 2017- febrero 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio básico, cuantitativo, exploratorio. Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta a un grupo de 30 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, se procesó los datos a través del programa estadístico SPSS versión 15.0. **Resultados:** Dentro de la valoración del autocuidado que tienen los pacientes se encontró que el 63% se realizan cuatro controles glucémicos diarios, se constató que el 53% realiza conteo de carbohidratos antes de consumir sus alimentos y el 60% come cinco veces al día tal y como está recomendado en la OPS. **Conclusiones:** El modelo de Autocuidado de Dorothea Orem se logró aplicar a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 ya que los mismos contaron con características que fueron adaptables a los componentes del modelo.

**Palabras claves:** Diabetes Mellitus, Insulinodependiente, Dorothea Orem, Autocuidado.

## ABSTRACT

**Background:** In the study “Dorothea Orem model” applied to a group of people from the community through the process of nursing care” it concludes that it has the knowledge contributing to the behavior change, but it does not assure (7). For this, when “The Orem Theory” is used, it assumes that the person is able to decide and perform their own self-care. **Aim:** To apply the Dorothea Orem’s self-care model in patients with type 1 diabetes mellitus who attend the Casa de la Diabetes in the city of Cuenca in the period from September 2017 to February 2018. **Materials and Methods:** A basic, quantitative, exploratory study was done, to collect the data, a survey was applied to a group of 30 patients diagnosed with diabetes mellitus type 1, and the data were processed through the statistical program SPSS version 15.0. **Results:** in this study we can see that 63% of the patients do four Glycemic controls daily. The 53% of the patients do a carbohydrate counting before consuming their food and the 60% of people eat five times a day which is recommended by PAHO. **Conclusions:** Dorothea Orem is self-care model was applied to patients with type 1 diabetes mellitus since they had characteristics that were adaptable to the model’s components.

**Key words:** Diabetes Mellitus, Insulin-Dependent, Dorothea Orem, Self-Care.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus en la actualidad es un problema mundial puesto que existe aproximadamente 382 millones de personas que viven con esta patología, este número va incrementando y es alarmante para la sociedad porque conlleva a complicaciones crónicas (1). De acuerdo con Organización Mundial de la Salud Sudamérica tiene una prevalencia de Diabetes en la población mayor a 18 años que aumenta progresivamente, en Ecuador se estimó que el 7,9% de los hombres y el 8,5% de mujeres padecen diabetes (2).

La diabetes mellitus tipo 1, también llamada diabetes juvenil o insulino dependiente es una preocupación para los países desarrollados y también para los países subdesarrollados como lo es Ecuador (3). Lo que indica que las estrategias de prevención y de autocuidado para la diabetes no han sido eficaces porque se estima que su incidencia se va incrementando por año un 3 al 5% (4).

Dicha patología es usual en niños y adolescentes, la Diabetes Mellitus tipo 1 va a requerir un tratamiento para toda la vida del paciente, en la adolescencia es frecuente que el control glucémico se deteriore pues va a existir resistencia fisiológica de esta etapa y van a influir en los cambios psicológicos en este tipo de pacientes (5).

Según percepciones vigentes, la Diabetes Mellitus tipo 1 se desarrolla en personas genéticamente predispuestas, por una serie de pasos combinados de daños producidos por factores del medio, estos pueden ser virus y agentes químicos también se puede dar por respuestas autoinmunes, que conlleva a la decadencia de las células betas del páncreas (6).

En efecto es preocupante para la profesión de enfermería, es por ello que a través de los años se ha desarrollado diversas teorías y modelos, los cuales van a ayudar a los pacientes a conservar y mejorar su calidad de vida, también va a prevenir las complicaciones de enfermedades crónicas (7). Uno de los modelos más relevantes fue realizado por Dorothea Orem, la misma que se basa en tres teorías que son la del autocuidado, déficit del autocuidado y de los sistemas de enfermería; el objetivo de realizar este modelo para la enfermera fue incentivar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo tareas de autocuidado para conservar la salud y la vida, reponerse del padecimiento y enfrentar los resultados de dicho padecimiento (8).

Por lo anterior, en el proyecto se aplicará el modelo de autocuidado de Dorothea Orem en un colectivo de personas con Diabetes Mellitus tipo 1, a fin de utilizar las teorías antes mencionadas mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual permitirá realizar un plan personalizado de acuerdo a las necesidades y carencias de cada paciente, se utilizará como criterios de inclusión a la Diabetes Mellitus tipo 1, ya que con el correcto autocuidado en dicha patología se podrá prevenir complicaciones catastróficas y así poder llevar una mejor calidad de vida. Cabe recalcar que actualmente no existen estudios o investigaciones realizadas sobre la adaptación del modelo de Dorothea Orem en pacientes con diabetes.

FDI (2016) Hoy en día existe aproximadamente 382 millones de individuos que viven con Diabetes Mellitus, este número va incrementando y es alarmante para la sociedad puesto que para el 2035 se proyecta que alcance los 47 millones (1).

OMS (2015) En Sudamérica la prevalencia de diabetes en la población mayor a 18 años aumenta, en Ecuador se estimó que el 7,9% de los hombres y el 8,5% de las mujeres padecen diabetes (2).

OPS En Ecuador se estima que 1 de cada 10 ecuatorianos tienen diabetes, pues se ha ido incrementando, según la escuela ENSANUT se reveló que entre la población de 5 a 50 años de edad padecen dicha patología (2).

Es necesario apropiarse de la realidad en la que vive nuestra sociedad, por esto debido a la edad en la que se encuentra la mayoría de pacientes la cual es una población infanto-juvenil, es ineludible que se tomen medidas de autocuidado para que puedan conservar y mejorar su calidad de vida, ya que la mayoría de los pacientes no la realizan.

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

Navarro Peña y Castro Salas (2010) en el estudio “Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería” señalan que esta investigación utilizó el sistema de soporte educativo para el logro de metas, pero se concluye que poseer la información apoya al cambio de conducta, pero no la asegura, por ende, cuando se usa la teoría de Orem se entiende que la persona es capaz de animarse a efectuar su propio cuidado con el sustento de enfermería, por esto es importante agregar intervenciones encaminadas a conducir a nuestros pacientes a la toma de decisiones para la modificación de conductas y asegurar de esta manera un correcto autocuidado que mejore la calidad de vida de todas las personas (7).

Manuel Ortiz y Eugenia Ortiz (2011) a través de un artículo realizado en Chile destacó que en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, se ha encontrado tasas de no adherencia al tratamiento cercanas a un 50% y al parecer cuando se presenta depresión, existe certeza de un bajo control metabólico, reducción de la actividad física, mayor porcentaje de obesidad y futuras complicaciones procedentes de la patología (9).

Catunda Gomes de Meneses y colaboradores (2013) en su estudio “Práctica de Autocuidado de estomizados: contribuciones a la teoría de Orem” enfatizaron que gracias al empleo de la teoría de Orem se lograron identificar factores relacionados con el autocuidado de los pacientes y las estrategias efectivas de educación para la rehabilitación del paciente y mejorar la atención por parte del personal de enfermería (10).

Silvia Navarro y colaboradores (2014) en el estudio elaborado con el test Krece- Plus indica que la intervención de enfermería en la educación de adolescentes con DM1 es significativa tanto en conocimientos en la actividad física ya que el pre-test fue de 4,22 y el post test de 5,75: en nutrición era de 5,88 después de la intervención fue 8,72, respecto a la auto-inyección de los mayores a 11 años de edad referían.

En el estudio ejecutado por Simplicio Oliveira Patricia, López Costa Martha Miriam, López Ferreira Josefa, Jácome Lima Carla “ Autocuidado en Diabetes Mellitus estudio bibliométrico” (2017), realizaron un estudio bibliométrico, cuya muestra constaba de 85 artículos publicados en el período 2005-2015, disponible en Scielo, Lilacs, Medline y Scopus, refiere que las investigaciones sobre el autocuidado de la diabetes mellitus son lideradas por enfermeras con especial atención a la enseñanza; se hace

hincapié en la falta de estudios analíticos y experimentales que muestran la necesidad de estudios con este tipo de corte de manera que las hipótesis que han surgido en los estudios de observación puedan ser probadas y así avanzar en la investigación contribuyendo para la adherencia para el autocuidado; el mismo estudio señala que existen más estudios relacionados con la diabetes mellitus tipo 2 y que el tema más discutido en esta patología es el aspecto del autocuidado (11).

Según el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes (2017) en América central y del sur existen 118.600 personas con diabetes mellitus tipo 1 de 0 a 19 años de edad, y cada año se diagnostican aproximadamente 12.700 niños y adolescentes con esta patología (1).

Una teoría esta creada para explicar un fenómeno en salud, es un medio para representar un conjunto de conceptos definidos y las proposiciones que conectan a estos conceptos (12).

La existencia de las teorías va desde aproximadamente 30 años, esto empezó cuando las enfermeras en épocas pasadas empezaron a plantearse la meta de desarrollar un conocimiento enfermero en el cual pudieran basar su práctica; aproximadamente en 1980 los destacados en la teoría de enfermería caracterizaron una transición del período preparadigmático al período paradigmático, estos modelos brindaban representaciones para la práctica, gerencia, educación y desarrollo y práctica del conocimiento (12).

Las clasificaciones de los paradigmas se establecieron gracias a los metaparadigmas que incluyen conceptos de persona, entorno salud y enfermedad, esto contribuyó para que a las teorías se las vea de una forma organizada que perfecciona el desarrollo y práctica del saber (12).

Para la profesión de enfermería es importante poseer una perspectiva clara de los principios científicos y filosóficos que orienten a las prácticas profesionales, es decir, cada profesional debe contar con una guía que enmarque sus acciones realizadas en favor del paciente, teniendo en cuenta que la enfermería no es simplemente una colección de habilidades, y que la enfermera no es solo una persona formada para realizar tareas de cuidado, se analiza la importancia que como toda profesión tiene bases científicas que sustentan sus labores; los modelos o teorías de enfermería están fundamentados en distintos principios filosóficos, éticos y científicos. Las teorías van a ayudar a las enfermeras a desarrollar y comprender talentos, destrezas y habilidades que deben desarrollaren su vida profesional (13).

Es por ello que varias enfermeras han realizado distintos modelos importantes que son aplicados a los pacientes actualmente. En el rol de la enfermera como educadora, realiza acciones con métodos de enseñanza de acuerdo a su juicio crítico, es decir, en sustento de las necesidades y capacidades de cada paciente e incorporar recursos como la familia según los problemas identificados en los procesos filosóficos que realiza el profesional de enfermería (13).

## **Metodología**

El diseño de esta investigación es básico de corte transversal, con un enfoque de investigación cuantitativo, exploratorio puesto que el tema a realizar se aplicó por primera vez en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 implementando el modelo del autocuidado de Dorothea Orem mediante variables que nos ayudaron a determinar el déficit de autocuidado, las mismas que se relacionaron entre sí para buscar alternativas de solución mediante apoyo educativo, se incluyó a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, teniendo en cuenta que se excluyó a Pacientes que no firmen el consentimiento informado, pacientes que no participen en todo el proceso de investigación.

## RESULTADOS

De acuerdo a la tabla 1 el porcentaje superior de pacientes que corresponde al 63,33% se realizan cuatro controles glucémicos diarios, por otro lado, los pacientes que realizan entre dos, tres o siete controles diarios los encontramos en menor porcentaje, lo que tiene relación con el estudio realizado por Gonzales y Pérez en el que indican que los pacientes estudiados si realizan auto monitorización de glucemia por lo menos tres veces al día.

**Tabla N° 1**  
**Número de controles glucémicos que se realizan diariamente los pacientes**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
2	1	3,3%
3	1	3,3%
4	19	63,3%
5	4	13,3%
6	4	13,3%
7	1	3,3%
TOTAL	30	100,0%

**Fuente:** Pacientes con Diabetes Mellitus tipo I de la “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca.

**Elaborado por:** Autores

En relación a la tabla 2 la mitad de los pacientes que corresponde al porcentaje más alto se administran insulina cuatro veces al día, por el contrario, la menor parte de personas utiliza bomba de insulina o se administra 6 veces insulina diariamente, lo que está en íntima relación con el estudio realizado por Gonzales en “Diabetes tipo 1: el pediatra y los nuevos tratamientos” el cual establece que las pautas de insulino terapia pediátrica incluyen de 3 a 5 dosis de insulina diaria.

**Tabla N° 2**  
**Veces al día que se administran insulina**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Bomba de insulina	2	6,7%
3	7	23,3%
4	15	50,0%
5	4	13,3%
6	2	6,7%
TOTAL	30	100,0%

**Fuente:** Pacientes con Diabetes Mellitus tipo I de la “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca.

**Elaborado por:** Autores

De acuerdo a la tabla 3 la zona de mayor administración de insulina por parte de los pacientes fueron los brazos y abdomen, contrario a esto, la zona menos utilizada fueron los glúteos con un 6.67%, lo que concurre con el estudio realizado en el 2016 por Díaz y Casas donde el 67% de la población estudiada se aplica la insulina con mayor frecuencia en el abdomen.

**Tabla N° 3**  
**Distribución de la zona del cuerpo en donde se administran la insulina**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Brazos – abdomen	12	40,0%
Abdomen – glúteos	6	20,0%
Abdomen- muslos	5	16,7%
Brazos – glúteos	2	6,7%
Abdomen	5	16,7%
TOTAL	30	100,0%

**Fuente:** Pacientes con Diabetes Mellitus tipo I de la “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca.

**Elaborado por:** Autores.

Del porcentaje de pacientes que manifestaron haber interrumpido su tratamiento la mayor parte refirió que el motivo fue por olvido, lo que se asemeja al estudio realizado en el 2013 “Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad” que indica en sus resultados que la causa más frecuente de incumplimiento de tratamiento fue por olvido (tabla 4).

**Talla N° 4**  
**Razones por las cuales no se ha administrado la insulina**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Olvido	10	33,3%
Despreocupación	5	16,7%
No se olvidó de su tratamiento	15	50,0%
TOTAL	30	100,0%

**Fuente:** Pacientes con Diabetes Mellitus tipo I de la “Casa de la Diabetes” de la ciudad de Cuenca.

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

Según un estudio realizado en la Habana en el 2012 existe mayor incidencia de diabetes mellitus tipo 1 en personas de 12 años de edad, si lo comparamos con nuestro estudio la mayor prevalencia de personas con dicha patología oscila entre los 21 a 25 años de edad (40), lo que demuestra que esta patología prevalece en la niñez y en el adulto joven tal y como lo afirma la bibliografía estudiada (14).

En esta investigación se observó que la mayoría de pacientes fueron mujeres con un 63%, lo que está en desacuerdo con un estudio realizado en el 2016 en la ciudad de Cienfuegos que muestra que la mayor parte de las personas estudiadas fueron de sexo masculino con un 53,5% mostrando que la Diabetes mellitus tipo 1 no tiene predisposición en ninguno de los dos sexos, es decir, puede afectar tanto a mujeres como a hombres (15).

El estudio realizado por Mayra Azucas y Margarita Samudio en el 2015 sobre “Malnutrición por exceso y déficit en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 del programa nacional de diabetes en Paraguay” reveló que el 46% de pacientes consumen una alta cantidad de grasa saturada, mientras que nuestra investigación el 90% de los pacientes consumen toda clase de alimentos, lo cual demostró que llevar un equilibrio nutricional contribuye a mejorar y mantener la salud de los pacientes y así su control glucémico se puede encontrar dentro de los valores normales (16).

La presente investigación se realizó a 30 pacientes con diabetes mellitus tipo 1, de los cuales el 50% manifestó que se administran insulina 4 veces diariamente lo coincide con el estudio de la revista Scielo del 2015 “Repercusión y tratamiento de los aspectos psicosociales de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes” que expone que cuatro son las veces óptimas para la administración de insulina, cabe señalar que esto también va a depender de la condición de cada paciente, de esta manera la mayoría de personas que padecen dicha patología se mantienen estables con sus niveles de glucosa en la sangre (17).

## CONCLUSIONES

El modelo de Autocuidado de Dorothea Orem se logró aplicar a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 ya que los mismos contaron con características que fueron adaptables a los componentes del modelo.

### Bibliografía

1. Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes. 6ta. Edición. | Infomed, Portal de la Red de Salud de Cuba [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2016/11/14/atlas-de-la-diabetes-de-la-federacion-internacional-de-diabetes-6ta-edicion>
2. Escobar N, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Ecuador - La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360)

3. OMS | 10 datos sobre la diabetes [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>
4. SciELO - Scientific Electronic Library Online [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102406752008000200006](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102406752008000200006)
5. Parada MO. Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. *Ter Psicológica*. 2006;24(2):139-47.
6. Cabrera Rode E, Perich Amador PA, Licea Puig ME. Diabetes autoinmune latente del adulto o diabetes tipo 1 de lenta progresión: definición, patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cuba Endocrinol*. abril de 2002;13(1):0-0.
7. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm Glob*. junio de 2010;(19):0-0.
8. Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*. diciembre de 2013;24(4):168-77.
9. Ortiz P M, Ortiz P E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Médica Chile*. mayo de 2007;135(5):647-52.
10. Menezes LCG, Guedes MVC, Oliveira RM, Oliveira SKP de, Meneses LST de, Castro ME de. Self-care practice of ostomy patients: contributions of the Orem's theory. *Rev Rene* [Internet]. 28 de abril de 2013 [citado 18 de noviembre de 2020];14(2). Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3380>
11. Simplício Oliveira P, Lopes Costa MM, Lopes Ferreira JD, Jácome Lima CL. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. *Enferm Glob*. 2017;16(45):634-88.
12. Clínica DMNGE en B. Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes. 6ta. Edición. [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2016/11/14/atlas-de-la-diabetes-de-la-federacion-internacional-de-diabetes-6ta-edicion>
13. Fundamentos de Enfermería Ed.8o por Potter, P. - 9788490225356 - Journal [Internet]. Ediciones Journal - libros profesionales para la salud. [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788490225356/Fundamentos+de+Enfermería+Ed+8o>
14. González Fernández P, Álvarez González MÁ, Cabrera Rode E, Bejerano Reyes CJ, López MA. Caracterización del control metabólico en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Rev Cuba Endocrinol*. agosto de 2012;23(2):117-27.
15. Ramos YG, Fonseca MA, Alberdi ER, Marrero AQ, Gil AM. Characterization of the onset of diabetes mellitus type 1 in children under 18 years old. *Rev Enfermedades No Transm Finlay*. 26 de diciembre de 2016;6(4):265-73.
16. Azucas M, Samudio M. Malnutrition due to caloric excess and deficiency in children and adolescents with Type I diabetes mellitus in the Paraguayan National Diabetes Program. *Pediatría Asunción*. diciembre de 2015;42(3):205-10.
17. Barroso Lorenzo A, Castillo Yzquierdo GC, Benítez Gort N, Leyva Castells A. Repercusión y tratamiento de los aspectos psicosociales de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes. *Rev Cuba Pediatría*. marzo de 2015;87(1):92-101.

## Capítulo 9

### CALLISTA ROY APLICADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

Sandra Patricia Delgado Vera<sup>1</sup>  
spdelgadov07@est.ucacue.edu.e

Nancy Gabriela Ortiz Dávalos<sup>1,2</sup>  
nortiz@ucacue.edu.ec

Nube Johanna Pacurucu Avila<sup>1,2</sup>  
npacurucua@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Introducción:** Callista Roy presentó su teoría para la práctica del profesional de Enfermería, contribuyendo en la investigación y formación enfermera. En el año 2013, un estudio por las autoras Farias et al. titulado: “Modelo de adaptación de Roy: un análisis crítico,” concluyeron que el modelo propuesto por Roy contribuye a los conocimientos de la disciplina y orientación de la práctica enfermera. **Objetivo:** Aplicar el Modelo Enfermero de Callista Roy a personas con discapacidad visual en su entorno familiar, en las Sociedades SONVA y CALEPCI, en el período mayo a octubre del 2018. **Materiales y método:** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicada, el alcance descriptivo y diseño de corte transversal. Para la recolección de los datos se aplicó una encuesta a un grupo de 60 personas, se procesó los datos a través del sistema estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24. **Resultados:** La determinación del Modelo Enfermero de Callista Roy, con la cuantificación de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación, se obtuvieron los resultados aplicados a las personas con discapacidad visual con el 76,7% están en un grado de alta capacidad, seguido del 18,3% se mantienen en el grado de muy alta capacidad y con el 5% están en el grado de mediana capacidad de afrontamiento y adaptación. **Conclusión:** El Modelo Enfermero de Roy fue efectivo aplicarlo a las personas con discapacidad visual, siendo necesario resaltar que el apoyo familiar y social les ha permitido ser independientes en sus actividades diarias por lo que tienen una alta capacidad de Afrontamiento y Adaptación según Roy.

**Palabras claves:** Modelo enfermero, callista roy, discapacidad visual, afrontamiento y adaptación, entorno familiar.

## ABSTRACT

**Background:** Callista Roy presented her theory for the practice of professional nurse, contributing to the research and education of nurses. In 2013, a study made by the authors Farias et al. entitled: “Roy’s model adaptation: a critical analysis” concluded that the model proposed by Roy contributes to the knowledge of discipline and orientation of nurse practice. **Objective:** Apply modelo of Callista Roy Nurse to people with visual disabilities in their family environment, in the Societies SONVA and CALEPCI, from May to October 2018. **Materials and methods:** A quantitative study was made applied of descriptive level and cross-section desing. To collect the data, a survey was applied to a group of 60 people, the data was processed through the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 24. **Results:** The determination of the Callista Roy Nurse Model, with the quantification of the Measurement Scale of the Coping and Adaptation Process, obtained the results applied to the visually impaired with 76.7% being in a high capacity degree, followed of 18.3% are maintained in the degree of very high capacity and with 5% are in the degree of medium capacity for coping and adaptation. **Conclusion:** Roy’s Nurse Model was applied to people with visual disabilities, being necessary to emphasize the family and social support which has allowed them to be independent in their daily activities so they have a high capacity to cope and Adapt process according to Roy.

**Key words:** Nursing model, callista roy, visual disability, coping and adaptation and family

## INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS . discapacidad es “Un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” Por consiguiente, discapacidad visual es la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales(1)(2).

El 80% de la información necesaria para nuestro diario vivir implica el órgano de la visión. De esta manera todo lo que adquirimos, aprendemos y ejecutamos es debido a la información visual. La visión representa un papel importante en cuanto a la autonomía y desenvolvimiento de cualquier individuo. Según la OMS en el mundo hay aproximadamente 253 millones de personas con discapacidad visual, de este grupo poblacional 36 millones tienen ceguera y 217 millones tienen discapacidad visual moderada a grave; además, se estima que 120 millones de personas tienen discapacidad visual por errores de refracción no corregidos, pudiendo corregirse con el uso de lentes o cirugía refractiva(3).

De tal modo el 90% de las personas con discapacidad visual viven en países de ingresos económicos bajos por lo tanto no tienen acceso a prevenir ni dar un tratamiento oportuno a las deficiencias visuales(3).

En el Ecuador, el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), en el año 2018 registra 438.892 personas con los diferentes tipos de discapacidad en todo el país. En la provincia del Azuay se registraron 3.651 personas con discapacidad visual entre el grupo etario son de 30 a 65 años con un porcentaje del 49.90%(4).

Actualmente el Ecuador se encuentra en un trascendental momento de transición en cuanto a la atención integral de la persona con discapacidad y sus familias, por ello se ha identificado la necesidad de aplicar el Modelo Enfermero de Callista Roy ya que los modelos enfermeros adquieren su verdadero significado cuando es capaz de llevarlos a la práctica y probarlos. Desde el punto de vista del profesional de enfermería la captación e integración del grupo poblacional de las personas con discapacidad visual es una gran oportunidad, para brindar intervenciones enfermeras integras con calidad y calidez; para Roy el objetivo de la enfermera es ayudar a las personas en el proceso continuo de adaptación en el que se encuentran para conseguir que la respuesta adaptativa sea una respuesta eficaz, para lograr así un nivel óptimo de bienestar de la persona(5).

En la práctica de enfermería a diario se observa que los pacientes y sus familias hacen frente a enfermedades agudas y crónicas de diferentes formas tanto positivas o negativas, por lo tanto Callista Roy reconoce en su Modelo Enfermero que el afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo, porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación. Ello constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad(5).

Con el propósito de conceptualizar y comprender el proceso de afrontamiento y adaptación Roy en el año 2004, elaboró la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación – Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) el cual permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar las situaciones difíciles y promover su adaptación(4).

Este instrumento CAPS, está avalado por estudios a nivel internacional siendo muy importante esta herramienta porque facilita la medición del proceso de afrontamiento y adaptación de la persona, el cual está conformado por 47 ítems, agrupados en cinco estilos y estrategias denominados por Roy como factores y con un formato tipo likert de cuatro criterios: 1 nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces y 4 siempre. Cada pregunta es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Por consiguiente, mediante su medición da como resultado la capacidad de la persona siendo los grados de 3 medición como: baja, mediana, alta y muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación del individuo según la teoría de Roy(4).

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

Callista Roy después de haber desarrollado su modelo enfermero lo presentó como un marco que sirviese para la práctica del profesional de Enfermería, contribuyendo en la investigación y formación enfermera. Según Roy, más de 1500 facultades y estudiantes han contribuido al desarrollo teórico del Modelo de Adaptación (RAM). Se estimó que alrededor de 100.000 enfermeras en Estados Unidos, se habían formado para la práctica de su profesión bajo el Modelo de Roy(6). mientras tanto previo a la revisión de varios artículos científicos existen estudios que avalan su teoría(7).

En el año 2016, publicó en Colombia un artículo titulado: “Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares”, el objetivo del estudio fue identificar los instrumentos creados con el enfoque del modelo de adaptación de Callista Roy en escenarios cardiovasculares, reportados por la literatura en el período del año 2000 a 2015, la metodología utilizada fue una búsqueda sistemática de literatura en las bases de datos Pubmed, Bireme y Scielo de los años 2000 a 2015, inicialmente se localizaron 50 artículos de los cuales 11 reportaron la creación de instrumentos con el modelo de Callista Roy y 4 específicamente utilizados en instituciones cardiovasculares, concluyendo que la literatura reporta que si se ha utilizado el instrumento con el modelo de Roy.

Este estudio es pertinente considerando que tienen elementos que involucran la variable de estudio de este trabajo, las autoras realizan un estudio en base de revisión literaria, mientras que en esta investigación se utilizó la metodología cuantitativa de tipo descriptiva y de corte transversal, y en base a los resultados obtenidos se dio a conocer la aplicación favorable del instrumento del Modelo Enfermero de Roy en pacientes con discapacidad visual(8).

En el año 2015 en Brasil, se publicó un estudio con el título: “La autoimagen y la autoestima de las personas con trastornos de piel, una revisión integradora de la literatura basada en el Modelo de Callista Roy”, como objetivo del estudio es conocer la relación entre los trastornos de la piel y la

alteración del autoconcepto en las personas con afección cutánea. La metodología se realizó en base a una revisión integradora de la literatura de Lilacs, Scielo y PubMed en artículos publicados entre el año 2000 y 2012. En los resultados de la revisión integradora mostró que los factores psicosociales relacionados con la autoimagen y la autoestima afectan la vida de las personas concluyendo, que los trastornos de la piel llevan al individuo a buscar aislamiento del cuerpo y aislamiento social. Por ello la necesidad de los enfermeros de buscar estrategias de atención sanitaria.

Este estudio es oportuno considerando que tiene elementos que involucran las variables de estudio de esta investigación, siendo la información relevante en sus resultados evidenciándose los conceptos principales del Modelo de Roy mientras en este estudio se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación en las personas con discapacidad visual acotando, que en base a los resultados alcanzados se pudo constatar que la población de estudio es activa a pesar de sus limitaciones personales por lo que busca apoyo social para la inclusión tanto laboral, educativa, recreativa, etc (9).

En el año 2013, publicó una investigación en Colombia titulado: “Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy (CAPS), versión modificada en español”, con el objetivo de determinar la validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy versión modificada en español, su metodología a través de un muestreo mixto se seleccionaron cuatro muestras, los resultados del estudio indican la buena validez de apariencia (95%), contenido (0.83) y confiabilidad (0.70).

El estudio es acertado describiendo la validación del instrumento (CAPS) siendo la herramienta básica de este estudio, la autora realiza esta investigación para dar validez y confiabilidad al instrumento el mismo que es utilizado en este estudio el cual pretende medir el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación que tiene la población esta investigación y según los resultados obtenidos se elabore medidas pertinentes que apoyen y beneficien a las personas con discapacidad visual.

En el año 2013, Farías et al, describe un estudio titulado: “Modelo de adaptación de Roy: un análisis crítico”, tuvo por objetivo analizar críticamente el modelo de Callista Roy Adaptación, en la metodología se utilizó el modelo crítico basado en criterios, que ponen el análisis de tres fases: la intención, conceptos y proposiciones y la utilidad de la teoría en la práctica esta revisión se llevó a cabo en noviembre y diciembre de 2012, manifestaron que el modelo es claro y comprensible dando como conclusión que el modelo propuesto por Roy contribuye a la base de conocimientos de la disciplina y tiene utilidad para la orientación de la práctica enfermera (10).

Esta investigación es congruente por tener elementos que se encuentran dentro del trabajo de investigación, las autoras realizan un estudio de corte transversal, la misma utilizada en este trabajo y en base a los resultados obtenidos se genere un respaldo en cuanto al desarrollo y práctica basada en evidencia científica de la aplicación del modelo de Roy.

En el año 2011, se resalta un estudio en México por las autoras Leyva et al. con el título: “Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama, en el Instituto de Salud de Durango - México”, el objetivo conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama, atendidas en una institución de salud de Durango - México, en cuanto a la metodología es un

estudio descriptivo cuantitativo, aplicado el instrumento validado en la población mexicana con un alfa 0.7969 utilizaron la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación en 22 mujeres con cáncer de mama, evidenciándose que las participantes se adaptan y afrontan a su problema de salud con un nivel de adaptación integrado y compensatorio (11).

Este estudio es conveniente, ya que posee información acorde a los elementos de estudio de la investigación, el autor realiza un estudio en base a una metodología de tipo descriptiva y cuantitativa la misma que se utiliza en esta investigación las conclusiones conseguidas va permitir generar confrontar el análisis de los resultados de esta investigación en cuanto a los cinco factores que elabora Roy en su instrumento, en el año 2016 con su estudio titulado: “Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual”, con el objetivo de evaluar el papel de las creencias de control sobre el afrontamiento, la calidad de vida percibida en las personas con discapacidad visual, participaron 35 personas, su metodología transversal y correlacional y los resultados se relacionan con la competencia percibida, pero no con el tipo de discapacidad, su género. Asimismo, una mayor competencia percibida menor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, menor efectividad negativa y mayor efectividad positiva (12).

De acuerdo con el estudio es pertinente considerando la variable principal de esta investigación, el autor realiza un estudio transversal similar a este estudio, en base a los resultados obtenidos se podrá identificar el rol de la persona con discapacidad visual en cuanto a los dominios de las estrategias de afrontamiento tanto a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Como sostiene Morales en el año 2016, en su publicación realizada en Barranquilla- Colombia con el título: “Experimentando el crecimiento y desarrollo de mi hijo con discapacidad visual”, el objetivo de este estudio fue conocer las experiencias y sentimientos de los padres durante el crecimiento y desarrollo de sus hijos con discapacidad visual, su metodología es cualitativo y fenomenología interpretativa con 7 participantes, en conclusión, indica que la discapacidad visual representa una carga para las familias, es un tema complejo que debe ser tratado desde equipos interdisciplinarios y para la enfermera constituye un desafío (13).

La pertinencia de esta investigación considerando la variable independiente de estudio, el autor realiza una investigación cualitativa mientras que esta investigación es cuantitativa, porque mediante los resultados de la medición del CAPS se va a poder cuantificar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de esta población de estudio en su diario vivir. Además, se va poder evidenciar el papel que cumple la familia en cuanto a la independencia de la persona con discapacidad visual.

En consideración, de acuerdo al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) “La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedades para sus miembros” (13).

Por el contrario, la Organización Nacional de Ciegos Españoles ( ONCE), con motivo de la conmemoración del 15 de octubre, Día Internacional del Bastón Blanco, hizo un reconocimiento a las familias de personas con discapacidad visual puesto que tiene un papel fundamental para conseguir la inclusión plena de estas en la sociedad, pero es imprescindible alcanzar un equilibrio entre el apoyo

y la sobreprotección. Además, manifestaron tres ideas claves: reconocer el trabajo de las familias, difundir las pautas de apoyo y el buen trato a las personas con discapacidad visual (13).

En síntesis, la familia tiene un papel importante en el apoyo para la rehabilitación de las personas con deficiencia visual, la actitud y el comportamiento de la familia tienen una alta incidencia en el éxito o fracaso de los programas dirigidos a personas no videntes.

## **Metodología**

La presente investigación de tipo cuantitativa, de nivel aplicada además de alcance descriptiva y de corte de transversal. La investigación se realizó con el 100% de las personas con discapacidad visual, que asisten a las Sociedades SONVA y CALEPCI, la población de este estudio corresponde a 60 personas. Se incluyeron personas con diferentes tipos de situación socio-económica, mayores de 18 años y con discapacidad visual con un porcentaje mayor del 30%

El método de esta investigación es deductivo, porque permitió la recolección de la información de la población de estudio, se adquirió conocimientos basados en los resultados.

Técnica: encuesta  
cuestionario de preguntas, tiene confiabilidad y validez internacional. Según un estudio de Sarmiento (14).

En el año 2013, publicó una investigación en Colombia titulado: “Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy (CAPS), versión modificada en español”, este estudio confirma la buena validez de apariencia (95%), contenido (0.83) y confiabilidad (0.70) del instrumento de Roy y además en el año 2011, se resalta un estudio en México por las autoras Leyva et al. Con el título: “Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama, en el Instituto de Salud de Durango-México”, aplicaron el instrumento validado en la población mexicana con un alfa 0.7969 (16).

Por lo tanto, para este estudio se utilizó el instrumento original de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y 29 Adaptación elaborado por Callista Roy sin ninguna modificación y evidenciado en los artículos mencionados anteriormente.

Procedimiento para la recolección de información y descripción del instrumento a utilizar. El cuestionario se realizó en dos etapas: en la primera etapa se recolectó información de datos generales y en la segunda etapa se recogió las preguntas que corresponden al denominado: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación - Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), elaborada por Callista Roy en el año 2004, el cual permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar las situaciones difíciles y promover su adaptación. Este instrumento tiene preguntas positivas y negativas, las preguntas negativas que comprenden los siguientes ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23 y 24 por ende, su codificación es a la inversa (15).

Este instrumento constó de 47 preguntas, que son frases cortas de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil siendo agrupados en cinco factores y con sus respectivas

preguntas se describe de la siguiente manera:

- Factor 1: que consta de los ítems del 1 al 10.
- Factor 2: que consta de los ítems del 11 al 24.
- Factor 3: que consta de los ítems 25 al 33.
- Factor 4: que consta de los ítems 34 al 39.
- Factor 5: que consta de los ítems 40 al 47.

Con una escala de likert de cuatro puntos: • Nunca (1) • Rara vez (2) • Algunas veces (3) • Siempre (4) Cabe indicar que la escala de Likert a la inversa es: • Nunca (4) 30 • Rara vez (3) • Algunas veces (2) • Siempre (1) Descripción de cada factor de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy: El factor 1: (recursivo y centrado), este factor refleja los comportamientos personales y los recursos, se centran en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información, además de considerar actitudes para resolver problemas como ser creativo y buscar resultados (9).

El factor 2: (reacciones físicas y enfocadas), resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. A su vez este factor tiene un puntaje inverso, porque califica negativamente el comportamiento o la actitud de la persona (9).

El factor 3: (proceso de alerta) aquí se representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias (9).

El factor 4: (procesamiento sistemático), describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente (9).

El factor 5: (conocer y relacionar), interpreta las estrategias que utiliza el individuo para utilizarse a sí misma y a otras personas, utilizando la memoria y la imaginación. El estilo es conociendo y la estrategia es relacionando (9).

Las preguntas de cada factor tienen un determinado puntaje y da un resultado específico y la unión de todos los factores dan un resultado global, por ende, se puede obtener resultados que evalúan los grados de capacidad que se clasifican en: baja, mediana, alta y muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación según Roy.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se especifica el tiempo de discapacidad dando como resultado que en mayor frecuencia tienen de 1 a 10 años y en una minoría tienen de 1 – 12 meses.

En el estudio se pudo encontrar a 2 personas de las 60 encuestados que tienen discapacidad visual menor a 1 año, en estas personas se comprobó que en su dificultad visual que está atravesando un proceso de adaptación, encontrándose en el dominio de las estrategias de afrontamiento: a nivel cognitivo con pensamientos pesimistas, a nivel conductual no afrontan la realidad que está aconteciendo, mientras que en el nivel emocional no mantiene equilibrio afectivo. Y en relación

con el resto de participantes se verificó que el tiempo de discapacidad si influye en el proceso de adaptación y afrontamiento en cuanto a las actividades diarias que realizan y las situaciones difíciles que afrontan cotidianamente. Este proceso de adaptación de supervivencia ha hecho que las personas no videntes lo lleven con naturalidad, al grado que se pudo observar que inclusive se hacen bromas de su propia discapacidad entre ellos.

**Tabla N° 1**

**Distribución de 60 personas de las Sociedades SONVA y CALEPCI en quienes se aplicó el Modelo Enfermero de Callista Roy, según el tiempo de discapacidad.**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
1-12 Meses	2	3,30%
1 a 10 Años	14	23,30%
11 a 20 Años	13	21,70%
21 a 30 Años	11	18,30%
Mayor a 30 años	7	11,70%
Desde el nacimiento	13	21,70%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personas no videntes de las Sociedades SONVA y CALEPCI.

**Elaborado por:** Autores

En la tabla 2 se analizó que cuando tiene situaciones difíciles con tal de salir de la crisis están dispuestos a modificar su vida radicalmente por lo que siempre están considerando mejor su situación actual, consideran que siempre el 50,00% y con el 11,70% indican que nunca.

**Tabla N° 2**

**Distribución de 60 personas de las Sociedades SONVA y CALEPCI en quienes se aplicó el Modelo Enfermero de Callista Roy, según la Afirmación: con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente.**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	11,70%
Rara vez	13	21,70%
Algunas veces	10	16,60%
Siempre	30	50,00%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personas no videntes de las Sociedades SONVA y CALEPCI.

**Elaborado por:** Autores.

En la tabla 3 se interpreta que debido a la misma condición de discapacidad que es una situación muy limitante por lo que actúan con lentitud, con el porcentaje del 33,3% dicen que rara vez y con el 16,7% manifiestan que nunca.

**Tabla N° 3**

**Distribución de 60 personas de las Sociedades SONVA y CALEPCI en quienes se aplicó el Modelo Enfermero de Callista Roy, según la Afirmación: parece que actuó con lentitud sin razón aparente.**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	16,70%
Rara vez	20	33,30%
Algunas veces	19	31,70%
Siempre	11	18,30%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personas no videntes de las Sociedades SONVA y CALEPCI

**Elaborado por:** Autores

En la tabla 4, se interpreta que experimentan cambios en la actividad física por lo cual la necesidad de mantenerse activos para evitar el sedentarismo, con un porcentaje del 50,00% considera que algunas veces y con el 10,00% manifiestan que nunca.

**Tabla N° 4**

**Distribución de 60 personas de las Sociedades SONVA y CALEPCI en quienes se aplicó el Modelo Enfermero de Callista Roy, según la Afirmación: experimento cambios en la actividad física.**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	10,00%
Rara vez	13	21,70%
Algunas veces	30	50,00%
Siempre	11	18,30%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personas no videntes de las Sociedades SONVA y CALEPCI

**Elaborado por:** Autores.

En la tabla 5, se describe que se sienten alertas y activos durante el día por lo que siempre evitan estar sedentarios, con un porcentaje del 81,70% consideran que siempre y con el 3,30% manifiestan que rara vez.

Tabla N° 5

**Distribución de 60 personas de las Sociedades SONVA y CALEPCI en quienes se aplicó el Modelo Enfermero de Callista Roy, según la Afirmación: me siento alerta y activo durante el día.**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	2	3,30%
Algunas veces	9	15,00%
Siempre	49	81,70%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Personas no videntes de las Sociedades SONVA y CALEPCI.

**Elaborado por:** Autores.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación era aplicar el Modelo Enfermero de Callista Roy a personas con discapacidad visual en su entorno familiar, en las Sociedades SONVA y CALEPCI, la tasa de participación fue del 100% de las personas no videntes que se acogieron al criterio de inclusión.

En este estudio se considera la discapacidad visual, desde su abordaje en la persona que tienen discapacidad visual, más no como enfermedad congénita o adquirida. Como asevera Morales en el año 2016 en su publicación realizada en Barranquilla- Colombia con el título: “Experimentando el crecimiento y desarrollo de mi hijo con discapacidad visual”, manifiesta que la discapacidad visual representa una carga para las familias, es un tema complejo que debe ser tratado desde equipos interdisciplinarios y para la enfermera constituye un desafío.

Con el enunciado anterior se pudo constatar que no siempre estas personas representan una carga para sus familias, en el dialogo mantenido durante las visitas domiciliarias se observó que los padres como primeros educadores han contribuido a que sus hijos sean responsables en su vida adulta, evidenciándose en los participantes de este estudio, que obtuvieron un nivel de instrucción superior de tercer y cuarto nivel, a pesar de sus limitaciones, siendo mérito el esfuerzo de sus padres y más aún de la persona no vidente. Como sostuvo la Organización Nacional de Ciegos Españoles (17).

La haciendo un reconocimiento a las familias de personas con discapacidad visual puesto que tiene un papel fundamental para conseguir la inclusión plena de estas en la sociedad, en relación con la presente investigación se pudo demostrar que la familia de las personas no videntes, han contribuido para conseguir su autonomía por lo tanto, se confirma que la familia cumple un papel importante en el apoyo para la rehabilitación de las personas con deficiencia visual, la actitud y el comportamiento de la familia tienen una alta incidencia en el éxito o fracaso de los programas dirigidos a personas no videntes .

Por lo antes expuesto para la enfermera si es un desafío y una gran oportunidad en cuanto al cuidado de las personas con discapacidad visual y su familia, por lo que deben buscar estrategias que vayan

encaminadas a identificar las necesidades, los recursos y fuentes de ayuda para estas familias y así lograr que adquieran destrezas que les permitan fortalecer el vínculo familiar y su independencia de los profesionales de la salud. Con lo antes mencionado, es fundamental que, en la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, incluya en sus sílabos un bloque temático sobre el cuidado integral de las personas con discapacidad en general. Para que sus estudiantes apliquen sus conocimientos en la atención tanto a domicilio como institucional a esta población prioritaria partió desde su experiencia laboral cuando ella trabaja como enfermera en el ámbito de pediatría. Roy observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicológicos. Le impactó su nivel de adaptación, hasta el punto de considerarlo como un marco conceptual adecuado para la enfermería. Como considera Farías et al, en el año 2013 en su estudio titulado “Modelo de adaptación de Roy: un análisis crítico”, manifiesta que el modelo propuesto por Roy contribuye a la base de conocimientos de la disciplina y tiene utilidad para la orientación de la práctica enfermera (9).

Por consiguiente, este estudio partió desde la necesidad social, académica y científica, para la aplicación de este modelo enfermero a las personas no videntes, por lo que en su vida cotidiana con mucha dificultad las personas con discapacidad visual tienen que afrontar y adaptarse a su entorno tanto familiar, social, laboral y recreativo, etc.

La aplicación del instrumento de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación elaborado por Roy a las personas con discapacidad visual, cuenta con validez y confiabilidad, como lo demuestra un estudio realizado por Sarmiento (9).

En el año 2013, publicó una investigación en Colombia titulado: “Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy (CAPS), versión modificada en español”, los resultados del estudio indican la buena validez de apariencia (95%), contenido (0.83) y confiabilidad (0.70). Esta herramienta nos permitió cuantificar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación a situaciones difíciles que las personas no videntes tienen que atravesar en su diario vivir, en cuanto a este estudio fue primordial obtener datos estadísticos que nos permitan diferenciar y discernir.

Por lo antes acotado, y en vista que el cuestionario aplicado a las personas con discapacidad visual, se considera que las preguntas formuladas sobre: la edad, género, tiempo, grado y discapacidad producida aporta significativamente en este estudio el cuál se detalla los hallazgos más relevantes:

La mayoría de personas no videntes están en edades de 40 a 60 años siendo hombres con mayor frecuencia. Por consiguiente, se puede manifestar que 56 personas de las 60 encuestados padecen de discapacidad visual muy grave y ceguera, mientras que en el tiempo con mayor frecuencia tienen de 1 a 10 años y en una minoría tienen de 1 – 12 meses. En el estudio se pudo encontrar a 2 personas de las 60 encuestados que tienen discapacidad visual menor a 1 año, en estas personas se comprobó su bajo nivel de afrontamiento y adaptación porque tienen pensamientos pesimistas, no afrontan la realidad que está aconteciendo mientras que en el nivel emocional no mantiene equilibrio afectivo. Y en relación con el resto de participantes se verificó que el tiempo de discapacidad si influye en el proceso de adaptación y afrontamiento en cuanto a las actividades diarias que realizan y las situaciones difíciles que afrontan cotidianamente. Este proceso de adaptación de supervivencia ha hecho que las personas no videntes lo lleven con naturalidad, al grado que se pudo observar que inclusive se hacen bromas de su propia discapacidad entre ellos.

En este proyecto investigativo pude participar y constatar en un juego de naipes en el que participaban cuatro personas ciegas en su totalidad, ellos adaptaron el naipé con el sistema Braille que les permite identificar las cartas, en dicho juego se evidenció la armonía entre ellos y entre risas se hacían bromas de su discapacidad uno de ellos manifestó: *“mira mis cartas a ver si me ganas”* mientras que el resto de participantes entre risas seguían jugando. En base de lo observado manifiesto que las personas con discapacidad visual a pesar de sus limitaciones han logrado adaptarse a su entorno recreativo. En relación con Méndez (16).

En el año 2016 con su estudio titulado. “Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual” concluyó que las personas con discapacidad visual tienen menor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, menor efectividad negativa y mayor efectividad positiva.

En relación a la discapacidad producida se pudo evidenciar con mayor porcentaje la adquirida, mientras que en menor porcentaje la discapacidad congénita. En esta investigación se considera que la pregunta formulada sobre la discapacidad producida aporta significativamente en este estudio, razón por la cual se puede identificar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación que tienen las personas no videntes. Ya que no es lo mismo hacer la encuesta a una persona que es ciega de nacimiento, que a una persona que adquirió la discapacidad visual en el transcurso de su vida por diferentes situaciones inesperadas.

En el primer caso mencionado anteriormente la persona se adaptó desde su nacimiento y fue paulatinamente logrando habilidades y destrezas que le permitieron ser autónomos en su entorno familiar y social. En el segundo caso la persona vivió y constató la realidad de las cosas como persona vidente por un tiempo definido, al momento que la persona adquirió la discapacidad visual, tuvo que adaptarse a nuevos cambios de vida partiendo desde sus experiencias vividas. El papel que cumple la familia y las sociedades de no videntes es muy relevante para lograr la rehabilitación e inclusión de estas personas en la comunidad. Por lo que se pudo comprobar los conceptos principales del Modelo de Roy.

Al finalizar con las encuestas realizadas a las personas no videntes se pidió a los participantes su opinión en cuanto al instrumento utilizado de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación elaborado por Roy, manifestaron en su mayoría que son preguntas que de cierto modo les ha hecho recordar sobre sus experiencias pasadas y como lograron continuar con sus vidas, partiendo desde la adaptación al cambio del estilo de vida y afrontando su discapacidad visual.

Como sostiene una investigación realizada en Brasil en el año 2015, por las autoras Ribeiro et al. Con el título “La autoimagen y la autoestima de las personas con trastornos de piel, una revisión integradora de la literatura basada en el Modelo de Callista Roy” en este estudio se evidenció que el grupo de personas con trastornos de piel buscan estrategias de aislamiento social, en comparación con las personas con discapacidad visual que se encuentran en el grado de alta capacidad debido a que ellos mantienen el apoyo familiar y social motivo por el cual son independientes y están en continua inclusión social evitando el aislamiento (18).

Según un estudio en el año 2011 titulado: “Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama” realizado en México con 22 mujeres, se realiza la comparación con la presente investigación que tiene por título “Modelo Enfermero de Callista Roy aplicado a personas con discapacidad visual en su entorno familiar” realizado a 60 personas no videntes tanto hombres como mujeres (19).

## CONCLUSIONES

Al finalizar con esta investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones cumpliendo con éxito los objetivos propuestos:

Previo a la información estadística de la población de estudio, se consideró pertinente abordarla y mediante la convivencia en las visitas domiciliarias realizadas a las personas no videntes de las Sociedades SONVA y CALEPCI, se determinó la factibilidad de la aplicación del Modelo Enfermero de Callista Roy, la misma que en su teoría de adaptación y con el debido sustento teórico-científico, refleja que en este gran sistema existen respuestas adaptativas, las cuales mueven todos los sistemas humanos, en términos de adaptación, esas respuestas producen crecimiento, desarrollo, destrezas y transformación de la persona, la misma se pudo constatar que las personas no videntes cumplen los conceptos principales del Modelo Enfermero de Roy.

La participación de las personas con discapacidad visual, siendo la variable independiente de estudio se obtuvo los siguientes datos específicos en cuanto a su colaboración: la mayoría de participantes son hombres, el grupo etario son adultos de 40 a 60 años, solteros, más de la mitad no tienen cargas familiares en mayor frecuencia tienen 1 hijo y en menor porcentaje tiene 3 hijos, su nivel de instrucción en su mayoría adquirieron secundaria completa y en menor frecuencia se dedican a la agricultura. Los datos más relevantes en este estudio y en su consecuencia para medir el grado de afrontamiento y adaptación que se encuentran las personas no videntes son: la discapacidad visual producida, el grado de discapacidad visual y el tiempo de discapacidad visual.

Por lo antes expuesto, de acuerdo a la discapacidad visual producida es adquirida en mayor frecuencia que la congénita, el grado de discapacidad visual casi en su totalidad de la muestra son personas con discapacidad muy grave y ceguera y con respecto al tiempo de discapacidad visual es menos frecuente las personas no videntes menor a 1 año.

La aplicación del Modelo Enfermero de Callista Roy, fue favorable y mediante la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación en las personas no videntes.

### Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Temas de Salud. Of Reg para las Am. 2016;1-2.
2. Educativa C, El D, Rolando J, Alvarez M. ACTIVIDADES ESCOLARES PRESENCIALES POR LA EMERGENCIA SANITARIA COVID-19 ministerio de educación.
3. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos Sobre La Ceguera Y La Discapacidad Visual. Who. 2015;1-2.
4. Song CE, Kim HY, So HS, Kim HK. Reliability and validity of the Korean version of the coping and adaptation processing scale-short-form in cancer patients. J Korean Acad Nurs. 2018;48(3):375-88.
5. Acepto NO, Forzados DELOSM, Espa EN. fundamentos de enfermería. 2020;(2012):1-2.

6. Macías-Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández-Gaytán SI, Martínez-López Y, López-Cervantes M. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud Publica Mex.* 2005;47(1):49–57.
7. Jorge orlando alarcon, jorge gaviria lievano fernando D. CULTURA DEL CUIDADO ENFERMERO.
8. Alonso E, Cabeza P, Gutiérrez G, Pérez A, Tomé P. Diseño y validación de un cuestionario de calidad de los cuidados de Enfermería del Trabajo en los Servicios de Prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo [revista en Internet]* 2013 [acceso 10 de noviembre de 2019]; 59(230): 26-49. 2013;59(230):26–49.
9. González PS, Giraldo JB, Carrascal GC. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy , versión modificada en español Construct validity of the Scale of Measurement of the Process of Coping and Adaption of Roy , Spanish modified version. 2020;1–7.
10. Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Rodríguez Cruz R, Sánchez Pérez Y. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2014;30(3):375–81.
11. Villanueva J. Not Found It looks like nothing was found at this location. Maybe try a search? Search .... 2015;2015.
12. Méndez Ulrich JL, Prats Basset L, Yagüe F, Sanz A. Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual TT - Perceived control, coping and psychological adjustment to visual disability. *Ansiedad y Estrés.* 2016;22(2–3):55–61.
13. Viana LCM. Experiencing growth and development of a visually impaired son. *Salud Uninorte.* 2016;32(1):65–72.
14. Salinas P, Cárdenas M, Cáceres A, Calderón C, Mayol A, Davidovics G, et al. Métodos de investigación social. *Perspectives on Politics.* 2009. 582 p.
15. López Mejías M, Jústiz Guerra M, Cuenca Díaz M. Métodos, procedimientos y estrategias para memorizar: reflexiones necesarias para la actividad de estudio eficiente. *Humanidades Médicas.* 2013;13(3):805–24.
16. Perez M. *Salud.* 2020;2020.
17. Serrano Cardona L, Muñoz Mata E. *Paraninfo Digital. Early Hum Dev.* 2013;83(1):1–11.
18. Britto Ribeiro de Jesus, P, dos Santos, I., & da Silva Brandão, E. (2015). A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. *Aquichan*, 15(1), 75-89.
19. Leyva-Pescador, Y., Solano-Arellano, G., Labrador-Ortega, L., Gallegos-Alvarado, M., & Ochoa-Estrada, M. C. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), 96-104.

## Capítulo 10

# “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 21 A 65 AÑOS”

Paulina Elizabeth Correa Morales<sup>1</sup>  
pecorream26@est.ucacue.edu.ec

Marcia Yolanda Cobos Alvarracín<sup>1,2</sup>  
mcobos@ucacue.edu.ec

Edison Gustavo Moyano Brito<sup>2</sup>  
emoyanob@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Introducción:** El nombre que se toma al procedimiento del Papanicolaou se debe al Dr. George Nicholas Papanicolaou y sus compañeros de estudio en el año 1940. La prueba puede detectar células pre-cancerígenas y cancerígenas en la vagina y a nivel del cuello uterino en la quien desarrollo del Papanicolaou. Se empleó la prueba del Papanicolaou a mujeres por la sociedad Americana del Cáncer de los Estados Unidos. En el mismo año índice de muertes en mujeres con cáncer cervical fue del 70%. En el año 1946 la Sociedad Americana del Cáncer estableció, se implementó la educación del Papanicolaou y en el mismo año se publica el artículo “Valor diagnóstico de las células exfoliativas de los tejidos cancerosos” y en 1947 se estableció el curso de citología, en el siguiente año se llevó a cabo la primera conferencia Nacional de Citología en Boston. **Objetivo:** Determinar los factores que influyen a la realización del Papanicolaou en mujeres entre las edades comprendidas de 21- 65 años de edad que acuden al Subcentro de Chiquintad. **Materiales y métodos:** Es un estudio de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo con un diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 100 mujeres de 21 a 65 años que acuden al Subcentro de Chiquintad, la técnica utilizada fue la entrevista estructurada y valida. **Resultados:** En el estudio encontramos que los factores para la no realización del Papanicolaou de las mujeres estudiadas fue 97.1% frente a un 2.9% de mujeres que se realizan el Papanicolaou. **Conclusiones:** Los factores que influyen a la no realización del Papanicolaou, como la edad, instrucción, ocupación y la falta de conocimiento sobre el tema, las ocupaciones influyen bastante para acudir a realizarse al Subcentro.

**Palabras claves:** Papanicolaou, factores sociodemográficos, cáncer de cérvix.

## ABSTRACT

**Records:** The name that takes to the procedure of the Papanicolaou owes to the Dr. George Nicholas Papanicolaou and its study partners in the year 1940. The test can detect pre-cancerigenic and cancerigenic cells in the vagina and at level of the uterine neck in who I develop of the Papanicolaou. The test was used from the Papanicolaou to women for the American society of the Cancer of the United States. In the same index year of deaths in women with cervical cancer was of 70%.

In the year 1946 the American Society of the Cancer settled down, the education of the Papanicolaou was implemented and in the same year the article diagnostic “Value of the exfoliative cells of the cancerous” fabrics is published and in 1947 the cytology course settled down, in the following year it was carried out the first National conference of Cytology in Boston. **Objectives:** To determine the factors that influence to the realization of the Papanicolaou in women among the understood ages of 21 - 65 years of age that you/they go to the Subcentro of Chiquintad. **Materials and Methods:** It is a study of quantitative focus of descriptive reach with a non experimental design of cross section, with an approximate universe of 100 women of 21 to 65 years that go to the Subcentro of Chiquintad, the utilized technique was the structured interview and been worth. **Results:** In the study we find that the factors for the non realization of the Papanicolaou of the studied women were 97.1% in front of 2.9% of women that the Papanicolaou is carried out, **Conclusions:** The factors that influence to the non realization of the Papanicolaou, as the age, instruction, occupation and the lack of knowledge on the topic, the occupation influences enough to go to be carried out to the Subcentro.

**Key words:** Papanicolaou, factors sociodemográficos, cérvix cancer.

## INTRODUCCIÓN

La prueba de Papanicolaou se llama así en honor al Dr. George Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer, también llamada citología de cérvix o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino, para conocer el estado funcional de las hormonas y para identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas (1).

Para lo cual se considera la importancia de este tema debido a que no se realizan el Papanicolaou en la comunidad de Chiquintad. Se analizarán los factores que influyen a la no realización del Papanicolaou en mujeres de las edades entre 21 a 65 de edad, que acuden al Subcentro de Salud de Chiquintad.

Dr. George Papanicolaou es considerado como el padre de la citología exfoliativa, impulso a la realización de detección de cáncer de la vagina, endometrio y trompas de Falopio, además fluidos como es la orina, esputo, líquido pleural, peritoneal, etc (2).

Desde de la época de 1950, utilizaban pruebas citológicas para diagnosticar las lesiones, en la década de los años ochenta buscaron mecanismos de carcinogénesis y se reconoció al VPH como el agente causal del cáncer cervico-uterino, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El desarrollo del mismo es lento comenzando por una lesión precancerosa que recibe el nombre de displasia. La causa más frecuente de los cánceres cervicales es el virus del papiloma humano. (VPH), el que se trasmite a través de las relaciones sexuales (3).

El Papanicolaou hoy en día es un procedimiento muy primordial para el sexo femenino para determinar algunas patologías como es el cáncer uterino mediante esta práctica del procedimiento del Papanicolaou.

En América Latina se estima que el índice y mortalidad del cáncer cérvico-uterino va aumentando, de acuerdo al número de mujeres mayores. Se calcula que las muertes para el 2010 y 2020 aumentarán 42.000 y 52.000 (2).

El Papanicolaou es un procedimiento que enfoca el ministerio de salud pública en Argentina nos refiere (CACU) cáncer del cuello uterino es el cáncer más diagnosticado, alrededor de cada año se diagnostican 3.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.600 mujeres a causa de esta patología (1).

Algunos estudios realizados han comprobado que el Virus Papiloma Humano (VPH) es una de las causas del cáncer cérvico-uterino. El cáncer cervicouterino se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres a partir de los 40 y 50 años de edad (3).

En el país de Brasil no se realizan el Papanicolaou debido a que las mujeres todavía presentan mitos, tabúes, creencias y actitudes en cuanto a la salud, de 169 mujeres por creencias que tienen no se realizan el 36% por vergüenza 55,6% y por el dolor que manifiestan es 20,7% (3).

El programa nacional de prevención del cáncer cervicouterino manifiesta la importancia del uso del Papanicolaou para la detección oportuna de enfermedades que se da en las mujeres que inician su vida sexual, como es la detección del cáncer del cuello uterino (4).

El virus denominado el papiloma humano, mucho antes que sea identificado el agente etiológico, se realizan algunos métodos como es la prueba llamada Papanicolaou y la colposcopia para poder identificar si presenta como puede ser el cáncer del cuello uterino (3).

El cáncer constituye una de las primeras causas de muerte prematura en el Ecuador, con una incidencia creciente. El cáncer de cuello uterino, a nivel mundial es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer y la mayoría de los casos están relacionados con la infección genital por el virus del papiloma humano VPH. Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos económicos (3).

El cáncer cervicouterino o cáncer del cuello del útero, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El desarrollo del mismo es lento comenzando por una lesión precancerosa que recibe el nombre de displasia. La causa más frecuente de los cánceres cervicales es el virus del papiloma humano. (VPH), el que se trasmite a través de las relaciones sexuales.

En el año 2012 fallecieron en el Ecuador 9709 personas por cáncer, de ellas 4255 en el grupo de edad de 30 a 69 años, siendo los más frecuentes en el sexo femenino, el cáncer de cuello uterino y el de mama (5).

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

La prueba de Papanicolaou se llama así en honor al Dr. George Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología de cérvix o citología vaginal, se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino, para conocer el estado funcional de las hormonas y para identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas.

Esta prueba es un examen citológico en el que se toman muestras de células epiteliales en la zona de transición del cuello uterino, en busca de anormalidades celulares que orienten a (y no que diagnostiquen) la presencia de una posible neoplasia de cuello uterino.

En 1917, George Nicholas Papanicolaou, médico griego nacido en Coumi, realizó investigaciones en la Universidad de Cornell de Nueva York. En 1925, Papanicolaou inicia el estudio de la citología hormonal, al descubrir las células naviculares en la gestante.

La aplicación de la citopatología se dio en el diagnóstico del cáncer y, en especial, del cáncer de cuello uterino; y el 11 de abril de 1928 el patólogo rumano Aurel Babes publica en La Presse Medicale un artículo titulado “Diagnóstico del cáncer de cuello uterino por frotis”, George Papanicolaou presentó su trabajo “New Cáncer Diagnosis”, que contenía sus observaciones de que las células cancerosas derivadas del cérvix uterino pueden ser observadas en un frotis vaginal. Este trabajo no fue bien recibido por la comunidad científica de entonces. Pese a la poca aceptación de sus primeros reportes, Papanicolaou continúa sus investigaciones, en colaboración con Herbert Traut y, en 1941, publica en

el American Journal of Obstetrics and Gynecology la identificación de células cancerosas del cuello uterino y del endometrio en extendidos vaginales de pacientes que no tenían sospecha de cáncer y, en 1943, publica su monografía “ Diagnóstico del cáncer uterino por el extendido vaginal”, que produjo gran impacto. Sus hallazgos fueron luego corroborados por numerosos investigadores, dándose el nombre de “Papanicolaou” a este examen (6).

La OMS, en 1977, publicó un folleto de orientación de los laboratorios de citología, en el cual se indica el valor del método de Papanicolaou; y A B Miller, en 1993, en documento publicado también por la OMS, señaló que en la lucha contra el cáncer cérvicouterino sólo se dispone actualmente de una estrategia probada, esto es, la detección citológica precoz con el tratamiento adecuado (7).

En América Latina se estima que el índice y mortalidad del cáncer cérvico-uterino va aumentando, de acuerdo al número de mujeres mayores. Se calcula que las muertes para el 2010 y 2020 aumentarían 42.000 y 52.000 (2).

El Papanicolaou es un procedimiento que enfoca el ministerio de salud pública en Argentina nos refiere (CACU) cáncer del cuello uterino es el cáncer más diagnosticado, alrededor de cada año se diagnostican 3.000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1.600 mujeres a causa de esta patología (1).

Algunos estudios realizados han comprobado que el Virus Papiloma Humano (VPH) es una de las causas del cáncer cérvico-uterino. El cáncer cervicouterino se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres a partir de los 40 y 50 años de edad (7).

En el país de Brasil no se realizan el Papanicolaou debido a que las mujeres todavía presentan mitos, tabúes, creencias y actitudes en cuanto a la salud, de 169 mujeres por creencias que tienen no se realizan el 36% por vergüenza 55,6% y por el dolor que manifiestan es 20,7% (1).

El programa nacional de prevención del cáncer cervicouterino manifiesta la importancia del uso del Papanicolaou para la detección oportuna de enfermedades que se da en las mujeres que inician su vida sexual, como es la detección del cáncer del cuello uterino (4).

El virus denominado el papiloma humano, mucho antes que sea identificado el agente etiológico, se realizan algunos métodos como es la prueba llamada Papanicolaou y la colposcopia para poder identificar si presenta como puede ser el cáncer del cuello uterino (3).

El cáncer constituye una de las primeras causas de muerte prematura en el Ecuador, con una incidencia creciente. El cáncer de cuello uterino, a nivel mundial es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer y la mayoría de los casos están relacionados con la infección genital por el virus del papiloma humano VPH. Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos económicos.

Los beneficios del test de Papanicolaou (Pap) en reducir la mortalidad de cáncer cervicouterino han sido bien documentados a nivel mundial y nacional. Sin embargo, aún persisten mujeres que no se realizan el Papanicolaou rutinariamente (8).

El nombre que se toma al procedimiento del Papanicolaou se debe al Dr. George Nicholas Papanicolaou y sus compañeros de estudio en el año 1940. La prueba puede detectar células pre-cancerígenas y cancerígenas en la vagina y a nivel del cuello uterino en la quien desarrollo del Papanicolaou. Se empleó la prueba del Papanicolaou a mujeres por la sociedad Americana del Cáncer de los Estados Unidos. En el mismo año índice de muertes en mujeres con cáncer cervical fue del 70% (9).

En el año 1946 la Sociedad Americana del Cáncer estableció, se implementó la educación del Papanicolaou y en el mismo año se publica el artículo “Valor diagnóstico de las células exfoliativas de los tejidos cancerosos” y en 1947 se estableció el curso de citología, en el siguiente año se llevó a cabo la primera conferencia Nacional de Citología en Boston.

Dr. George Papanicolaou es considerado como el padre de la citología exfoliativa, impulso a la realización de detección de cáncer de la vagina, endometrio y trompas de Falopio, además fluidos como es la orina, esputo, líquido pleural, peritoneal, etc.

Desde de la época de 1950, utilizaban pruebas citológicas para diagnosticar las lesiones, en la década de los años ochenta buscaron mecanismos de carcinogénesis y se reconoció al VPH como el agente causal del cáncer cérvico- uterino (3).

## **Metodología**

Es un estudio de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo con un diseño no experimental de corte transversal, con un universo aproximado de 100 mujeres de 21 a 65 años en el periodo marzo 2017 – agosto de 2017. Los resultados que se obtendrán serán mediante la entrevista estructural/encuesta, en el cual se incluirá las variables sociodemográficas y variables de estudio.

Los datos serán procesados en el programa estadístico SPSS 15.00 versión evaluación. Este estudio usara el método cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal.

La muestra para este estudio es de 100 pacientes femeninas en edad adulta, comprendidas entre 21 y 65 años, que acuden al Subcentro de Chiquintad, marzo – agosto 2017, excluyendo a las personas de sexo femenino que no desean participar en la encuesta y que no cumplan con la edad considerada en la investigación.

## **RESULTADOS**

De 100 mujeres que acuden al Subcentro de Chiquintad, el 6,9% (7 mujeres) corresponde a mujeres de 35 años, seguidas del 4,9% (5 mujeres) de 32 años y un 3,9% corresponde de 22,25,36,37,38,50 años de edad.

Del total de la muestra estudiada (100) de mujeres que acuden al SCS, según su estado civil, el 68% corresponde a mujeres casadas, le siguen en frecuencia las mujeres solteras con un 13,6% como se expresa en la tabla 1.

**Tabla N° 1**  
**Distribución por estado civil de las mujeres que acuden al Subcentro**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	Soltera	14	13,6%
	Casada	70	68,0%
	Union Libre	6	5,8%
	Divorciada	8	7,8%
	Viuda	2	1,9%
<b>TOTAL</b>		100	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Realizado por:** Autores

Del total de la muestra estudiada (100) de mujeres que acuden al SCS, según su ocupación que desempeña, tenemos el 28,2% (29) corresponde a mujeres agricultoras, le siguen en frecuencia 26,2% (27) son mujeres amas de casa, y el 25,2% (26) mujeres empleadas privadas (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Distribución de mujeres que acuden al Subcentro Chiquintad según la ocupación**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	Otro	2	1,9%
	Ama de Casa	27	26,2%
	Estudiante	4	3,9%
	Empleada Privada	26	25,2%
	Empleada Publica	12	11,7%
	Agricultora	29	28,2%
<b>TOTAL</b>		100	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Realizado por:** Autores

Del total de la muestra estudiada (100) de mujeres que acuden al SCS, se les encuesta sobre el número de gestas que ha tenido, y respondieron el 51,5% (53 mujeres) han tenido tres a cuatro gestas, y le sigue el 26,2% (27 mujeres) han tenido uno o dos gestas (tabla 3).

**Tabla N° 3**  
**Distribución de las mujeres que acuden al Subcentro Chiquintad según el número de gestas**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	Ninguno	7	6,8%
	1-2	27	26,2%
	3-4	53	51,5%
	5 O Mas	13	12,6%
<b>TOTAL</b>		100	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Realizado por:** Autores

Del total de la muestra estudiada (100) de mujeres que acuden al SCS, se les encuesta porque no se realizan el Papanicolaou, y respondieron el 22,3% (23 mujeres) respondieron por falta de tiempo, el 20,4% (21 mujeres) por dolor, y 18,4% (19 mujeres) por vergüenza no acude a realizarse el Papanicolaou (tabla 4).

**Tabla N° 4**  
**Razones por las cuales las mujeres que acuden al Subcentro Chiquintad no se realizan el Papanicolau**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	Dolor	21	20,4%
	Temor	7	6,8%
	Vergüenza	19	18,4%
	No es de su interes	2	1,9%
	Medico masculino	8	7,8%
	Creencias y costumbres	11	10,7%
	Falta de tiempo	23	22,3%
	Esposo no lo permite	9	8,7%
<b>TOTAL</b>		100	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de dato

**Realizado por:** Autores

Del total de la muestra estudiada (100) de mujeres que acuden al SCS, el 73% de mujeres no se han realizado el Papanicolaou, y el 27% si han realizado el Papanicolaou. El 16% de las mujeres no se realizan el Papanicolaou por falta de tiempo, le sigue el 15% que no se realizan por dolor, 14% por vergüenza (tabla 5).

**Tabla N° 5**  
**Razones por las cuales las mujeres que se han realizado el Papanicolau no se realizan periódicamente.**

<b>Tabla cruzada</b>				
		<b>ACTUALMENTE SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU</b>		<b>TOTAL</b>
		SI	NO	
<b>Motivos por los que no se realizan el Papanicolaou</b>	Dolor	6%	15%	21%
	Temor	0%	7%	7%
	Vergüenza	5%	14%	19%
	No es de su interés	2%	0%	2%
	Médico masculino	4%	4%	8%
	Creencias y costumbres	1%	10%	11%
	Falta de tiempo	7%	16%	23%
	Esposo no lo permite	2%	7%	9%
<b>TOTAL</b>		<b>27%</b>	<b>73%</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Realizado por:** Autores

Del total de la muestra estudiada (100) de mujeres que acuden al SCS, el 73% de mujeres no se han realizado el Papanicolaou, y el 27% si han realizado el Papanicolaou, el 29% no sabe que se necesita para realizarse el Pap, y el 11% si sabe que es necesario para realizarse el Papanicolaou (tabla 6).

**Tabla N° 6.**  
**Distribución de mujeres que se han realizado el Papanicolaou y el requerimiento para realizarse el Papanicolaou.**

<b>Tabla cruzada</b>				
		<b>ACTUALMENTE SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU</b>		<b>TOTAL</b>
		SI	NO	
<b>Requerimientos para el Papanicolaou</b>	No menstruación	11%	16%	27%
	Duchas vaginales	7%	24%	31%
	Ovulos vaginales	1%	4%	5%
	No sabe	8%	29%	37%
<b>TOTAL</b>		<b>27%</b>	<b>73%</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Realizado por:** Autores

## DISCUSIÓN

El Papanicolaou en algunos países de entidades públicas de salud es totalmente gratis y sin embargo las mujeres no lo utilizan, por la falta de promoción de este examen los esfuerzos para reducir la mortalidad de cáncer de cuello uterino no han sido lo suficientemente efectivos para la población femenina en países de desarrollo, el conocimiento y práctica de la prueba de Papanicolaou no son utilizados correctamente por la población se observa en el presente trabajo de investigación la necesidad de desarrollar una propuesta para desarrollar un programa de promoción del examen de Papanicolaou de acuerdo a los problemas que presenta la población según la investigación realizada y los análisis desarrollados en la misma (10).

Estudios realizados en Colombia por Christian Adrián López-Castillo, en su gran mayoría el 68% desconocen sobre que es el Papanicolaou, siendo este un examen muy importante que debe realizarse toda mujer después de inicio de su vida sexual concluyendo así que estas mujeres, así como no conocen este examen refieren que no existe la suficiente promoción del examen de Papanicolaou mientras en nuestra investigación el 57% desconoce acerca sobre el Papanicolaou (11).

En estudios realizados en Cochabamba por Fernando Bazán, da a conocer la edad en que se realizaron el primer examen de Papanicolaou encontrándose con un problema en el que la mitad de nuestra población investigada no se ha realizado el examen de Papanicolaou siendo importante resaltar que dentro de las pautas recomiendan la mujer se hará su primera prueba de Papanicolaou tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales entre las edades 15 a 30 años de edad se da 22%, 30 a 40 años de edad se da el 17 %, 40 a 50 años de edad se da 11% y nunca el 50% mientras que en nuestra investigación determinamos que 48% no recuerda cuando se realizó por primera vez, seguido del 21% se encuentra la edad de 21 a 25 años (12).

Estudios realizados por Santos Silvia, nos da a conocer algunas de las razones para no realizarse el examen de Papanicolaou en donde muchas mujeres manifiestan que sea una mujer quien les tome la muestra, la razón más prevalente es el desconocimiento del tema y la vergüenza que les da la realización del mismo siendo necesario la intervención del personal de Salud para educar a la población femenina sobre la importancia de este examen, el 31% piensan que no es necesario, 31% desconocen del tema, 15% por vergüenza, en nuestra investigación nos refiere que el 22,3% no se realiza por falta de tiempo, el 20,4% por dolor no se realizan el Papanicolaou, el 18,4 por vergüenza a realizarse (13).

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se abordan los principales aspectos de la salud pública, desde una óptica de la Organización Mundial de la Salud, mismas que dan a conocer su importancia y sus beneficios dentro de la promoción de la salud dentro de la investigación se determinó la necesidad de seguir con ciertos métodos técnicas que ayudaron a establecer el desarrollo correcto de la investigación y de donde se obtuvieron varios datos e información.

Los principales factores que conllevan a las mujeres de 21 a 65 años de edad que no se realicen el Papanicolaou son la falta de tiempo, el dolor, vergüenza.

El predominio de los factores es el 22,3% por la falta de tiempo, 48,5% falta de conocimiento acerca del Papanicolaou.

El 73% no se realizan el Papanicolaou y el 23% si se realizan el Papanicolaou podemos concluir que la mayor parte de la muestra que se tomó de la investigación no se realiza el Papanicolaou.

El Papanicolaou en algunos países por medio de sus entidades públicas de salud es totalmente gratis sin embargo las mujeres no lo utilizan, por la falta de promoción de este examen los esfuerzos para reducir la mortalidad de cáncer de cuello uterino no han sido lo suficientemente efectivos para la población femenina en países de desarrollo, el conocimiento y práctica de la prueba de Papanicolaou no son utilizados correctamente por la población se observa en el presente trabajo de investigación la necesidad de desarrollar una propuesta para desarrollar un programa de promoción del examen de Papanicolaou de acuerdo a los problemas que presenta la población según la investigación realizada y los análisis desarrollados en la misma.

## **Bibliografía**

1. Hernán Cortés Yepes MD. PAPILOMAVIRUS Y CÁNCER DE CÉRVIX. 2003;
2. Lewis MJ. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organ Mund La Salud. 2004;1-40.
3. Herrera YA, Piña-Sánchez P, Historia D. Historia de la evolución de las pruebas de tamizaje en el cáncer cervicouterino. Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6):670-7.
4. Nacional EP, Pnpcc E, Test E, Pap E. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. 2020;11-3.
5. Claribel L, Rodríguez L, Provincial C, Matanzas DG. Policlínico Docente “ Ramón Martínez ”. Santa Marta . Varadero . 2009;31(1):9-11.
6. Romero N. Reseña histórica de la citopatología y los orígenes del Papanicolaou. An Fac Med . 2001;62(4):2-6.
7. Papilloma H, Negrín JGS. Virus del Papiloma humano.
8. Tirado-gómez LL, C M, Mohar-betancourt A, López-cervantes M, García-carrancá A. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. 2005;47(5).
9. Papanicolau GN. MAGEN DE LA MEDICINA. 2008;
10. Al S, Cáncer PDE, Auge C, Teresa M, Urrutia S, B LP, et al. Trabajos Originales ¿ POR QUÉ LAS MUJERES NO SE TOMAN EL PAPANICOLAU ?: BARRERAS PERCIBIDAS POR UN GRUPO DE MUJERES INGRE-. 2008;73(2):98-103.
11. López-Castillo, C. A., & Calderón, M. A. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Revista médica de Risaralda.
12. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. An la Fac Med. 2013;68(1):47.
13. Rabelo-Santos, S. H., Westin, M. C., & Montemor, E. B. (2006). Presence of 20% or more clue cells: an accurate criterion for the diagnosis of bacterial vaginosis in Papanicolaou cervical smears. Diagnostic cytopathology, 34(4), 272-276.

## Capítulo 11

# “HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LAS MUJERES INDÍGENAS GESTANTES”

Neira Jimena Lourde Susana<sup>1</sup>  
lsneiraj10@est.ucacue.edu.ec

Prissila Banesa Calderón Guaraca<sup>1,2</sup>  
pcalderong@ucacue.edu.ec

Nube Johanna Pacururu Avila<sup>1,2</sup>  
npacurucua@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Introducción:** Los hábitos alimenticios en una mujer embarazada pueden tener influencia en su salud y en el desarrollo embrionario - fetal del niño, ocasionando desnutrición y retraso en su crecimiento, exponiéndose a un riesgo nutricional. **Objetivo:** Determinar los hábitos alimenticios en las mujeres gestantes indígenas que acuden a Centro de Salud del Cantón Cañar, durante el periodo marzo - agosto del 2017. **Materiales y Métodos:** El diseño general del estudio es una investigación aplicada, tipo de estudio cuantitativo/descriptivo, se trabajó con una muestra de 52 mujeres; los métodos e instrumento para obtener la información fueron una encuesta, los métodos de procesamiento de la información fue mediante el sistema estadístico a través de un programa SPSS, statistics versión evaluada 15.00 se realizaron tablas de frecuencia cuadros estadísticos. **Resultados:** Se identificó que la edad promedio de las mujeres indígenas estuvo entre 31-34 años con el 55,8%, el 100,0% de mujeres son del área rural, en lo que respecta al consumo de comida chatarra, el 36,5% (19 mujeres) la consumen a diario, de acuerdo al consumo de grasas el 50,0% (26 mujeres) la consumen a diario, el 75,0% (39 mujeres) consumen azúcar blanca, el 63,5% (33 mujeres) tienen un ingreso menor a \$ 375, 00. Con respecto a los hábitos alimenticios el 34,6 % (18 mujeres) desconocen sobre cuáles son los tipos de alimentos que deben ser consumidos durante el embarazo, existe un nivel de conocimientos medio con respecto sobre las principales normas de higiene para preparar sus alimentos con el 51,9 % (27 mujeres), el 82,7 % (43 mujeres), tienen un nivel bajo de conocimientos sobre las cantidades necesarias de alimentos que debe consumir durante el embarazo, la frecuencia con que ingieren lo alimentos el 44,2% (23 mujeres) lo realizan menos de 3 veces al día. **Conclusiones:** Existieron factores económicos, nivel de conocimientos, hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de alimentos que intervinieron en la alimentación de las mujeres indígenas gestantes.

**Palabras claves:** Hábitos Alimenticios, Mujeres, Gestantes, Indígenas.

## ABSTRACT

**Background:** Eating habits in a pregnant woman can influence her health and embryo - fetal development, leading to malnutrition and delayed growth, exposing herself to a nutritional risk. **Objective:** to determine the eating habits of indigenous pregnant women who attend a health center in Cañar, during the period March - August, 2017. **Materials and Methods:** the general design of the study is an applied research, type of quantitative / descriptive study, we worked with a sample of 52 women; the methods and instrument to obtain the information were a survey and a questionnaire, methods of information processing was through the statistical system through an IBM program, SPSS, tables were made statistical tables frequency. **Results:** It was identified that the average age of indigenous women was between 31-34 years old with 55.8%, 100.0% of rural women, with regard to the consumption of junk food, 36.5% (19 women) consume it daily, according to the consumption of fats 50.0% (26 women) consume it daily, 75.0% (39 women) consume white sugar, 63.5% (33 women) have an income lower than \$ 365.00. With regard to eating habits, 34.6% (18 women) do not know about the types of foods that should be consumed during pregnancy, there is an average level of knowledge regarding about the main hygiene rules for preparing their food with 51.9% (27 women), 82.7% (43 women), have a low level of knowledge about the necessary amounts of food to be consumed during pregnancy , the frequency with which they eat food 44.2% (23 women) do it less than 3 times a day. **Conclusions:** There were economic, socio-cultural factors, knowledge level, eating habits and frequency of food consumption that intervened in the feeding of pregnant indigenous women.

**Key words:** Eating Habits, Women, Pregnant, Indigenous.

## INTRODUCCIÓN

Los hábitos alimenticios de las mujeres indígenas gestantes pueden ser influenciados por factores económicos debido al bajo nivel de ingresos de los hogares, el alza de precios de los productos, por la cultura debido a su compleja concepción basada en sus mitos, tabúes, preferencias alimentarias y restricciones ocasionado que las dietas no alcanzan a proporcionar la fuente suficiente nutrientes.

Además de que no poseen conocimientos adecuados sobre la manera correcta de utilizar los alimentos de la comunidad, durante este periodo tan importante para el desarrollo del niño.

También los factores psicológicos como las tradiciones en las mujeres gestantes indígenas entre ellas las costumbres y creencias las tienen tan arraigadas a su etnia, siendo así que su alimentación no ha variado manteniéndolas desde sus descendientes, siendo difícil cambiar su actitud en cuanto a su alimentación y los factores relacionados con la urbanización ya que la modernidad actual ha modificado las dietas diarias de los pobladores del área rural, en ocasiones en varios hogares se consumen productos procesados, menospreciando los productos que se cosechan en la tierra y que tienen más cantidad de nutrientes.

Todo lo mencionado anteriormente se refleja en lo realizado en el estudio de la revista Scielo descrita por los autores Magallanes, Aguirre y Ramfis (2010) donde explican que dentro de los factores culturales que influyen en los hábitos alimentarios, se distinguen las actitudes y creencias que tiene la población de Tzisco frente a los alimentos porque las prácticas alimentarias sufren transformaciones constantes de acuerdo con diversos factores como la accesibilidad, disponibilidad, intercambios informativos e, incluso, el prestigio social de los alimentos. Causando que las madres no ingieran proporciones adecuadas de nutrientes en sus dietas diarias (1).

Mientras que en la revista Redalyc Munares, Gómez y Abanto (2011) mencionan que, durante esta etapa, los aportes nutricionales deben cubrir, además de sus propias necesidades, las correspondientes al feto en desarrollo y las derivadas de la síntesis de nuevos tejidos. Una ingesta nutricional adecuada durante el embarazo permite potenciar la salud de la mujer y prevenir enfermedades gestacionales, y también la salud del niño, principalmente con el peso del recién nacido, la probabilidad de partos prematuros, la aparición de algunas malformaciones congénitas e inclusive con enfermedades crónicas en la vida adulta (1).

Estos autores explican que, durante la gestación, los riesgos de padecer enfermedades y desnutrición están condicionados por antecedentes de situación socioeconómica y cultural de las gestantes. Es en este marco donde se localizan los hábitos alimentarios, los cuales adquieren relevancia si se considera que están asociados a los aspectos antes mencionados, determinan la salud del niño y de la futura madre.

Por ello es que el embarazo es considerado, por diversos sistemas y tradiciones médicas, como una etapa de riesgo nutricional. Mencionando además que las madres gestantes indígenas pretenden alcanza mayor persistencia en el estilo de vida de su pueblo en particular estando representada por el patrón dietético, es decir, por la combinación compleja de alimentos basados en sus costumbres y creencias que dan forma a una dieta.

Siendo de suma importancia considerar que los hábitos alimenticios lleguen a articular las pautas de cómo las gestantes clasifican y seleccionan los alimentos que ingieren; por ello, se considera que los hábitos alimentarios son, en más de un sentido, medidas que la población ejecuta.

## DESARROLLO

### Marco teórico

Los hábitos alimenticios para una mujer embarazada pueden tener gran influencia en la salud de la madre, en los resultados del desarrollo embrionario - fetal y en el futuro desarrollo del niño (2).

La población de mujeres embarazadas corresponden a uno de los grupos que demanda atención prioritaria, ya que los problemas nutricionales y alimentarios que tienen la mayoría de estas mujeres a nivel mundial, afecta no solo en su aspecto fisiológico, sino la salud del niño que se está desarrollando, con un grave problema como es la desnutrición y retraso en su crecimiento por la causa que la futura madre puede exponerse a un riesgo nutricional, a causa de la carencia de hábitos alimenticios adecuados que ocasiona que su alimentación durante el embarazo sea incorrecta.

La OMS (2012) a nivel mundial muestra que existe un 30% (468 millones) de mujeres en edad fecunda tienen anemia por falta de hierro a causa de una dieta deficiente y a un 42% (56 millones) de mujeres embarazadas. El bajo peso del niño al nacer y el riesgo de muerte materna se asocian a la anemia materna. Además, expresa que las tasas de anemia no han disminuido en porcentajes significativos en los últimos veinte años (3).

A través del UNFPA (Fondo de Población de Naciones), Ecuador (2009) se ha demostrado que continúan existiendo brechas entre el acceso indígena y no indígena a los servicios es el carácter exclusivo de la política de salud. Frente a esta situación, las mujeres indígenas, especialmente las más jóvenes, que demandan su derecho a utilizar los servicios públicos de salud (4).

En el Cantón Cañar con una población de 59. 323 habitantes los cuales las tres cuartas son una población indígena en relación a la provincia, el 57% corresponde a la población femenina.

En el centro de salud área N° 2 de Cañar acuden un total de 52 mujeres embarazadas las cuales son indígenas por lo cual se decide realizar este estudio acerca de los factores asociados a los hábitos alimenticios en las mujeres gestantes.

Entre los factores que pueden estar asociados a los hábitos alimenticios pueden ser factores económicos debido al bajo nivel de ingresos de los hogares, el alza de precios de los productos, recalando además que varias amas de casa adquieren sus productos alimenticios basándose en el precio más que en el valor nutritivo del mismo, en los factores sociales se menciona que en la actualidad existen hábitos alimenticios que pertenecen a varios grupos sociales y a una conducta colectiva, a menudo se sirven alimentos y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo étnico al que pertenecen repercutiendo en su dieta diaria por la baja cantidad de nutrientes.

Uno de los factores más importantes que afectan la alimentación de las mujeres indígenas embarazadas es la cultura por su compleja concepción basada en sus mitos, tabúes, preferencias alimentarias y restricciones ocasionado que las dietas no alcanzan a proporcionar la fuente suficiente nutrientes para asegurar la salud del niño y de la futura madre. Por lo tanto, los aportes de energía ácido fólico, zinc, hierro, calcio, vitaminas como D, magnesio, B6 y E son deficientes.

Además de que las mujeres indígenas embarazadas no poseen conocimientos adecuados, sobre la manera correcta de utilizar los alimentos de la comunidad, durante este periodo tan importante para el desarrollo del niño, desconociendo cuál es una alimentación adecuada que deben tener en el

embarazo, por la razón que permanecen la mayoría de este periodo en sus hogares sin realizarse los chequeos médicos adecuados y no reciben las guías alimentarias realizadas por el Ministerio de Salud prefieren seguir con sus costumbres (4).

Los factores psicológicos como las tradiciones en las mujeres gestantes indígenas por la razón que sus costumbres y creencias las tienen tan arraigadas a su etnia, siendo así que su alimentación no ha variado y la mantienen desde sus descendientes, siendo difícil cambiar su actitud en cuanto a su alimentación. Esto se ha observado debido a las pocas mujeres que se realizan los chequeos prenatales se les ha entregado información sobre una correcta alimentación en el embarazo, pero ellas no las acogen porque prefieren regirse a sus costumbres, consumen alimentos sembrados en sus tierras y cosechas porque es las costumbres que han prevalecido a través del tiempo. Además, cabe mencionar que en la actualidad la mujer indígena se ha visto obligada a abandonar su hogar insertándose a la vida laboral porque muchas de ellas venden los productos que cosechan para subsistir.

También los factores religiosos intervienen en los hábitos alimenticios como por ejemplo algunas religiones impiden el consumo de carne de animales y cierto tipo de alimentos, existiendo limitantes en la ingesta de nutrientes, igualmente los factores relacionados con la urbanización ya que la modernidad actual ha modificado las dietas diarias de los pobladores del área rural, en ocasiones en varios hogares se consumen productos procesados, menospreciando los productos que se cosechan en la tierra y que tienen más cantidad de nutrientes.

Comprendiendo así que, sin una buena dieta equilibrada, el recién nacido tendrá alteraciones en sus proporciones corporales, como una pequeña circunferencia abdominal el aumento de la circunferencia de la cefálica en relación con la talla. La desnutrición en el último trimestre del embarazo puede afectar el crecimiento del hígado del niño y las opciones de alimentos adecuadas para el hígado, trayendo consecuencias en la regulación del colesterol y la coagulación de la sangre conduciendo a futuro a las enfermedades cardiovasculares.

Otro problema que causa una mala nutrición en el embarazo, es el nacimiento de un niño con bajo peso al nacer, el riesgo de iniciar una etapa de desnutrición, la cual se reflejara en edades adultas por medio de la adquisición de enfermedades que afecten salud, además de que la mala nutrición es una de las causas del bajo crecimiento fetal, la perdida de músculo esquelético y el nacimiento de un bebe con bajo peso.

Por esta razón que se determinara el nivel de conocimiento, los hábitos alimenticios en las mujeres indígenas en etapa de embarazo. Además, se analizará los tipos de alimentos que consumen las mujeres embarazadas ya que este sector es una zona netamente agrícola produciendo alimentos ricos en hierro como son espinacas, habas, acelgas, remolachas, en calcio como la leche de vaca y sus derivados como el queso, la mantequilla, en B9 o ácido fólico como una variedad de verduras de hojas secas entre otras.

Dentro del ámbito científico aportara datos verídicos para que sirvan como base para futuras investigaciones sobre el tema planteado. En el ámbito académico se demostrara que la labor de enfermería dentro del equipo de salud es ejecutar estrategias de atención primaria como es la promoción y prevención para trabajar oportunamente con los con la futuras madres, reforzar las conductas alimentarias positiva, es decir mejorar la consejería para tener como resultado una adecuada nutrición en el grupo poblacional de estudio, viendo la importancia de educar a la madre sobre los alimentos; con alto contenido en ácido fólico o B9, hierro, calcio para el desarrollo neurológico y somático del embrión y feto que garantizara la salud.

En el aspecto social mediante este análisis propuesto se conseguirá información necesaria para determinar la problemática y colaborar con la creación de un ambiente que estimule el desarrollo de las potencialidades en las madres con el fin de responder necesidades alimentarias en el periodo de embarazo que es una de las principales etapas para que el niño se desarrolle adecuadamente y prevenir problemas futuros.

## **Metodología**

Fue una investigación aplicada ya que buscó que los conocimientos y exclusivamente la práctica de la auto experimentación, sobre los hábitos alimenticios en las mujeres embarazadas indígenas, previniendo así complicaciones en la futura madre y la salud del niño.

El tipo de estudio fue cuantitativo/descriptivo, sobre el comportamiento de los hábitos alimenticios en las mujeres gestantes indígenas que acuden a centro de salud del Cantón Cañar, durante el periodo marzo - agosto del 2017.

En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 52 mujeres indígenas embarazadas que acuden al Centro de Salud del Cantón Cañar, durante el periodo mayo – septiembre del 2017, los métodos e instrumento para obtener la información fueron una encuesta, los métodos de procesamiento de la información fue mediante el sistema estadístico a través del programa SPSS, statistics versión evaluada 15.00 se realizaron tablas de frecuencia cuadros estadísticos

Como criterio de inclusión se consideró a mujeres indígenas embarazadas que acuden al centro de salud del Cantón Cañar, durante el periodo marzo – agosto 2017, Excluyendo que no se encuentren en periodo de gestación y mujeres indígenas embarazadas que no desee participar en la investigación.

## **RESULTADOS**

Como se muestra en la tabla 1 la mayoría de las mujeres gestantes indígenas se encontraban en el grupo de edad entre 31-34 años con el 55,8% (29 mujeres), observándose menor frecuencia en los grupos de edad de 25-30 con el 3,8% (2 mujeres).

Con respecto al estado civil la mayoría de las mujeres gestantes indígenas con el 38,5% (20 mujeres) son casadas, observándose menor frecuencia en unión libre con el 25,0% (13 mujeres).

En lo que se refiere a la procedencia el 100,0% de mujeres son del área rural. La mayoría de las mujeres gestantes indígenas su nivel de instrucción es de primaria con el 55,8% (29 mujeres), observándose menor frecuencia en las que no tienen ningún nivel de instrucción con el 1,9% (1 mujer).

En lo que concierne a la ocupación la mayoría de las mujeres gestantes indígenas el 57,7% (30 mujeres) realizan quehaceres domésticos, observándose menor frecuencia con el 5,8% (2 mujeres) que son artesanas.

Con respecto al trimestre de embarazo en el que se encuentran la mayoría de las mujeres gestantes indígenas se encontraban de 4-6 meses con el 69,2% (36 mujeres), observándose menor frecuencia de 7-9 meses con el 15,4% (8 mujeres).

En el peso antes de quedarse embarazada se identificó que la mayoría de las mujeres gestantes indígenas con el 53,8% (28 mujeres) se encontraban entre un peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9), observando un menor porcentaje del 9,6% (5 mujeres) con un sobrepeso (IMC mayor que 25).

Al preguntar sobre el peso actual de mujeres el mayor porcentaje con el 53,8 % (28 mujeres) tuvieron un peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9, observando que el menor porcentaje con el 25,0% (28 mujeres) se encontraban en un peso bajo (IMC menor que 18,5).

**Tabla N° 1**  
**Frecuencia de datos sociodemográficos en mujeres gestantes indígenas**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>Pregunta</b>	<b>Auto identificación Indígena</b>
<b>Edad</b>	
25-30	2 (3,8%)
31-34	29 (55,8%)
35-39	19 (36,5%)
40-45	2 (3,8%)
Mayor de 45 años	0 (0%)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>Estado civil</b>	
Soltera	19 (36,5%)
Casada	20 (38,5%)
Unión libre	13 (25,0%)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>Procedencia</b>	
Zona Rural	52 (100,0%)
Zona Urbana	0 (0%)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>Nivel de instrucción</b>	
Primaria	29 (55,8%)
Secundaria	20 (38,5%)
Superior	2 (3,8%)
Ninguna	1(1,9%)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>Ocupación</b>	
Estudiante	5 (9,6 %)

Comerciante	6 (11,5 %)
Artesana	3 (5,8 %)
Agricultora	8 (15,4 %)
Quehaceres domésticos	30 (57,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>¿Trimestre de embarazo?</b>	
0-3 meses	8 (15,4 %)
4-6 meses	36 (69,2 %)
7-9 meses	8 (15,4 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>¿Cuál era su peso antes de quedarse embarazada?</b>	
Peso bajo (IMC menor que 18,5)	19 (36,5 %)
Peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9)	28 (53,8%)
Sobrepeso (IMC mayor que 25)	5 (9,6 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>
<b>¿Cuál es su peso actual?</b>	
Peso bajo (IMC menor que 18,5)	13 (25,0 %)
Peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9)	28 (53,8 %)
Sobrepeso (IMC mayor que 25)	10 (19,2 %)
Obesidad (IMC mayor a 30)	1 (1,9 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres gestantes indígenas

**Elaborado por:** Autores

Con respecto al nivel de ingresos económicos como se muestra en la tabla 2 de acuerdo al nivel de ingresos económicos la mayoría de las mujeres gestantes indígenas con el 63,5% (33 mujeres), es menor a \$ 365, 00, observándose menor frecuencia con el 36,5% (19 mujeres) que sus ingresos son mayores a \$ 365, 00.

En lo que se refiere al adquirir los alimentos en primero que se fijan la mayoría de las mujeres gestantes indígenas con el 53,8% (38mujeres) es en el precio, observándose menor frecuencia con el 46,2% (24 mujeres) que se fijan en el valor nutricional.

Tabla N° 2

Frecuencia de nivel de ingresos económicos en mujeres gestantes indígenas

Pregunta	Auto identificación Indígena
<b>Nivel de ingresos económicos</b>	
Mayor a \$ 365, 00	19 (36,5 %)
Menor a \$ 365, 00	33 (63,5 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>¿Usted al adquirir sus alimentos en que se fija primero?</b>	
Precio	28 (53,8 %)
Valor nutricional	24 (46,2 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres gestantes indígenas

**Elaborado por:** Autores

En lo que se refiere al nivel de conocimientos como se muestra en la tabla 3 sobre si saben cuáles son los tipos de alimentos que deben ser consumidos durante el embarazo, la mayoría de las mujeres con el 50,0% (26 mujeres), tienen un nivel medio de conocimientos, observándose menor frecuencia con el 1,9% (1 mujer) que tiene un alto conocimiento.

En la pregunta sobre conocen sobre las principales normas de higiene para preparar sus alimentos la mayoría de mujeres con el 51,9 % (27 mujeres), tienen un nivel medio de conocimientos, observándose menor frecuencia con el 7,7% (4 mujeres) que tiene un bajo conocimiento.

En la pregunta sobre el nivel de conocimientos sobre las cantidades necesarias de alimentos que debe consumir durante el embarazo la mayoría de mujeres con el 82,7 % (43 mujeres), responden que no, observándose menor frecuencia con el 17,3% (9 mujeres) que responden que sí.

De acuerdo al criterio sobre si la alimentación que tienen las futuras madres es la correcta la mayoría de mujeres con el 76,9% (40 mujeres), responden que poco, observándose menor frecuencia con el 3,8% (2 mujeres) que no saben.

Con respecto a que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo la mayoría de mujeres con el 67,3% (35 mujeres), responden que sí, observándose menor frecuencia con el 11,5% (6 mujeres) que no saben.

**Tabla N° 3**  
**Frecuencia de factores nivel de conocimientos**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTOS</b>	
<b>Pregunta</b>	<b>Auto identificación Indígena</b>
<b>¿Sabe Usted cuales son los tipos de alimentos que deben ser consumidos durante el embarazo?</b>	
Alto	1 (1,9 %)
Medio	26 (50,0 %)
Bajo	18 (34,6 %)
Deficiente	7 (13,5 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>¿Conoce Usted sobre las principales normas de higiene para preparar sus alimentos?</b>	
Alto	4 (7,7 %)
Medio	17 (32,7 %)
Bajo	27 (51,9 %)
Deficiente	4 (7,7 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>¿Conoce las cantidades necesarias de alimentos que debe consumir durante el embarazo?</b>	
Si	0 (0 %)
No	43 (82,7 %)
No sabe /No contesta	9 (17,3 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>¿Cree que su alimentación es correcta?</b>	
Poco	40 (76,9 %)
Bastante/Podría mejorar	6 (11,5 %)
Mucho	4 (7,7 %)
No sabe/No contesta	2 (3,8 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>

<b>¿Cree que la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo?</b>	
Si	35 (67,3 %)
No	11 (21,2 %)
No sabe /No contesta	6 (11,5 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres gestantes indígenas

**Elaborado por:** Autores

En los hábitos alimenticios como se muestra en la tabla 4 sobre los tiempos de comidas y la frecuencia con que ingieren los alimentos, la mayoría de mujeres con el 44,2% (23 mujeres), lo hacen menos de 3 veces al día, observándose menor frecuencia con el 25,0% (13 mujeres) que lo hacen de 5-6 veces al día.

Con respecto a la frecuencia del consumo de líquidos, la mayoría de mujeres indígenas con el 44,2% (23 mujeres), lo hacen menos 1 o 2 veces al día, observándose menor frecuencia con el 7,7% (4 mujeres) que lo nunca lo hacen.

**Tabla N° 4**  
**Frecuencia de hábitos alimentarios en mujeres gestantes indígenas**

<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS</b>	
<b>Pregunta</b>	<b>Auto identificación Indígena</b>
<b>Tiempos de comida</b>	
<b>¿Con que frecuencia usted ingiere alimentos?</b>	
< 3 veces al día	23 (44,2 %)
3-4 veces al día	16 (30,8 %)
5-6 veces al día	13 (25,0 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>Frecuencia de consumo de líquidos</b>	
<b>¿Con que frecuencia usted consume líquidos?</b>	
3 veces al día	11 (21,2 %)
1 o 2 veces al día	14 (26,9 %)
Semanal	23 (44,2 %)
Nunca	4 (7,7 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres gestantes indígenas

**Elaborado por:** Autores

Con respecto a la frecuencia de consumo de los diferentes grupos alimenticios por las mujeres gestantes indígenas como se muestra en la tabla 5, en lo que se refiere al consumo de lácteos, el 73,1% (38 mujeres) consumen leche de vaca a diario y el porcentaje menor del 3,2% (8 mujeres) nunca lo hacen, el 90,4% (47).

mujeres) nunca consumen leche de cabra, mientras que el 5,8% (3 mujeres) lo hacen semanalmente, el 51,9% (27 mujeres) consumen leche procesada mensualmente y un porcentaje menor del 5,8% (3 mujeres) la consumen a diario. De acuerdo al consumo de cereales, el consumido con mayor frecuencia es el arroz, con el 57,7% (30 mujeres) siendo consumido a diario con el trigo, seguido por la cebada con el 28,8 % (15 mujeres) que la consumen semanalmente, continuando con el trigo con el 48,1 % (25 mujeres) que lo consumen mensualmente, mientras que el maíz lo consumen semanalmente 32,7% (17 mujeres), la quinua la consumen mensualmente con el 42,3 % (22 mujeres) y el amaranto mensualmente el 50,0 % (26 mujeres).

Según el consumo de carnes, la más consumida es la de res con el 51,9 % que lo hacen semanalmente, seguido por la de chanco con el 44,2 % (23 mujeres), la de borrego la consumen mensualmente con el 46,2% (24 mujeres), la de pollo la consumen a diario 53,8 % (28 mujeres), la trucha la consumen mensualmente con el 55,8 % (29 mujeres).

Según el consumo de frutas, las uvillas la consumen mensualmente el 40,4% (21 mujeres), las fresas las consumen mensualmente el 44,2 % (23 mujeres), el 55,8% (29 mujeres) consumen manzanas semanalmente y las peras el 53,8 % (28 mujeres) las consumen semanalmente.

Las leguminosas consumidas con mayor frecuencia son las habas con el 59,6 % (31 mujeres) que las consumen semanalmente, seguido por el choclo con el 59,6 % (31 mujeres) que las consumen semanalmente, la arveja mensualmente con el 59,6 % (31 mujeres) y el frejol con el 30,8 % (16 mujeres) lo consumen semanalmente.

Con respecto a los vegetales, la zanahoria la consumen semanalmente 57,7 % (30 mujeres), seguido por el brócoli con el 48,1 % (25 mujeres) mensualmente, la coliflor con el 51,9 % (27 mujeres) la consumen semanalmente, la espinaca la consumen mensualmente con el 42,3 % (22 mujeres) y la acelga con el 36,5 % (19 mujeres) la consumen mensualmente. En lo que respecta al consumo de comida chatarra, la mayoría de mujeres con el 36,5% (19 mujeres), la consumen a diario, observándose menor frecuencia con el 7,7% (4mujeres) que lo hacen mensualmente.

De acuerdo al consumo de grasas la mayoría de mujeres con el 50,0% (26 mujeres), la consumen a diario, observándose menor frecuencia con el 7,7% (4 mujeres) que lo hacen semanalmente

**Tabla N° 5**  
**Frecuencia de consumo de alimentos en mujeres gestantes indígenas**

<b>FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Auto identificación Indígena</b>				
	<b>Diario</b>	<b>Semanal</b>	<b>Mensual</b>	<b>Nunca</b>	<b>Total</b>
<b>LÁCTEOS</b>					
Leche de vaca	38 (73,1 %)	9 (17,3 %)	3 (5,8 %)	2 (3,8 %)	52 (100,0%)
Leche de cabra	0 (0%)	3 (5,8 %)	2 (3,8 %)	47(90,4 %)	52 (100,0%)
Leche procesada	3 (5,8 %)	9 (17,3 %)	27 (51,9 %)	13 (25,0 %)	52 (100,0%)
<b>CEREALES</b>					
Trigo	3 (9,6 %)	18 (34,6 %)	25 (48,1 %)	4 (7,7 %)	52 (100,0%)
Cebada	12 (23,1 %)	15 (28,8 %)	17 (32,7 %)	8 (15,4 %)	52 (100,0%)
Maíz	4 (7,7 %)	17 (32,7 %)	27 (51,9 %)	4 (7,7 %)	52 (100,0%)
Arroz	30 (57,7 %)	4 (7,7 %)	13 (25,0 %)	5 (9,6 %)	52 (100,0%)
Quinua	5 (9,6 %)	10 (36,5 %)	22 (42,3 %)	6 (11,5 %)	52 (100,0%)
Amaranto	1 (1,9 %)	6 (11,5 %)	26 (50,0 %)	19 (36,5 %)	52 (100,0%)
<b>CARNES</b>					
Chanco	2 (3,8 %)	18(34,6 %)	23 (44,2 %)	9 (17,3 %)	52 (100,0%)
Res	18 (34,6 %)	27 (51,9 %)	2 (3,8 %)	5 (9,6 %)	52 (100,0%)
Borrego	0 (0%)	17 (32,7%)	24 (46,2%)	21 (21,2%)	52 (100,0%)
Pollo	28 (53,8 %)	11 (21,2 %)	9 (17,3 %)	4 (7,7 %)	52 (100,0%)
Trucha	5 (9,6 %)	10 (19,2 %)	29 (55,8 %)	8 (15,4 %)	52 (100,0%)
<b>FRUTAS</b>					
Uvillas	7 (13,5 %)	6 (11,5 %)	21 (40,4 %)	18 (34,6 %)	52 (100,0%)
Fresas	2 (3,8 %)	19 (36,5 %)	23 (44,2 %)	8 (15,4 %)	52 (100,0%)
Manzanas	8 (15,4 %)	29 (55,8 %)	12 (23,1 %)	3 (5,8 %)	52 (100,0%)
Peras	7 (13,5 %)	28 (53,8 %)	16 (30,8 %)	1 (1,9 %)	52 (100,0%)
<b>LEGUMINOSAS</b>					
Habas	0 (0%)	31 (59,6 %)	17 (32,7 %)	4 (7,7 %)	52 (100,0%)
Choclo	4 (7,7 %)	31 (59,6 %)	15 (28,8 %)	2 (3,8 %)	52 (100,0%)
Arveja	0 (0%)	6 (11,5 %)	31 (59,6 %)	15 (28,8 %)	52 (100,0%)
Frejol	8 (15,4 %)	16 (30,8 %)	13 (25,0 %)	15 (28,8 %)	52 (100,0%)

<b>VEGETALES</b>					
Zanahorias	9 (17,3 %)	30 (57,7 %)	11 (21,2 %)	2 (3,8 %)	52 (100,0%)
Brócoli	0 (0%)	8 (15,4 %)	25 (48,1 %)	36 (36,5 %)	52 (100,0%)
Coliflor	7 (13,5 %)	27 (51,9 %)	12 (23,1 %)	6 (11,5 %)	52 (100,0%)
Espinaca	2 (3,8 %)	18 (34,6 %)	22 (42,3 %)	10 (19,2 %)	52 (100,0%)
Acelga	4 (7,7 %)	16 (30,8 %)	19 (36,5 %)	13 (25,0 %)	52 (100,0%)
<b>COMIDA CHATARRA</b>					
	19 (36,5%)	16 (30,8%)	4 (7,7 %)	13 (25,0%)	52 (100,0%)
<b>GRASAS</b>					
	26 (50,0 %)	4 (7,7 %)	15 (28,8 %)	7 (13,5 %)	52 (100,0%)

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres gestantes indígenas

**Elaborado por:** Autores

En el consumo del tipo de azúcar y vitaminas como se muestra en la tabla 6, la mayoría de mujeres con el 75,0% (39 mujeres), consumen azúcar blanca, observándose menor frecuencia con el 3,8% (13 mujeres) que consumen miel de caña.

De acuerdo al consumo de vitaminas la mayoría de mujeres con el 94,2% (49 mujeres), si lo hacen, observándose menor frecuencia con el 5,8% (3 mujeres) que no consumen ninguna vitamina.

Con respecto al tipo de vitamina que consumen la mayoría de mujeres con el 38,5% (20 mujeres), consumen ácido fólico, observándose menor frecuencia con el 5,8% (3 mujeres) que no consumen ninguna vitamina.

**Tabla N° 6**  
**Frecuencia de consumo del tipo de azúcar y vitaminas en mujeres gestantes indígenas**

<b>CONSUMO DEL TIPO DE AZUCAR Y VITAMINAS</b>	
<b>Pregunta</b>	<b>Auto identificación Indígena</b>
<b>AZUCARES</b>	
Panela	5 (9,6 %)
Azúcar blanca	39 (75,0 %)
Miel de caña	2 (3,8 %)
Azúcar morena	6 (11,5 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>¿Ha tomado algún tipo de suplemento durante el embarazo?</b>	

Si	49 (94,2 %)
No	3 (5,8 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>
<b>¿En caso afirmativo, indique el tipo de suplemento vitalicio que consume?</b>	
Hierro	11 (21,2 %)
Calcio	3 (5,8 %)
Zinc	2 (3,8 %)
Ácido fólico	20 (38,5 %)
Polivitamínicos	12 (23,1 %)
Otros	1 (1,9 %)
No toma ninguna vitamina	3 (5,8 %)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100,0%)</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres gestantes indígenas

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

La mayoría de las mujeres gestantes indígenas se encuentran en el grupo de edad entre 31-34 años con el 55,8% (29 mujeres), con respecto al estado civil la el 38,5% (20 mujeres) son casadas, en lo que se refiere a la procedencia el 100,0% de mujeres son del área rural, en su nivel de instrucción es de primaria con el 55,8% (29 mujeres), en lo que concierne a la ocupación el 57,7% (30 mujeres) realizan quehaceres domésticos, con respecto al trimestre de embarazo en el que se encuentran en el segundo trimestre de embarazo con el 69,2% (36 mujeres).

Según Estrada 2010 en su investigación realizada en Ecuador en la ciudad de Riobamba, identificó que la edad promedio de las mujeres embarazadas fue de 25 años, con un límite entre 17 y 37 años, el 46% del grupo estudio son casadas, el 85% pertenecieron al área rural, la instrucción de las mujeres embarazadas presento en su mayoría 46% la primaria, fue más común que las mujeres embarazadas tenían como ocupación la agricultura 42%, y el 50% se encontraban en el tercer trimestre del periodo gestacional (5).

Con respecto a los datos encontrados en el estudio realizado hay una estrecha relación con los porcentajes del estado civil que son casadas, instrucción primaria y la edad de las gestantes con la investigación de Estrada.

De acuerdo al peso antes de quedarse embarazadas el 53,8% (28 mujeres) se encontraban entre un peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9) y un menor porcentaje del 9,6% (5 mujeres) con un sobrepeso (IMC mayor que 25).

Mientras que Cruz 2012 en su investigación realizada en Ciudad de La Habana, Cuba, menciona que el 67% de embarazadas presentaron un peso normal, el 33% presentaron sobrepeso (6).

Al comparar los resultados obtenidos y los del autor antes mencionado si existe en los dos estudios relación de mujeres con sobrepeso.

Con respecto al nivel de ingresos el 63,5% (33 mujeres) que sus ingresos son menores a \$ 365, 00, en lo que se refiere al adquirir los alimentos en lo primero que se fijan el 53,8% (38 mujeres) indica que es el precio y no en el valor nutricional.

Mientras que en la revista Scielo en un estudio realizado en Colombia por Saunero 2014 en se determinó que, en relación al nivel socioeconómico, 100% de los casos provenían de un nivel bajo, en el cual el 97% de gestantes preferían los productos por el precio mas no en el valor nutricional de los mismos y el 67% imitan las nuevas formas de dietas alimentarias provenientes de los medios de comunicación (7).

Constatando así que en la actualidad los medios de comunicación pueden influir en gran medida para que las costumbres alimentarias se vayan perdiendo y se adopten nuevos regímenes alimentarios basados en la modernidad.

En lo que se refiere al nivel de conocimientos sobre si saben cuáles son los tipos de alimentos que deben ser consumidos durante el embarazo, la mayoría de las mujeres con el 50,0% (26 mujeres), tienen un nivel medio de conocimientos, sobre conocen sobre las principales normas de higiene para preparar sus alimentos el 51,9 % (27 mujeres), tienen un nivel medio de conocimientos, en el nivel de conocimientos sobre las cantidades necesarias de alimentos que debe consumir durante el embarazo la mayoría de mujeres con el 82,7 % (43 mujeres), responden que no. De acuerdo al criterio sobre si la alimentación que tienen las futuras madres es la correcta la mayoría de mujeres con el 76,9% (40 mujeres), responden que poco.

En estudios similares se encontró el realizado por Valdez 2011 en México Jalisco en el que menciona que el 76% se ubicaron en la categoría de conocimientos media en conocimientos, el 45% tienen un nivel medio de conocimientos sobre las normas básicas de higiene para preparar sus alimentos, el 67% desconocen sobre la proporción alimenticias para cubrir los requerimientos nutricionales en la etapa de gestación y el 49% no saben si su alimentación diaria es la correcta (8).

Constatando que en los dos estudios existen concordancia con el nivel de conocimientos sobre la alimentación en el periodo de gestación, en base a las proporciones alimenticias y la forma de preparar los alimentos.

En los hábitos alimenticios sobre los tiempos de comidas y la frecuencia con que ingieren los alimentos, el 44,2% (23 mujeres), lo hacen menos de 3 veces al día, con respecto a la frecuencia del consumo de líquidos, el 44,2% (23 mujeres), lo hacen menos 1 o 2 veces al día.

De acuerdo a la opinión de Estrada 2010 en Ecuador en la ciudad de Riobamba su estudio sobre los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas, explica que el 70% tiene de 3 a 4 tiempos de comidas diarias y el consumo de bebidas - líquidos 82%, se lo consume diariamente lo realizan de 1 o 2 veces (5).

Identificando de esta manera que en el estudio realizado en el cantón Cañar existe menos frecuencia de tiempos de comidas diarias e ingesta de líquidos por parte de las mujeres gestantes.

Con respecto a la frecuencia de consumo de los diferentes grupos alimenticios por las mujeres gestantes indígenas en lo que se refiere al consumo de lácteos, el 73,1% (38 mujeres) consumen leche de vaca a diario y el porcentaje menor del 3,2% (8 mujeres) nunca lo hacen, el 90,4% (47 mujeres)

nunca consumen leche de cabra, mientras que el 5,8% (3 mujeres) lo hacen semanalmente, el 51,9% (27 mujeres) consumen leche procesada mensualmente y un porcentaje menor del 5,8% (3 mujeres) la consumen a diario.

De acuerdo a la opinión de Estrada 2010 en su estudio realizado en Ecuador en la ciudad de Riobamba, sobre los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas, el 56% consumen lácteos, leguminosas 72%, y frutas 68%, se consumen semanalmente, mientras que los cereales 94%, carnes 44% vegetales 94%, aceites - grasas 96%, azúcar - dulces 96%, y bebidas - líquidos 82%, se lo consume diariamente (5).

Comprobando así que en los dos estudios se identificó que prevalece el consumo de leche de vaca que la consume a diario.

De acuerdo al consumo de cereales, el consumido con mayor frecuencia es el arroz, con el 57,7% (30 mujeres) siendo consumido a diario con el trigo, seguido por la cebada con el 28,8 % (15 mujeres) que la consumen semanalmente, mientras que el maíz lo consumen semanalmente 32,7% (17 mujeres), la quinua la consumen mensualmente con el 42,3 % (22 mujeres) y el amaranto mensualmente el 50,0 % (26 mujeres). Según el consumo de carnes, la más consumida es la de res con el 51,9 % que lo hacen semanalmente, seguido por la de chancho con el 44,2 % (23 mujeres), la de borrego la consumen mensualmente con el 46,2% (24 mujeres), la de pollo la consumen a diario 53,8 % (28 mujeres), la trucha la consumen mensualmente con el 55,8 % (29 mujeres).

De acuerdo a Soto y Buestan 2015 de la ciudad de Cuenca en su estudio demuestran existió un 34% y 32% de exceso de consumo de cereales y tubérculos, y frutas respectivamente. Las verduras alcanzan un déficit de consumo del 99% de la población y 9 de cada 10 presenta déficit de consumo de lácteos y carnes. Existe un 30 y 35% de exceso de consumo de grasas y carbohidratos respectivamente (9).

Se constató que en el cantón Cañar la mayoría de mujeres gestantes consumen gran cantidad de cereales como el trigo, cebada, quinua, no siendo así en el estudio de Soto y Buestan que los consumen en exceso.

Según el consumo de frutas, las uvillas la consumen mensualmente el 40,4% (21 mujeres), las fresas las consumen mensualmente el 44,2 % (23 mujeres), el 55,8% (29 mujeres) consumen manzanas semanalmente y las peras el 53,8 % (28 mujeres) las consumen semanalmente. Las leguminosas consumidas con mayor frecuencia son las habas con el 59,6 % (31 mujeres) que las consumen semanalmente, seguido por el choclo con el 59,6 % (31 mujeres) que las consumen semanalmente, la arveja mensualmente con el 59,6 % (31 mujeres) y el frejol con el 30,8 % (16 mujeres) lo consumen semanalmente. Con respecto a los vegetales, zanahoria es consumida semanalmente 57,7 % (30 mujeres), seguido por el brócoli con el 48,1 % (25 mujeres) mensualmente, la coliflor con el 51,9 % (27 mujeres) la consumen semanalmente, la espinaca la consumen mensualmente con el 42,3 % (22 mujeres) y la acelga con el 36,5 % (19 mujeres) la consumen mensualmente.

Según Torres 2012 en su investigación realizada en Antioquia, Colombia, explica que más de 60% de las gestantes desconocía cómo debía ser su alimentación. 75% no identificó cuáles alimentos aportaban calcio, hierro y ácido fólico a la dieta. 74,6% consumía alimentos ricos en calcio por lo menos tres veces a la semana y 47,5% más de cinco veces. 90,5% nunca o rara vez consumía alimentos ricos en ácido fólico; no obstante, 87% consumía suplementos de micronutrientes. El bajo nivel educativo incrementó el riesgo de bajo consumo de: frutas y verduras (50%), alimentos fuentes de hierro (40%) como espinaca, brócoli, acelga y alimentos fuentes de calcio (20%) ( $p < 0,05$ ). Mientras que el 20% el riesgo de tener baja frecuencia de consumo de los alimentos mencionados ( $p < 0,05$ ) (27). Al comparar los estudios antes mencionados se identificó que no existe una frecuencia adecuada del consumo de frutas, leguminosas, vegetales, esto debido al bajo nivel educativo de las mujeres gestantes.

En lo que respecta al consumo de comida chatarra, el 36,5% (19 mujeres), la consumen a diario, de acuerdo al consumo de grasas el 50,0% (26 mujeres), la consumen a diario, el 75,0% (39 mujeres), consumen azúcar blanca, observándose menor frecuencia con el 3,8% (13 mujeres) que consumen miel de caña.

Un estudio similar realizado por Castiñeira y Pérez 2014 en Cuba demuestran que el 45% de mujeres en el embarazo consumieron comida chatarra de 3 a 4 veces a la semana, en el consumo de azúcares se identificó que ingieren diariamente dulces como pasteles y golosinas, para endulzar sus alimentos el 79% usan con mayor frecuencia el azúcar blanco (10).

Determinando que durante el embarazo existen riesgos del consumo de comida chatarra e ingesta de azúcar que puede ocasionar sobrepeso en las madres y un bajo peso en el niño al nacer.

De acuerdo al consumo de vitaminas el 94,2% (49 mujeres), si lo hacen, observándose menor frecuencia con el 5,8% (3 mujeres) que no consumen ninguna vitamina. Con respecto al tipo de vitamina que consumen el 38,5% (20 mujeres), consumen ácido fólico mientras que el 5,8% (3 mujeres) que no consumen ninguna vitamina.

Rodríguez 2013 en su estudio realizado en Cuba identificó que las mujeres embarazadas mostraron mayores porcentajes de ingestión deficiente, la tiamina (84 %), la piridoxina (80,1 %), el niacina (80,1 %) y el ácido fólico (93 %). Sólo el 44,9 % de las embarazadas se suplementaban con multivitaminas, además de las indicadas por el programa MaternoInfantil (vitamina A, ácido fólico y vitamina C). El cálculo del aporte de Prenatal y Polivit a la embarazada mostró que con la suplementación se puede cubrir las recomendaciones de vitaminas del complejo B, vitamina A y C que se encuentran deficientes por la ingestión de alimentos, pero no se cubren las de vitamina E, que no se encuentra en ninguna de las formulaciones disponibles utilizadas (11).

Concluyendo que existen porcentajes de mujeres en ambos estudios que no ingieren adecuadamente las vitaminas necesarias en el periodo de gestación.

## **CONCLUSIONES:**

De acuerdo a los datos recolectados se identificó que las características sociodemográficas de las mujeres indígenas embarazadas, son que la mayoría de las mujeres gestantes indígenas se encuentran en el grupo de edad entre 31-34 de estado civil son casadas, de procedencia del área rural, su nivel de instrucción es de primaria, en lo que concierne a la ocupación realizan quehaceres domésticos, con respecto al trimestre de embarazo en el que se encuentran fue de 4-6 meses. De acuerdo al peso antes de quedarse embarazadas se encontraban entre un peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9) y un menor porcentaje con un sobrepeso (IMC mayor que 25) y al preguntar sobre el peso actual de mujeres tuvieron un peso normal (IMC entre 18,5 y 24,9) y el menor porcentaje se encontraban en un peso bajo (IMC menor que 18,5).

Al analizar el nivel de conocimientos sobre la correcta alimentación y hábitos nutricionales de las mujeres indígenas embarazadas se determinó que existe un escaso conocimiento sobre; los tipos de alimentos que deben ser consumidos durante el embarazo, las principales normas de higiene para preparar sus alimentos y las cantidades necesarias de alimentos que debe consumir durante el embarazo. Además, la mayoría de las madres desconocen sobre si su alimentación es correcta y no saben si la alimentación durante el embarazo puede repercutir en la salud del futuro hijo. Los alimentos que consumen con mayor frecuencia en las comunidades de Cañar fueron; lácteos (leche de vaca), cereales (trigo, cebada, arroz, quinua), carnes (borrego, pollo, res), frutas (uvillas, manzanas), leguminosas (habas, arveja, choclo), vegetales (brócoli, zanahorias), además existió mujeres que en lo que respecta al consumo de comida chatarra, el 36,5% (19 mujeres) la consumen a diario, de acuerdo

al consumo de grasas el 50,0% (26 mujeres) la consumen a diario, el 75,0% (39 mujeres) consumen azúcar blanca, observándose menor frecuencia con el 3,8% (13 mujeres) que consumen miel de caña y el 5,8% (3 mujeres) que 3 de ellas no consumen ninguna vitamina durante el embarazo. Además, existió un factor importante que fue el nivel de ingresos económicos de las gestantes, que no les permiten adquirir alimentos nutritivos indicándonos que el 63,5% (33 mujeres) tienen un ingreso menor a \$ 375, 00.

Se realizó la guía nutricional para educar a las madres indígenas sobre el uso correcto de los alimentos que se produce en el Cantón Cañar, de la cual se obtuvo gran aceptación e interés por parte de las gestantes.

## **Bibliografía**

1. Munares O, Gómez G, Sánchez J. Estado Nutricional de Gestantes Atendidas. Serv salud del Minist Salud, Perú 2011 [Internet]. 2013;17(1):01–9. Available from: file:///C:/Users/DELL/Downloads/artículo\_redalyc\_203128542003.pdf
2. Darnton-hill I. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA) Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Recom la OMS sobre atención Prenat para una Exp Posit del embarazo -. 2016;24–6.
3. World Health Organization. 65a Asamblea Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Wha65/11. 2012;(mayo):57–72.
4. Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva \*. UNFPA, Ecuador [Internet]. 2008;(Iii):21. Available from: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
5. PANCHO DBE. Hábitos Alimentarios Y Factores Culturales En Mujeres Embarazadas Que Acuden A Consulta Externa Del Hospital Basico Dr. Eduardo Montenegro Del Canton Chillanes, Provincia De Bolivar, 2010. Hábitos Aliment Y Factores En Mujeres Embarazadas Cult [Internet]. 2010;93. Available from: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/1062/1/34T00193.pdf>
6. De La Caridad Cruz Almaguer C, Sánchez LC, Menes ML, González JD. Nutrición y embarazo: algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. Rev Habanera Ciencias Medicas. 2012;11(1):168–75.
7. Baradic. Scielo salud. 2020;2020. Available from: <https://aspace.org/paralisis-cerebral/tipos-de-paralisis-cerebral>
8. Figueroa V, Rodríguez A, Guadalupe M, Beltrán A, De C, Piraval C, et al. Atención prenatal: conocimientos, actitudes y cuidados alternativos en Jalisco. Investig en Salud. 2001;III(1):34–44.
9. Sabrina S, Buestan JVP. determination de la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al subcentro de salud del valle y sinincay. Cuenc, Año 2014. 2015; Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22549/1/TESIS.pdf>
10. Oms. Scielo Meta. 2020;1727897. Available from: <https://aspace.org/paralisis-cerebral/tipos-de-paralisis-cerebral>
11. isela Pita Rodríguez 1, Daimí Pineda, 2 Isabel Martín, 3 Pedro Monterrey Gutiérrez 4 Graciela Serrano Sintés 5 y, Consuelo. INGESTA DE MACRONUTRIENTES Y VITAMINAS EN EMBARAZADAS DURANTE UN AÑO. 2003;

## Capítulo 12

# “MANEJO, CUMPLIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LOS BIOLÓGICOS POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA”

Andrea Lorena Mora Jarrin<sup>1</sup>  
almoraj17@est.ucacue.edu.ec

Silvia Esperanza Lozano Suquilanda<sup>1</sup>  
selozanos02@est.ucacue.edu.ec

Mariana Alexandra Martínez Ortiz<sup>2</sup>  
mmartinezo@ucacue.edu.ec

Johnny Fabián Vizuela Carpio<sup>2</sup>  
jvizuela@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** El manejo y la conservación de las vacunas destinadas para generar inmunidad contra enfermedades a la población, depende del cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en la “Cadena de frío”. Sin embargo, aún existen falencias en el manejo de los biológicos, por falta de conocimientos en cuanto a la importancia del registro de la temperatura de los frigoríficos, por lo cual la cadena de frío podría romperse afectando a las vacunas y estas perder su capacidad inmunitaria. **Objetivo:** Evaluar el manejo, cumplimiento y conservación de biológicos por parte del personal de enfermería en el servicio de vacunación de los Establecimientos de Salud del Distrito 01D01 de la ciudad de Cuenca en el periodo Mayo – Octubre 2018. **Material y métodos:** El presente trabajo investigativo, fue de campo, cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La información se obtuvo mediante una ficha técnica observacional que se aplicó a los 21 Establecimientos de Salud pertenecientes al Distrito 01D01 de la ciudad de Cuenca, lo cuales fueron procesados a través del sistema estadístico del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24. **Resultados:** Se determinó que un alto porcentaje los centros de salud cumplen con las normativas establecidas por la Organización Panamericana de la Salud en cuanto al manejo de la Cadena de Frío. Sin embargo aún existen falencias en cuanto a factores asociados a la temperatura. **Conclusiones:** Los elementos y procesos que conlleva la cadena de frío para la conservación de las vacunas son fundamentales a nivel mundial, por lo que este trabajo investigativo se basó en la recolección de información a través de una ficha técnica observacional, la misma que permitió comprobar que un mayor porcentaje de establecimientos de salud manejan correctamente la cadena de frío, sin embargo, aún existen ciertas falencias en algunos aspectos en cuanto al cumplimiento de políticas.

**Palabras claves:** CADENA DE FRÍO, VACUNAS, MANEJO, CUMPLIMIENTO, CONSERVACIÓN.

## ABSTRACT

**Background:** The management and the conservation of vaccines designed to generate immunity against disease in the population, depends on the observance of standards and protocols laid down in the “cold chain”. However there are still shortcomings in the management of the biological, by lack of knowledge regarding the importance of the registration of the temperature of the refrigerators. By which the cold chain may break affecting the vaccines and these lose their immune capacity. **Objective:** To evaluate the management, compliance and conservation of biological by part of the nursing staff in the service of vaccination of health facilities in the district 01D01 of the city of Cuenca in the period May - October 2018. **Material and methods:** this research work, was field, quantitative, descriptive and cross-sectional study. The information was obtained by a technical data sheet observational study that was applied to the 21 health facilities belonging to the District 01D01 of the city of Cuenca, which were processed through the statistical system of the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 24. **Results:** It was found that in a greater percentage of health centers meet the standards set by the Pan American Health Organization in regard to the handling of the cold chain. However there are still shortcomings in regard to factors associated with the temperature. **Conclusions:** The elements and processes involved in the cold chain for the conservation of vaccines are fundamental to the global level. By which this investigative work was based on the collection of information through a technical data sheet observational, the same that allowed us to check that the greatest percentage of health facilities handled correctly the cold chain, however, there are still certain shortcomings in some aspects in terms of implementation of policies.

**Key words:** COLD CHAIN, VACCINES, MANAGEMENT, COMPLIANCE, CONSERVATION.

## INTRODUCCIÓN

La enfermería es una profesión que nace a partir de la formación académica, centrada en el conocimiento científico, habilidades y destrezas especiales orientadas a brindar un servicio a la sociedad (1).

A partir de esta necesidad surge la “Enfermería en salud comunitaria” la misma que se encarga de la Atención Primaria en Salud (APS) enfocada a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de toda la población, con la finalidad de mejorar la salud, minimizar complicaciones, reducir la morbilidad y mortalidad, lo que provocara ganancias en la calidad de vida (2).

A nivel mundial países pertenecientes a la Antigua Unión Soviética, Europa: España, América del Norte: Estados Unidos, América Latina: Brasil y Ecuador, a través de investigaciones relacionadas a la conservación de las vacunas mediante la aplicación de normas y protocolos establecidos para la “Cadena de Frío” según la necesidad de cada país. Demostrando que el manejo de la misma es llevado en su mayoría acorde a los lineamientos determinados, sin embargo, aún se encuentran falencias que puedan impedir que los biológicos cumplan su función inmunitaria en su totalidad.

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones es un programa manejado netamente por los profesionales de enfermería competentes para asumir este cargo. El cual se encuentra orientado a la prevención de enfermedades a través de la inmunización activa proporcionada por las vacunas, las mismas que para cumplir su función protectora deben ser manejadas de acuerdo a las políticas establecidas en la “Cadena de Frío” en cuanto al almacenamiento, conservación y distribución de los biológicos.

Ortega Deduce que las posibles fallas en el manejo de la cadena de frío pueden ser causantes del brote de difteria, que ocasionó 262 casos en la población menor de 15 años en la Antigua Unión Soviética (2) (3).

## DESARROLLO

### Marco teórico

Una investigación en la ciudad de Madrid, en la que mencionó que el personal a cargo del servicio de vacunación recibe capacitaciones constantes sobre la manipulación de los biológicos, con énfasis en la termo sensibilidad de los mismos, sin embargo, se evidenció que en el 6.97% se encontró una temperatura inadecuada en las neveras de almacenamiento de biológicos (4).

Se Realizó un estudio en el departamento de salud de la comunidad de Valencia en la cual se evaluó 50 servicios de vacunación, los mismos que cuentan con 68 frigoríficos. Recoge información sobre los conocimientos del personal a cargo, infraestructura y el control de los biológicos, con lo cual obtuvo que el 76,7% eran equipos domésticos sin alarma de daño o corte eléctrico, el 83,9% mantenían una temperatura en un rango correcto, el 88,2% las vacunas se encontraban adecuadamente situadas, pero en el 75% el gráfico de la temperatura no se registraba diariamente, pese que 5 de cada 6 frigoríficos mantenían la temperatura correcta, se ve la necesidad de mejorar infraestructura y sistemas de alarma en casos de emergencia y la formación del personal que maneja la cadena de frío (5).

En la ciudad Lleida en el año 2015 realizó un estudio referente al mantenimiento de la cadena de frío, el cual muestra la presencia de alimentos y bebidas dentro de las neveras; además en más de la mitad de los centros de salud (54.2%) las vacunas se encontraban contra la pared de la misma, de tal manera estas acciones rompen los lineamientos de la cadena de frío (6).

Realizó una investigación centrada en la evaluación del rendimiento de 17 frigoríficos. En el cual el 59% de los refrigeradores tenía una temperatura superior al 8°C y el 53% por debajo de los 2°C, lo que determinó que las vacunas no fueron almacenadas de manera correcta para asegurar la viabilidad de la misma (7).

Mencionó que al realizar un estudio en el centro de salud Valdefierro sobre interrupciones en el suministro eléctrico, encuentra que el corte de energía ocasionó una pérdida significativa de vacunas, generando una pérdida económica. Por lo cual la importancia de poseer un generador de energía de arranque automático para minimizar pérdidas y gastos al estado.

Ortega Según la investigación realizada en California mencionó que el 36% de los encargados de la vacunación desconocían que la congelación podría inactivar las vacunas (2).

Moreno Presentó una investigación en la cual manifiesta la posible pérdida de efectividad de la vacuna antigripal realizada en el año 2017. Explicó que en Estados Unidos la cepa H1N1 demostró ser altamente termo sensible y con mayor grado de degeneración a temperaturas superiores a las recomendadas, por lo que se debe tomar en cuenta la fabricación de las vacunas para aplicar un correcto almacenamiento (8).

En el Ecuador durante el brote de influenza se registró un total de 1.280 pacientes diagnosticados con influenza de los cuales presentan AH1N1 el 89% de los casos 1.133, el 9.45% representa A (H3N2) con un número de casos 121; el 1.9% para influenza tipo B con un número de casos 24 y el 0.15% para influenza A no subtipificable con un número de casos (2). Del total de los casos 66 personas fallecieron, motivo por el cual se intensificó la campaña de vacunación a toda la población principalmente a grupos de riesgo (9).

La Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica notificó 19 casos de Sarampión de los cuales 1 caso de sexo femenino entre 15 a 19 años de edad, 173 casos de Parotiditis en edades de 20 a 49 años pertenecen a la provincia del Azuay, también se registró 387 casos de Varicela afectando a grupos de edad entre 5 a 9 años y 20 a 49 años, de igual forma se presentó 9 casos de Hepatitis B en edad de 20 a 49 años y 162 de Hepatitis A con mayor prevalencia en grupos de 5 a 9 años, asimismo 2 casos de Tosferina en edades de 0 a 11 meses, finalmente, se registró 4.280 casos de Neumonía siendo la población más afectada en un rango de edad de 1 a 4 años (9).

## **Metodología**

El presente trabajo investigativo, fue de campo, cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La información se obtuvo mediante una ficha técnica observacional que se aplicó a los 21 Establecimientos de Salud pertenecientes al Distrito 01D01 de la ciudad de Cuenca, lo cuales fueron procesados a través del sistema estadístico del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.

## **RESULTADOS**

A través de este estudio se pudo determinar que los Profesionales de Enfermería de los distintos Establecimientos de Salud que pertenecen al Distrito 01D01, el 45,5% se encuentra entre los 23 a 30 años, el 34,1% en un rango de edad entre los 31 a 40 años y el 20,5% entre los 41 a 60 años, esto nos indica que el Distrito de Salud 01D01 cuenta con un porcentaje alto de profesionales jóvenes (tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Rango de edad de los profesionales de enfermería pertenecientes al Distrito 01D01.**

<b>Rango de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
23 a 30 años	20	45,5%
31 a 40 años	15	34,1%
41 a 60 años	9	20,5%
TOTAL	44	100,0%

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las Investigadoras.

De acuerdo a las normas establecidas que rige el Ministerio de Salud Pública, los refrigeradores que almacenan las vacunas deben estar a 15cm de distancia de la pared para evitar el calentamiento o congelación de los biológicos. De acuerdo al estudio el 52,4% no cumplen con esta disposición, mientras que el 47,6% de los Establecimientos de Salud cumplen con lo establecido garantizando la cadena de frío (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Ubicación del refrigerador a 15 cm de la pared**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	10	47,6%
No	11	52,4%
TOTAL	21	100,0%

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las investigadoras

El refrigerador o congelador funcionará de manera eficiente si se encuentra ubicada sobre una base estable y nivelada para garantizar la posición horizontal de las vacunas, según lo establecen las políticas de cadena de frío. De acuerdo al gráfico el 90,5% de las Unidades de Salud se encuentra el refrigerador en una superficie nivelada, mientras que el 9,5% no cumplen con dicha disposición (3).

**Tabla N° 3**  
**Instalación del refrigerador en una superficie debidamente nivelada**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	19	90,5%
No	2	9,5%
TOTAL	21	100,0%

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las investigadoras.

Una medida fundamental para la conservación de los biológicos es colocar el frigorífico alejado de las ventanas o fuentes de calor ya que según la zona en la que encuentre ubicado la casa de salud, el factor ambiental puede desfavorecer al mantenimiento de la temperatura interna del frigorífico. Sin embargo, en la investigación realizada el 90,48% mantienen a las refrigeradoras alejados de las ventanas y fuentes de calor, pero el 9,52% se encuentran ubicadas frente a ventanas (tabla 4).

**Tabla N° 4**  
**Ubicación del refrigerador en la sombra y alejado de las ventanas y toda fuente de calor**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	19	90,5%
No	2	9,5%
TOTAL	21	100,0%

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las investigadoras.

Debemos tener en cuenta una de las precauciones establecidas dentro de las políticas de la Cadena de Frio, abrir la puerta en la mañana para registrar la temperatura y retirar la vacuna necesaria para la jornada laboral o la actividad extramural y en la tarde para verificar la temperatura nuevamente y guardar la vacuna. De acuerdo a este estudio se pudo verificar que se cumple al 100% con el registro de la temperatura (Tabla 5).

**Tabla N° 5**  
**Verificación durante la apertura y el cierre de los biológicos  
la temperatura entre +2 - +8 del frigorífico**

<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	21	100,0%
TOTAL	21	100,0%

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las investigadoras.

Realizar el correcto cierre de los termos de vacunas es importante ya que la temperatura interna se mantiene dentro de los rangos normales y tampoco se permite el paso de aire externo que pueda provocar un desequilibrio de la misma. Por lo que se evidencia que los profesionales que poseen de 1 a 3 años de experiencia lo realizan de forma correcta y (7) no, los de 4 a 5 años (2) cierran de manera correcta y (4) no lo realizan, de 6 a 10 años (2) cierran correctamente y (3) no y de 11 años de experiencia en adelante (11) realizan el cierre adecuado del termo y (3) no (tabla 6)

**Tabla N° 6**

**Tabla cruzada años de experiencia de los profesionales de enfermería pertenecientes al Distrito 01D01 y cierra correctamente el termo de vacunas.**

Años de experiencia	¿Cierra correctamente el termo de vacunas?		Total
	No	Si	
1 a 3 años	7	12	19
4 a 5 años	4	2	6
6 a 10 años	3	2	5
11 años en adelante	3	11	14
TOTAL	17	27	44

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las investigadoras.

La correcta clasificación de las vacunas entre virales y bacterianas, es fundamental para la conservación de las mismas, debido a que poseen diferentes características en cuanto a la termo sensibilidad. Debido a esto se evidencia que los profesionales con experiencia laboral de 1 a 3 años (7) clasifican de manera correcta y (12) en cambio no lo realizan, de 4 a 5 años (1) realiza correctamente y (5) no, de 6 a 10 años (2) clasifican correctamente las vacunas y (3) no lo hacen y los profesionales con 11 años de experiencia en adelante (11) clasifican los biológicos adecuadamente y (3) no lo hacen (tabla 7).

**Tabla N° 7**

**Tabla cruzada años de experiencia de los profesionales de enfermería pertenecientes al Distrito 01D01 y las vacunas se encuentran correctamente clasificadas.**

Años de experiencia	¿Las vacunas se encuentran correctamente clasificadas?		Total
	No	Si	
1 a 3 años	12	7	19
4 a 5 años	5	1	6
6 a 10 años	3	2	5
11 años en adelante	3	11	14
TOTAL	23	21	44

**Fuente:** Distrito 01D01

**Elaborado por:** Las investigadoras.

## DISCUSIÓN

La tasa de participación de los Establecimientos de Salud fue del 100, de los 66 responsables de los servicios de vacunación, 44 participaron en el estudio, obteniendo un porcentaje del 66,6%; de ellos 22 (33,4%) se acogieron a los criterios de exclusión(10).

El objetivo principal de este trabajo investigativo era la evaluación del manejo, cumplimiento y conservación de los biológicos por parte del profesional de enfermería en los servicios de vacunación, debido a que estos elementos y procesos son la base primordial de la “Cadena de Frío”. Los enfermeros/as deben conocer acerca de termo sensibilidad, almacenamiento, clasificación y distribución de los biológicos, con el fin de brindar seguridad durante la manipulación y garantizar la inmunidad (11).

De acuerdo a la variable sociodemográfica (género) los profesionales de enfermería del Distrito 01D01 de la ciudad de Cuenca en su mayoría pertenecen al género femenino con un 93,2% y solamente un 6,8% son de género masculino. En relación con el estudio de Ramírez titulado: “Cadena del frío de las vacunas y conocimientos de los profesionales: análisis de la situación en la Región Sanitaria de Lleida” demostró que de los 50 responsables de los centros de vacunación visitados el 82% son de género femenino y el 18% de género masculino. La enfermería desde su nacimiento ha estado muy ligada al género, al ser una actividad eminentemente femenina. Hablar de enfermería es hablar de mujer, además el término como tal enfermera, ha sido reconocido internacionalmente, sin embargo, en la actualidad este estereotipo está cambiando debido a la lucha por la igualdad de género(12).

La verificación de la temperatura de las refrigeradoras en los servicios de vacunación es fundamental para llevar un control dentro de los rangos establecidos  $+2^{\circ}\text{C}$  a  $+8^{\circ}\text{C}$ , para lograr una óptima conservación de los biológicos. En la investigación realizada se obtuvo de manera favorable el 100% de las casas de salud cumplen con este parámetro. En relación con el estudio de Caballero (13).

titulado: “Conocimiento y actitud hacia la inmunización en profesionales sanitarios de atención primaria” menciona que el 52% (60) centros de salud no verificaba la temperatura del frigorífico, ya que solo se dedican a sacar la vacuna a utilizar en la jornada laboral, lo cual pone en duda la confiabilidad de las vacunas almacenadas en los servicios de vacunación, si no se realiza el correcto control de la temperatura de los frigoríficos, es posible que no se esté inmunizando a la población, lo que generaría complicaciones y gastos mayores para el estado y para el paciente.

Al realizar la visita a los Centros de Salud se evidenció que el 100% no cuentan con un dispositivo de alarma para detectar fallas en el suministro eléctrico, por lo que es preocupante ya que según los protocolos de cadena de frío deben poseer este dispositivo, para solucionar los problemas de manera eficaz, con el fin de prevenir la pérdida de potencialidad inmunitaria de los biológicos. En relación con el estudio de Ramírez 3Dihu titulado: “Cadena del frío de las vacunas y conocimientos de los profesionales: análisis de la situación en la Región Sanitaria de Lleida” en el cual menciona que el 64% de las casas de salud no disponen de una alarma de avería o corte eléctrico. Demostrando que existe una estrecha relación en la carencia de este dispositivo de alarma (5).

Los servicios de vacunación deben contar con una hoja de registro diario de la temperatura de los frigoríficos que dispongan en la unidad de salud con el propósito de llevar un control mensual del rango de la temperatura en la apertura y cierre del refrigerador, por lo que se observó que el

100% de las casas de salud cumplen con esta medida. En comparación con el estudio de Tuells titulado: “El primer ensayo de campo sobre cadena de frío vacunal en España” demostró que el 100% de los centros visitados no cuenta con una hoja de registro para la temperatura, lo que nos hace ver que las vacunas pueden presentar alteraciones en su composición por la falta de control en la temperatura. El correcto etiquetaje de los diferentes tipos de vacunas es importante para una adecuada clasificación entre virales y bacterianas, a su vez evita confusiones al momento de la preparación de las vacunas, también nos ayuda a conocer el lote y la fecha de caducidad de las mismas. Por lo que en esta investigación se observó que el 19% no realizan este procedimiento en cada bandeja de vacunas. En relación al estudio de Ramírez (14).

titulado: “Cadena del frío de las vacunas y conocimientos de los profesionales: análisis de la situación en la Región Sanitaria de Lleida” muestra que el 61,7% centro de salud no cumplen con esta medida de almacenamiento. Por lo cual los profesionales de la salud, si no poseen los conocimientos adecuados podrían confundir las vacunas y administrarlas de manera incorrecta a la población, causando con esto complicaciones en la prevención de enfermedades.

El almacenamiento de los biológicos debe realizarse de forma adecuada y según el periodo de tiempo establecido de acuerdo a los niveles de la cadena de frío, con el propósito de evitar la caducidad de los biológicos. En la investigación realizada a los Centros de Salud, se observó que el 100% cumplen con el tiempo máximo de almacenamiento que es de 30 a 90 días y por ende no contaban con vacunas caducadas. En relación con el estudio de Tuells titulado: “ El frágil inicio de la cadena de frío vacunal en España”, en el cual menciona que el 28% casas de salud sobre pasaban el tiempo máximo establecido para el acopio de vacunas en los frigoríficos, provocando que el 24% de la vacuna contra la poliomielitis (OPV) presentaba características de dudosa confiabilidad, lo que demostró que las vacunas administradas a los infantes no podrían poseer su capacidad inmunitaria ocasionando que la patología se presente (1).

La colocación de los termómetros en las refrigeradoras del servicio de vacunas es fundamental para la marcación y la lectura de la temperatura interna de las mismas, con el propósito de verificar que las vacunas se encuentran dentro de los rangos establecidos para que puedan cumplir con su capacidad inmunológica. Con respecto a la investigación se pudo verificar que el 100% de los Establecimientos de Salud contaban con un termómetro dentro de la refrigeradora. En relación con el estudio de Roca (15).

titulado: “Estrategia para garantizar la efectividad vacunal en la Región Sanitaria de Girona”, el cual presenta que el 93,6% (43/49) del total de las neveras encontradas tenían un termómetro con la temperatura dentro de los rangos normales.

De acuerdo al cierre del termo de vacunas se comprobó que el 33,3% no realiza el adecuado cierre, permitiendo un desequilibrio de la temperatura interna. En relación con el estudio de Tuells titulado: “El primer ensayo de campo sobre cadena de frío vacunal en España” manifiesta que de los 49 centros visitados el 79% utilizan bolsas de plástico para cubrir las vacunas dentro de los termos, impidiendo el cierre hermético de este elemento fundamental en la conservación de los biológicos, lo que podría ocasionar daños en los compuestos de las vacunas por estar expuestas a temperaturas fuera de los rangos normales para su idónea conservación. De los 44 profesionales de enfermería,

27 profesionales a cargo del servicio de vacunación no mantenían la distancia establecida de 15cm de la pared del frigorífico, pero a pesar de esta falencia los frigoríficos mantenían los rangos de +2°C +8°C. En relación con el estudio de Ortega M titulado: “Vaccine storage cold chain at primary care centers in one area of Madrid”, encontraron que 11/43 profesionales no cumplían con dicha normativa, provocando que la temperatura de las neveras fuera de 1°C y +8,5°C. Lo que puede generar daños en los equipos de refrigeración por una inadecuada ventilación, lo que conlleva que las vacunas pierdan su termo estabilidad.

A través de la evaluación a los 44 profesionales de enfermería se demostró que 23 profesionales no realizan la clasificación correcta de las vacunas lo que podría afectar en su termo sensibilidad. En relación al estudio de Berlanga titulado: “Descripción del transporte y conservación de las vacunas de adquisición particular”, menciona que evaluaron a 111 profesionales de los cuales 94 enfermeras/os no tomaron en cuenta las normas de clasificación dentro de la cadena de frío para la conservación de las vacunas(14).

Por todo ello creemos necesario que los profesionales de enfermería asuman con mayor responsabilidad el servicio de vacunación, tomando en cuenta la importancia del manejo y conservación de los biológicos, ya que estos son los encargados de generar inmunidad a la población en general(15).

## CONCLUSIONES:

El trabajo investigativo realizado aportó significativos conocimientos y resultados por lo cual se llega a las siguientes conclusiones:

A revisar varios artículos científicos podemos decir que los elementos y procesos que conlleva la cadena de frío en esencial a nivel mundial, sin embargo, estos demuestran falencias en cuanto al manejo de la temperatura de los frigoríficos, almacenamiento y conservación de las vacunas. Por lo tanto, si estos criterios no son corregidos a tiempo podrían afectar a la prevención de enfermedades aumentando la morbilidad y mortalidad en los diferentes ciclos de vida del ser humano.

En base a nuestra investigación realizada a todos los establecimientos de salud a través de la aplicación de una ficha técnica observacional a los servicios de vacunación y de acuerdo a la hipótesis planteada se puede determinar que si cumplen en mayor porcentaje con las normas y protocolos en la Cadena de frío.

A través de la ficha técnica observacional se evidenció que existen varias falencias en el manejo de la cadena de frío, tanto por los profesionales de enfermería con pocos años de experiencia al igual que aquellos que cuentan con más de 11 años de experiencia laboral.

Tomando en cuenta que los equipos de refrigeración son el elemento principal de la cadena de frío, consideramos que estos equipos deben poseer características propias para el almacenamiento y conservación de las vacunas, ya que en la mayor parte de los Centros de Salud cuentan con refrigeradoras de uso doméstico.

Uno de los problemas representativos fue el almacenamiento de medicamentos e insumos médicos conjuntamente con las vacunas, lo que provocaría alteraciones en el mecanismo de acción de cada uno de ellos.

Una de las normas establecidas para la conservación de los biológicos es mantener los frigoríficos a una distancia de 15cm de la pared para evitar un desequilibrio en la temperatura interna afectando la viabilidad de los biológicos. Sin embargo, más del 50% de los Establecimientos de Salud no cumplen con esta medida lo que puede ocasionar fallas en el sistema de funcionamiento de estos equipos.

Finalmente podemos concluir que los profesionales al involucrarse en este campo laboral, como la enfermería asumen un papel importante dentro del área comunitaria desempeñando el rol asistencial dentro del servicio de vacunación, con la finalidad de cumplir políticas de la Cadena de Frío, establecidas por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud que rige al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones es un programa dirigido a la población con el objetivo de prevenir enfermedades a través de la aplicación de vacunas generando inmunización activa a largo plazo, por esta razón los profesionales de enfermería deben garantizar estos procesos.

## Bibliografía

1. Tuells J. El frágil inicio de la cadena de frío vacunal en España. *Gac Sanit.* 2010;24(4):354–7.
2. Issn O, Esperón MT, Dandicourt C, Rodríguez A. *Revista Cubana de Medicina General Integral* Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. 2018;45(año 1992):1–11.
3. Paola ortega molina. [ Cadena de frío de almacenamiento de vacunas en centros de atención primaria de una zona de Madrid : mantener intacta la cadena y grado de conocimiento ]. 2020;12216173.
4. Barber-Hueso C, Rodríguez-Sánchez Ó, Cervera-Pérez I, Peiró S. La cadena de frío vacunal en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit.* 2009;23(2):139–43.
5. Ramírez R, Sanz AI, Bach P, Alseda M, Godoy P. Cadena del frío de las vacunas y conocimientos de los profesionales: Análisis de la situación en la Región Sanitaria de Lleida. *Vacunas.* 2016;17(1):11–7.
6. Ramírez R, Sanz AI, Bach P, Alseda M, Godoy P. Cadena del frío de las vacunas y conocimientos de los profesionales: análisis de la situación en la Región Sanitaria de Lleida. *Vacunas* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2018 May 9];17(1):11–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576988716000078?via%3Dihub>.
7. Larena Fernández I, Vara Callau M, Peña Blasco G, Atance Melendo E, Gay Gasanz B, Pérez-Aramendía MJB. Interrupción de la cadena de frío vacunal en un centro de atención primaria y su valoración económica. *Enferm Clin.* 2017;27(1):44–8.
8. Hepp J, Zapata R, Buckel E, Martínez J, Uribe M, Díaz JC, et al. ( Documento de consenso ) Vacunación frente a la gripe estacional en la infancia y la adolescencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) para la campaña antigripal 2016-2017. 2008;793–804.
9. Tambini G. Ministerio de Salud presentó foro sobre influenza estacional en la Universidad Central del Ecuador. 2020;9–11.
10. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R, Villacrés N, Henríquez R, Villacrés N, et al. Sistema de salud de Ecuador. 2011;53(1):177–87.
11. Conocimientos MYNDE. Cadena del frío para la conservación de las vacunas en los centros de atención primaria de un area de madrid: mantenimiento y nivel de conocimientos. 2002;333–46.
12. Arte C, Arte E, Electrónica R, En DEI, Arte C, Arte E, et al. TEORIZAR Y DIAGNOSTICAR EN ENFERMERÍA : 2017;53–61.
13. Tuells J, Caballero P, Montagud Penadés E, Piera Gomar JL, García Paramio MP, Monfort García M, et al. Conocimiento y actitud hacia la inmunización en profesionales sanitarios de atención primaria. *Vacunas.* 2009;10(3):78–84.
14. Berlanga-Fernández S, González-López N, Mestres-Oller R, Cujó-López E, Burrell-Riu N, Fabrellas Padrés N. Descripción del transporte y conservación de las vacunas de adquisición particular. *Enfermería Clínica.* 2011;21(2):99–103.
15. Danés Roca M, Camps Cura N, Terrades Cama J. Estrategia para garantizar la efectividad vacunal en la Región Sanitaria de Girona. *Vacunas.* 2002;3(2):60–5.



## Capítulo 13

# PRÁCTICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS.

María Mercedes Muyulema Pinguil<sup>1</sup>  
mmmuyulemap76@est.ucacue.edu.ec

Anita del Carmen Puente Arroyo<sup>1,2</sup>  
apunte@ucacue.edu.ec

Edison Gustavo Moyano Brito<sup>2</sup>  
emoyanob@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las prácticas de la medicina tradicional es usada en gran porcentaje a nivel mundial como terapias alternativas, el Ecuador es un país pluricultural por mantener sus creencias y tradiciones en la utilización de prácticas de la medicina tradicional, en la actualidad en la Comunidad de Chuichun las madres tienen por costumbre la utilización de prácticas medicinales en niños/as con problemas respiratorios **Objetivo:** Determinar prácticas de la medicina tradicional aplicada por las madres de niños menores de cinco años con problemas respiratorios en la Comunidad de Chuichun del Cantón el Tambo Marzo - Agosto 2017. **Metodología:** La metodología utilizada en esta investigación fue con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo de diseño no experimental de corte transversal. Para realizar la investigación se aplicó una encuesta validada dirigida a las madres que tengan niños/as menores de 5 años. Se trabajó con una población de 80 madres, los datos obtenidos están detallados mediante gráficos de barras, para el análisis preciso de cada uno de ellos se utilizó el programa SPSS. **Resultados:** El 76% de las madres emplean infusiones para el tratamiento de los problemas respiratorios en niños/as. En cuanto a los conocimientos sobre los problemas respiratorios el 100% de las madres identifican los primeros síntomas presentes en los niños. Los resultados obtenidos luego de realizar tratamiento con prácticas de la medicina tradicional el 79% madres refieren que es buena y el 13% consideran que son muy buenas. **Conclusión:** La mayoría de las madres encuestadas conocen sobre los problemas respiratorios e identifican los síntomas iniciales, realizan infusiones de plantas medicinales para mejorar la salud del niño.

**Palabras claves:** Problemas respiratorios, conocimiento, prácticas tradicionales.

## ABSTRACT

**Background:** The practices of traditional medicine is used in large percentage worldwide as alternative therapies, Ecuador is a multicultural country by maintaining its beliefs and traditions in the use of traditional medicine practices, currently in the Community of Chuichun mothers have the habit of using medicinal practices in children with respiratory problems. **Objective:** To determine practices of traditional medicine applied by mothers of children under five years of age with respiratory problems in the Chuichun Community of Canton El Tambo March - August 2017. **Methodology:** The methodology used in this research was with a quantitative approach of descriptive scope of non-experimental cross-sectional design. To carry out the research, a validated survey was applied to mothers with children under 5 years of age. We worked with a population of 80 mothers, the data obtained are detailed by bar graphs, for the accurate analysis of each of them was used the program SPSS. **Results:** The 76% of mothers use infusions for the treatment of respiratory problems in children. As for knowledge about respiratory problems, 100% of mothers identify the first symptoms present in children. The results obtained after treatment with traditional practices, 79% said mothers are good and 13% consider them very good. **Conclusion:** The majority of mothers surveyed knows about respiratory problems and identify the initial symptoms, make infusions of medicinal plants to improve the child's health

**Key words:** Respiratory problems, knowledge, traditional practices

## INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) conceptualiza a la medicina tradicional como prácticas, conocimientos y creencias sanitarias basadas en diferentes medicinas naturales aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (1).

Organización de las Naciones Unidas considera a la medicina tradicional como suma total de prácticas, habilidades, conocimientos basados en teorías, creencias y experiencias que son transmitidas de una generación a otra (1).

Las estrategias de la OMS sobre la medicina tradicional de 2014 al 2023 consisten en prestar apoyo a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud, a fin que aprovechen la posible contribución de la medicina tradicional a la salud y también promueve la utilización segura y eficaz a través de las reglamentaciones e investigaciones (2).

Ecuador es un país pluricultural donde encontramos pueblos indígenas que posee propios métodos en el uso de las prácticas de la medicina tradicional y tienen una manera diferente y particular para tratar enfermedades (3).

La Organización Mundial de Salud considera que en América Latina los problemas respiratorios son la primera causa de mortalidad en niños/as menores de cinco años y la primera causa de hospitalización.

Las madres de la Comunidad de Chuichun tienen por costumbre realizar prácticas de la medicina tradicional con la finalidad de aliviar síntomas respiratorios presentes en sus hijos, no solo por costumbre, también por la facilidad de disponer de plantas medicinales al alcance de sus hogares.

Las prácticas de la medicina tradicional aplicadas por las madres de niños/as menores de cinco años con problemas respiratorios en la Comunidad de Chuichun.

## DESARROLLO

### Marco teórico

Souza en Brasil en el año 2009, realizó un estudio sobre los beneficios de las plantas medicinales en salud infantil, el cual tuvo como objetivo identificar los beneficios de las plantas medicinales en la salud del niño por los padres de la región Sur de Rio Grande Sul Brasil, una investigación de tipo cualitativo correspondiente a una muestra a 19 madres agricultoras de la área rural, la recolección de datos sobre plantas medicinales ocurrió entre Enero y Mayo de 2009, se realizó mediante encuestas semi estructuradas, observación sistémica de las plantas y registro fotográfico. Según los resultados obtenidos la forma de preparación de las plantas medicinales fue por infusión: que consistía en derramar agua hirviendo sobre las hojas de una planta medicinal y dejar por un tiempo determinado, en cuanto a la dosificación en niños era en dosis menor en comparación que los adultos. (4) (5).

En Cuba fue: Efectividad de la fitoterapia en pacientes con asma bronquial. En este estudio realizado se aplicó muchas especies de plantas medicinales con fines terapéuticos en pacientes portadores de

asma bronquial, método utilizado fue observacional descriptivo, longitudinal con la finalidad de determinar la efectividad de las plantas medicinales en un lugar llamada Amapola en el año 2009, la muestra estaba constituida de 62 pacientes asmáticos que asistían al consultorio médico del mismo lugar. Durante la investigación los pacientes fueron evaluados a los 3, 6, 9 y 12 meses para determinar si la enfermedad estaba controlada, durante este proceso los paciente no se realizaban otro tipo de tratamiento que no sea plantas medicinales. Como resultado que obtuvieron de la investigación fue, que el tratamiento utilizado era efectivo en el transcurso de 3 meses los pacientes ya no presentaban problemas asmáticos (6).

Campos realizó una investigación en Cuba en el año 2013 con el tema: Infecciones Respiratorias Agudas Pediátricas, conocimiento materno del Policlínico Universitario Asdrúel López Vásquez de Guantánamo período Enero – Diciembre 8 2013. El objetivo de estudio fue determinar los conocimientos que tienen las madres de lactantes acerca de las infecciones respiratorias agudas. El universo constituido por 217 madres de lactantes, los datos se obtuvieron mediante una encuesta estructurada por la autora y fue aplicada a 217 madres previo la firma del consentimiento informado. Las variables estudiadas fueron: conocimientos sobre factores de riesgo, infecciones respiratorias agudas, signos de alarma, vías de transmisión y prácticas realizadas en el hogar. Al determinar los conocimientos de las madres gran parte de la población desconocían las vías de transmisión, no identificaban correctamente los factores de riesgos y las prácticas utilizadas en el hogar fueron incorrectas (7).

En una población rural de Córdoba Argentina cuyo objetivo era describir el uso de la planta medicinal respecto al género y la edad. La información obtenida fue mediante 192 encuestas diseñadas para evaluar los conocimientos y la utilización efectiva de plantas medicinales, es común el uso de plantas para tratar una gran variedad de enfermedades, específicamente los problemas respiratorios como la tos, gripe y resfriados. La conclusión de esta investigación fue que las personas adultas tienen el mejor conocimiento de la diversidad de las plantas medicinales que las personas jóvenes (8).

En México en la zona de Chiapas por escaso hábitos higiénicos, marginación de la población e insuficiente atención médica hace que las infecciones respiratorias sean más prevalentes, se realizó una investigación. Las plantas empleadas para el tratamiento de las infecciones de vías respiratorias en los altos de Chiapas. Entre la población rural de México se estima el 60- 70% utilizan plantas medicinales para las infecciones respiratorias por el bajo costo y costumbres tradicionales, las afecciones más comunes de las vías respiratorias que predominan son faringitis, amigdalitis, rinitis alérgica, sinusitis y resfriado común. Parte de plantas utilizadas para el tratamiento son las hojas, la forma más usada es la infusión (9).

### **Metodología:**

La investigación es de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo con un diseño no experimental, prospectivo de corte transversal, se aplicó una encuesta a las madres que tengan niño/as menores de cinco años con la finalidad de obtener las informaciones planteadas en estudio, la muestra para este estudio es de 80 madres con niño/as menores de 5 años que residen en la población.

En el presente trabajo se incluyó a madres que tengan niños/as menores de 5 años, madres que pertenezcan a la comunidad de Chuichun y deseen, voluntariamente a participar de la investigación, excluyendo a Madres que no quieran participar en la investigación, Madres que no firmen el consentimiento informado, Madres con hijos mayores de 5 años y que no residan en dicha comunidad

## RESULTADOS

En la tabla 1 podemos observar que un 45% de las madres tienen un nivel de instrucción secundaria seguido a ello con el 30% de primaria y el 24% superior.

**Tabla N° 1**  
**Nivel de instrucción de la encuestada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	24	30,0	30,0	30,0
	Secundaria	36	45,0	45,0	75,0
	Superior	19	23,8	23,8	98,8
	Ninguna	1	1,2	1,2	100,0
	TOTAL	80	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

Respecto a la ocupación corresponde 62,50% a Quehaceres domésticos lo que las madres se dedican a sus hogares y a cuidado de sus niños debido a su costumbre, seguido por 22,50% de madres son estudiantes y el 1% se dedican a la agricultura (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**“Ocupación de la encuestada”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Quehaceres domésticos	50	62,5	62,5	62,5
	Estudiante	18	22,5	22,5	85,0
	Agricultora	1	1,2	1,3	86,3
	Empleada público	3	3,8	3,8	90,0
	Empleada privada	8	10,0	10,0	100,0
	TOTAL	80	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

La tabla 3 representa a número de hijos menores de 5 años que tiene la población estudiada, 91% corresponde a las madres que tienen un solo hijo, 8% dos hijos y el 1% tres hijos.

**Tabla N° 3**  
**Numero de niños menores de cinco años**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Uno	73	91,3	91,3	91,3
	Dos	6	7,5	7,5	98,8
	Tres	1	1,2	1,2	100,0
	TOTAL	80	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

La tabla 4 presenta representa que la población estudiada el 98,75% conocen lo que es la medicina tradicional, porque guardan costumbres y tradiciones de sus ancestros y el 1,25% de madres adolescente desconocen lo que es la medicina tradicional porque hacen el uso de la medicina convencional.

**Tabla N° 4**  
**Usted conoce sobre la medicina tradicional**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	78	97,3	97,5	97,5
	NO	2	2,5	2,5	100,0
	TOTAL	80	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

La tabla 5 muestra el tipo de remedio casero más utilizada para los problemas respiratorios en niños/as menores de cinco años es 76% infusiones calientes por la facilidad de realizar y tienen al alcance en sus huertos, 13% vaporizaciones, 10% de frotaciones y el 1% realiza otro tipo de remedio casero como jugo de naranja con miel de abeja.

**Tabla N° 5**  
**Distribución del remedio casero utilizado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Infusiones calientes	61	76,3	76,3	76,3
	Vaporizaciones	10	12,5	12,5	88,8
	Frotaciones	8	10,0	10,0	98,8
	Otros	1	1,2	1,2	100,0
	TOTAL	80	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

La tabla 6 indica que el tipo de planta medicinal más utilizada para realizar las infusiones es el 50% la borraja en especial las flores, por poseer propiedades antiinflamatorias y antitusígenas, 28,75% realizan infusiones de violeta que ayuda a expulsar las mucosidades y descongestionar las vías respiratorias, 17,5% utilizan eucalipto, 2,5% la oreja de burro y el 1,25% ha empleado manzanilla para los problemas respiratorios.

**Tabla N° 6**  
**Distribución del tipo de plantas medicinales utilizada para las infusiones**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Borraja	40	50,0	50,0	50,0
	Oreja de burro	2	2,5	2,5	52,5
	Violeta	23	28,8	28,8	81,3
	Eucalipto	14	17,5	17,5	98,8
	Manzanilla	1	1,2	1,2	100,0
	TOTAL	80	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

## DISCUSIÓN

Los problemas respiratorios son la primera causa de morbilidad en los niños menores de 5 años, por ello es común que muchas madres atienden a sus hijos en sus hogares con la medicina tradicional, sin tener conocimiento adecuado y oportuno para evitar que los síntomas se agraven (10).

El presente estudio realizado sobre prácticas aplicadas por las madres en niños/as menores de 5 años, los resultados arrojan que la mayoría de participantes utilizan infusiones calientes de borraja, violeta y manzanilla, también realizan vaporizaciones de eucalipto, coincidiendo en parte con el estudio realizado en Brasil sobre Creencia y prácticas de madres y personas cuidadoras a cargo de menores sobre las infecciones Respiratorias Agudas. Encontrando que las medidas terapéuticas usadas con mayor frecuencia es la administración de bebidas aromáticas de manzanilla, toronjil y eucalipto (11).

Sus resultados pueden ser diferentes a los obtenidos en mi investigación debido que las madres utilizan borraja y violeta en infusiones comparado con el estudio expuesto que usan manzanilla, toronjil y eucalipto como bebidas medicinales esto puede ser según el lugar donde viven, el clima y costumbre de cada persona(12).

Otra investigación realizada por Liliana Gutierrez en Perú en el año 2012 sobre las Creencias de las madres de los niños entre 2 a 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas, cuidados ante la fiebre en el niño, donde podemos evidenciar que usaron antipiréticos como paracetamol para bajar la fiebre, aplicaron medios físicos con pañitos de agua tibia y aligerando la ropa y hubo dos casos de las madres que han mencionado que disminuyen la fiebre con orina (13).

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con la investigación mencionada anteriormente el hecho que para disminuir la fiebre hacen las mismas actividades, la diferencia es que utilizan dos personas la orina (13).

## **CONCLUSIONES**

Se realizó una investigación en la comunidad de Chuichun con el objetivo: determinar prácticas de la medicina tradicional aplicada por las madres de niños/as menores de cinco años con problemas respiratorios el cuál se obtuvo las siguientes conclusiones:

Las prácticas de la medicina tradicional realizadas por madres se evidencian que un porcentaje considerable 76% emplean infusiones calientes, seguido por 13% de vaporizaciones y 10% de frotaciones, las actividades realizadas son basadas por costumbres, creencias y tradiciones que heredan de sus antepasados.

En cuanto a los conocimientos que tienen las madres sobre problemas respiratorias, los resultados arrojan que el 100% manifiestan que conocen sobre los problemas respiratorios e identifican los síntomas iniciales como la tos, odinofagia, rinorrea y la fiebre, lo cual permite detectar precozmente y tratarla adecuadamente.

Las utilizaciones de las prácticas de la medicina tradicional por parte de las madres han sido muy satisfactorias y dan buenos efectos una vez aplicado con sus hijos arrojando que el 78,75% que ha sido buena, mientras que el 12,50% han sido muy buena esto quiere decir que el uso de las plantas medicinales ha sido favorable en el tratamiento de problemas respiratorios en niños.

## Bibliografía

1. Leonor María Barranco Pedraza ILBH. Contribución Social de la Medicina Tradicional y Natural en la salud Pública Cubana. Scielo Humanidades Médicas. 2013 Sep; 13(3).
2. Salud OMDl. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023..Ginebra; 2013.
3. Sandra Haydée Hernández García MÁRAMTMLPAGMIPR. Tratamiento del asma bronquial en niños según la medicina Bioenergética y Natural. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2015 Marzo 05; 19(2).
4. Souza ACT,N,R,VC,AMM. Plantas Medicinales Utilizadas en la Salud Infantil. Enfermería Global. 2011 Oct 01; 24.
5. Margarita García Quiala1 GDP. Efectividad de la Fitoterapia en Pacientes con Asma Bronquial. Revista de Ciencias Medicas. 2012 Feb 02; 16.
6. Jeffers. DMC. Infecciones Respiratorias Agudas Pediátricas. Conocimiento Materno. Revista de Informacion Cientifica. 2015 Mar 02; 91(3).
7. Toledo A. Diversidad de usos, prácticas de recolección y diferencias según género y edad en el uso de plantas medicinales en Córdoba, Argentina. Redalcy.org. 2009 Sep 05; 8(5).
8. Ishihara AENSMI. Las Plantas Empleadas para el Tratamiento de las Infecciones Respiratorias en los Altos de Chiapas (México). Revista Etnobiología. 2010 Aug 10; 8(1).
9. Acharan ML. La medicina Natural al alcance de todos. Original ed. S.A.Irene, editor. Mexico; 2011.
10. Javier Mignone JBJO. Practicas Modelo en Salud Intercultural. Artículo Original. 2008 Oct 5.
11. Gladys OGHCA. Empleo de Plantas Medicinales en usuarios de dos Hospitales Referenciales de Cuzco. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 Aug 5; 30(1).
12. Perez C. Natursan. [Online].; 2008 [cited 2017 07 30. Available from: <https://www.natursan.net/4-remedios-naturales-para-el-resfriado/>.

## Capítulo 14

# **PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS CONVULSIONES FEBRILES EN MENORES DE 5 AÑOS, ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, JULIO 2016 – JULIO 2019**

Luzuriaga Erika<sup>1</sup>  
Prieto Carem<sup>2</sup>  
Paola Vélez<sup>3,4</sup>

1. Médico rural, Ministerio de Salud Pública, Ecuador
2. Carrera de Medicina-Matriz, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador
3. Hospital Homero Castanier, Azogues, Ecuador
4. Universidad del Azuay, Ecuador



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las crisis convulsivas en niños de 3 meses a 5 años son principalmente de origen febril, y no afectan el sistema nervioso es decir son benignas, se pueden clasificar en convulsiones febriles simples y complejas, las mismas que se diferencian por el tiempo de duración y por su frecuencia. Este tipo de patología representa hasta en un 5% de consultas pediátricas totales y entre el 2-5 % de los pacientes atendidos entre los 6 y 60 meses de vida en los Estados Unidos y en Europa, con una media de un año a un año y medio. **Objetivo:** Determinar prevalencia, características clínicas y epidemiológicas de las convulsiones febriles en menores de 5 años, en el Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca. **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal de diseño no experimental, para lo cual se realizó una recolección de datos con un formulario, el mismo que nos ayudó a filtrar los casos de crisis convulsivas febriles, posteriormente se analizó los datos y se elaboró la base digital utilizando el programa SPSS 22. **Resultados:** la prevalencia de convulsiones febriles fue de 3,5% desde Julio de 2016 a Julio 2019 en el área de emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga, con una mayor prevalencia en los niños, con una edad promedio de 22 meses, siendo principalmente de tipo convulsión simple tonicoclónicas.

**Palabras claves:** convulsiones febriles, fiebre, niños, prevalencia.

## ABSTRACT

**Background:** Seizures in children from 3 months to 5 years are mainly of febrile origin, the same ones that occur especially in pre-schoolers and that do not affect the nervous system, that is, they are benign, they can be classified as simple and complex febrile seizures. same that differ in duration and frequency. This type of pathology represents up to 5% of total pediatric appointments and between 2-5% of patients treated between 6 to 60 months of age in the United States and Europe, with an average of one year to one year and a half. **Objective:** To determine the prevalence, clinical and epidemiological characteristics of febrile seizures in children under 5 years of age, in José Carrasco Arteaga Hospital - Cuenca. **Methodology:** It is a quantitative, descriptive, cross-sectional study of non-experimental design, for which the data collection was carried out by a form, the same one that helped us to filter the cases of febrile seizures, then the data was analysed and the digital base was developed using the SPSS 22 program. **Results:** The prevalence of Febrile Seizures was 3.5% from July 2016 to July 2019 in the emergency area at José Carrasco Arteaga Hospital, with a higher prevalence in children, with an average age of 22 months, being mainly the simple tonic-clonic seizure type.

**Key words:** febrile seizures, fever, children, prevalence.

## INTRODUCCIÓN

Las convulsiones son movimientos inconscientes e involuntarios de los músculos, representa el 5% de las consultas pediátricas totales, en pediatría se les puede clasificar según su etiología y su edad, según su etiología por fiebre, patologías infecciosas del sistema nervioso, traumatismos craneoencefálicos, entre otros, y por su edad en neonatos, lactantes y niños, y adolescentes. Su causa principal es de origen febril, y no afectan al sistema nervioso (1) (2) (3)(4)(5).

Según National Institutes of Health, las convulsiones febriles (CF) se presentan del segundo trimestre a los 60 meses, principalmente por síndrome febril sin alteración cerebral (6). La International League Against Epilepsy refiere que las CF se presentan en los niños desde los 12 meses por alza térmica sin patologías del Sistema Nervioso Central (7). Las CF representa entre el 2-4% del total de las emergencias neurológicas en pediatría a nivel mundial, con una tasa de morbilidad del 4% (8).

Los pacientes de un año 6 meses tienen una mayor prevalencia de CF, con una media entre los 12 y 36 meses (9), se presenta más en niños con un rango de 1,6 a 1 y en personas de etnia negra(10). La temperatura en que se presenta es de 38°C a 39°C en un 75 %, y en menor porcentaje con 40°C (7), (11). El 24-40% de los pacientes tienen antecedentes familiares, hermanos con antecedentes un 10-20%, en gemelos idénticos un 56% de riesgo y en mellizos un 14%(8). En los antecedentes patológicos solo un 14% de los pacientes tuvieron antecedentes como sepsis (6), y la hiperbilirrubinemia en un riesgo más bajo (12). La CF posterior a la administración de vacunas en pacientes de seis meses a dos años, principalmente la DPT, SRP y varicela cuando se administran juntas (13), en menores de 6 meses hay bajo riesgo posterior a la vacuna pentavalente y antineumocócica (14).

La fisiopatología es desconocida, guardando relación con el factor genético, falta de madurez cerebral y factor ambiental (15), (16). Hay evidencia que los genes 8q13-q21 (FEB1), 19q(FEB2), 2q23-q24(FEB3), 5q14-q15 (FEB4), 6q22-q24 (FEB5) y 18q11 (FEB6) aumentan el riesgo de CF (11) (17), y los locus 19p y 8q del cromosoma 13 y 21 son un factor predisponente (18). La falta de madurez cerebral en menores de 36 meses, son susceptibles al alza térmica, tienen un umbral más bajo (15) (19). La liberación de ciertos componentes junto con el alza térmica como: interleukina-1 beta, la IL-6 y 10, y la TNF, pueden provocar convulsiones por el déficit en el desarrollo de la masa cerebral y sus factores genéticos (20) (21).

En el cerebro hay canales de sodio susceptibles a la elevación de temperatura, desencadenando actividades anormales en el sistema nervios, al igual que la hiperventilación y la alcalosis producida por la fiebre pueden inducir a crisis convulsivas (18) (22).

La CF pueden ser causadas por infecciones bacterianas y virales, que afectan las vías respiratorias altas y bajas (11), inflamación de oídos, sarampión o rubeola, infecciones de vías urinarias (8), gastroenteritis por rotavirus, la deshidratación grave puede llevar a convulsiones (18). Los signos y síntomas van a variar de la enfermedad que este cursando el paciente, puede tener signos y síntomas de irritabilidad, hipotonía y prurito en piel (20).

Las CF pueden ser simples y complejas, diferenciándose por el tiempo de duración, su frecuencia y sus características (23) (24).

Las CF simples duran menos de 15 minutos, no tienen recurrencia 24 horas posterior a la primera convulsión, no presentan complicaciones, pueden ser generalizadas tónico, tonicoclónicas y clónicas. Se observo que las CF no tienen relación directa con el pico febril (11), (25). Las CF complejas

duran más de 15 minutos, recurrencia 24 horas después de la primera crisis (15) (24), se presentan de forma focal, generalizada o bilateral, hay complicaciones como la parálisis de Todd, 0.4% de los pacientes(11), es una debilidad del aparato motor principalmente en el hemicuerpo, se resuelve a las 48 horas posterior a la misma (26).

Las CF recurrentes se presentan hasta 2 años después de la primera convulsión, un paciente sin riesgo tiene 10% de probabilidad, con 1-2 factores un 25-50%, y más de 3 factores el 50-100%, entre los riesgos más importantes son: Primera CF antes del año seis meses, antecedentes familiares, intervalo entre convulsión menor de tres meses, cuadros repetitivos de patologías infecciones, etc. (11).

El diagnóstico correcto es tomar la temperatura al momento del ingreso, características de la convulsión (simple o compleja), factores de riesgo (antecedentes e infecciones), antecedentes familiares de CF y epilepsias (27), y un correcto examen físico(15). No se recomienda realizar exámenes de sangre como biometría, el electroencefalograma en las convulsiones febriles complejas en busca de daño cerebral (28). La punción lumbar se recomienda cuando no se han colocado la vacuna de la Haemophilus Influenzae tipo b (15).

### **Material y método**

Es un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal de diseño no experimental. Donde el universo son los pacientes entre los 3 meses y 5 años con alza térmica que acudieron al servicio de emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca en el periodo de julio 2016 – julio 2019. Para realizar un adecuado estudio se debe tener ciertos criterios para incluir al paciente en el estudio esto, que las historias clínicas deben ser completas y los pacientes están previamente sanos antes de presentar la convulsión febril, no tomar tratamiento anticonvulsivo, ni tener antecedentes de politraumatismos y patologías cerebrales como epilepsia, hidrocefalia, entre otras.

### **RESULTADOS**

Un total de 5997 pacientes fueron atendidos en el área de emergencia, con una muestra y universo de 210 pacientes con convulsiones febriles, 3,5% de prevalencia de Julio 2016 a Julio 2019 en el área de emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca (Tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Pacientes ingresados en el Área de Emergencia del Hospital**  
**José Carrasco Arteaga periodo Julio 2016-Julio 2019**

<b>CONVULSIÓN FEBRIL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
No	5787	96,5%
Si	210	3,5%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Erika Paola Luzuriaga Sacoto

La edad media es de 22 meses, desviación estándar de 13 meses, el 41,0% tiene entre 12 y 23 meses; el paciente menor tenía 3 meses, y el mayor tenían 59 meses, el 59,5% son de sexo masculino y el 40.5% son pacientes del sexo femenino. (Tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Factores sociodemográficos, edad y sexo de pacientes con**  
**convulsiones febriles entre Julio 2016 - Julio 2019**

	TOTAL	%	
<b>EDAD EN (MESES)</b>	3 A 11	43	20,5%
	12 A 23	86	41,0%
	24 A 35	45	21,4%
	36 A 47	22	10,5%
	48 A 59	14	6,7%
<b>SEXO</b>	Masculino	125	59,5%
	Femenino	85	40,5%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Erika Paola Luzuriaga Sacoto

La temperatura media es de 38.5°C con una desviación estándar del 0.6°C. El 48% de los pacientes masculinos presentaron temperatura de 38.1 a 39°C al momento de la convulsión febril. El 51.8% de las niñas presentaron temperatura entre 38.1 a 39°C (Tabla 3). En pacientes menores de dos años, el 51.9% presentaron entre 38.1 a 39°C; y en los mayores de dos años, el 45.7% presentaron temperatura entre 38.1 a 39°C, concluyendo que mientras a menor edad mayor temperatura. El tiempo de la convulsión mínimo es de 20 segundos, y máximo de 450 segundos. En las niñas las CF tienen mayor duración en comparación a los pacientes masculinos, su duración media de 142 segundos y en los niños de 137 segundos, en pacientes en menores de dos años la duración media es 146 segundos, y en mayores de dos años es 139 segundos.

Las CF simples hubo un total 86,7%, en los niños se presentó un 88 % y en niñas un 84.7%. Mientras que, en menores de 2 años el 85,3% fueron simples y en los mayores de 2 años un 88.9%. Las CF complejas hay un total de 13,3%, con 15 casos en el sexo masculino, y 13 casos de sexo femenino. En menores de dos años el 14.7% fueron complejas, y 11.1% en mayores de dos años. Las convulsiones recurrentes, representan un porcentaje menor de las convulsiones febriles, represento el 16.7% de los tipos de convulsiones febriles, pues, solo 21 niños la presentaron y en las niñas hubo 14 casos, en pacientes menores de dos años represento el 11.6% y en los mayores de dos años el 24.7%. Siendo más frecuente en los niños y en pacientes mayores de dos años las convulsiones recurrentes.

En las características, su mayoría, son tonicoclónicas generalizadas pues 79 de 125 pacientes masculinos presentaron convulsiones tonicoclónicas generalizadas; 23 pacientes tuvieron convulsiones tónicas; 8 pacientes presentaron convulsiones clónicas y 15 focales las mismas que pertenecen a convulsiones complejas. En pacientes de sexo femenino las convulsiones tonicoclónicas generalizadas se presentaron 52 casos, las convulsiones tónicas hubo 10 casos, tipo clónicas 10 pacientes y convulsiones focales o complejas 13 pacientes.

En pacientes mayores de 2 años las convulsiones tonicoclónicas generalizadas representan el 63%, siendo de mayor prevalencia que en los menores de dos años, que representan el 62% de los pacientes. Las convulsiones tónicas en los menores de dos años hay 19 de los 129 casos, y en los mayores de dos años se obtuvieron 14 casos de los 81 pacientes. Por ultimo las convulsiones clónicas tanto en mayores como menores de dos años el porcentaje es de 8.6% y 8.5% respectivamente.

En los antecedentes patológicos familiares solo el 5,2% presentaron antecedentes, el 3.2% de los niños tenían antecedentes, mientras que las pacientes femeninas el 8.2%. Por último, los pacientes menores de 2 años el 6.2% tienen antecedentes familiares, y el 3.7% en los pacientes mayores de dos años. En niños la causa de mayor prevalencia de CF es la faringitis con 58.4%, seguido de gastroenteritis con 20.8%, la neumonía representa el 9.6%. Mientras en las niñas la faringitis representa el 55.3% siendo la principal patología al igual que en los niños, seguido de la gastroenteritis con el 21.2%, neumonía con el 8.2% de los casos.

En pacientes menores de dos años, la patología con mayor prevalencia fue la faringitis con el 55%, la gastroenteritis con el 20.9%, neumonía con el 9.3%. Por último, en pacientes mayores de 2 años, la faringitis representa el 60.5%, en segundo lugar, la gastroenteritis con el 21%, seguido de neumonía con el 8.6%. El 1,6% de los niños se inmunizaron en las últimas 24 horas de este el 0.8% fue por la SRP y el otro 0.8% por la pentavalente, en cuanto a las niñas el 1,2% se inmunizaron en las últimas 24 horas, representado en su totalidad por la SRP. Por otra parte, los niños menores de dos años se presentó un total de 2.3% de los cuales el 1.5% es por SRP y el 0.8% es pentavalente, mientras en mayores de 2 años no se presentaron casos por inmunización.

A los pacientes con convulsiones febriles, al 92,4% se les administro antitérmicos, mientras que el 7,6% recibieron antitérmicos más anticonvulsivantes. En cuanto a los niños el 92% recibieron antitérmicos, y el 8% recibieron antitérmicos más anticonvulsivantes, en las niñas el 92,9% de las pacientes se les administro antitérmicos, y el 7,1% recibieron tanto antitérmicos y anticonvulsivantes. En cuanto a la edad los menores de dos años 120 pacientes recibieron antitérmicos y 9 pacientes recibieron antitérmicos más anticonvulsivantes; y en los mayores de dos años 74 pacientes fueron administrados antitérmicos y 7 pacientes se les administro antitérmicos y anticonvulsivantes.

**Tabla N° 3**  
**Características clínicas de las convulsiones febriles en relación con el sexo y la edad**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO		MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
TEMPERATURA	<38	42	33,6%	26	30,6%	41	31,8%	27	33,3%	68	32,4%
	38,1 A 39	60	48%	44	51,8%	67	51,9%	37	45,7%	104	49,5%
	>39	23	18,4%	15	17,6%	21	16,3%	17	21%	38	18,1%
TIPO DE CONVULSIÓN	Simple	110	88%	72	84,7%	110	85,3%	72	88,9%	182	86,7%
	Compleja	15	12%	13	15,3%	19	14,7%	9	11,1%	28	13,3%
RECURRENCIA DE CONVULSIÓN	Si	21	16,8%	14	16,5%	15	11,6%	20	24,7%	35	16,7%
	No	104	83,2%	71	83,5%	114	88,4%	61	75,3%	175	83,3%
CARACTERÍSTICAS DE LAS CONVULSIONES	Tonicoclónicas generalizadas	79	63,2%	10	11,8%	80	62%	51	63%	131	62,4%
	Tónico	23	18,4%	10	11,8%	19	14,7%	14	17,3%	33	15,7%
	Clónico	8	6,4%	13	15,3%	11	8,5%	7	8,6%	18	8,6%
	Focales	15	12%	10	11,8%	19	14,7%	9	11,1%	28	13,3%
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONVULSIONES	Si	4	3,2%	7	8,2%	8	6,2%	3	3,7%	11	5,2%
	No	121	96,8%	78	91,8%	121	93,8%	78	96,3%	199	94,8%
CAUSAS DE ALZA TÉRMICA	Faringitis	73	58,4%	47	55,3%	71	55%	49	60,5%	120	57,1%
	Neumonía	12	9,6%	7	8,2%	12	9,3%	7	8,6%	19	9,0%
	Otitis media	3	2,4%	3	3,5%	4	3,1%	2	2,5%	6	2,9%
	Gastroenteritis	26	20,8%	18	21,2%	27	20,9%	17	21%	44	21%
	Infección del tracto urinario	6	4,8%	5	5,9%	9	7%	2	2,5%	11	5,2%
	Otros	5	4%	5	5,9%	6	4,7%	4	4,9%	10	4,8%
INMUNIZACIÓN EN LAS ULTIMAS 24 HORAS	Si	2	1,6%	1	1,2%	3	2,3%	0	0%	3	1,4%
	No	123	98,4%	83	97,6%	126	97,7%	81	100%	207	98,6%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado:** Erika Luzuriaga Sacoto

## DISCUSIÓN

En este estudio la prevalencia es de 3,5% de CF siendo más frecuente en el sexo masculino, con una edad promedio de 22 meses, resultados similares a un estudio realizado en el Reino Unido durante el año 2015, por el MD Nickhil Patel y MD Dipack Ram, quienes indican que la prevalencia de CF en niños de entre 6 y 72 meses con un promedio de 8 meses oscila entre el 2% al 5%. En cuanto a la temperatura, en Reino Unido las CF presentaron una temperatura media no menor a 38°C, mientras que en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca la temperatura media es de 38,5°C (23).

Alrededor del 65% al 70% de pacientes en el Reino Unido presentaron convulsiones simples tonicoclónicas generalizadas, mientras el 30 - 35% eran convulsiones complejas y el 5% de estas presentaron estatus epiléptico. En este estudio se presentó el 86,7% de convulsiones simples en su mayoría toniclónicas, mientras que las convulsiones complejas focales tuvieron un total de 11,10%, viendo así que en el Reino Unido son más susceptibles a las convulsiones complejas (23).

Un estudio realizado en Venezuela, en el 2016 sobre las características epidemiológicas de las convulsiones febriles, la edad media es de 22,4 meses, con prevalencia en el sexo masculino con el 60,3%; al igual que en la investigación presente la edad media es de 22 meses, presentándose más en niños con el 59,5%, siendo así los datos muy similares a nivel de Latinoamérica, esto debido a la situación demográfica de ambos países. En los antecedentes familiares de convulsiones febriles en Venezuela representan solo el 14,5%, mientras en el Ecuador el porcentaje es menor con el 5,2%; sin embargo, los antecedentes familiares de convulsiones febriles son poco significativos para presentar convulsión febril, a diferencia de lo que se dice en la bibliografía (8).

Analizando las causas en el estudio de Venezuela se evidencia que la mayor causa es la infección viral (40,7%), y su segunda causa son las infecciones de tipo respiratoria alta con un 19,4%, a diferencia del presente estudio que manifiesta como primera causa las infecciones de tipo respiratorio (57,10%), esta diferencia se puede deber a la ubicación geográfica de donde se realizó este estudio es a nivel de región costa a diferencia de la investigación realizada que fue en región sierra donde es más común las infecciones de tipo de respiratoria. Continuando en Venezuela se evidencia en tercer lugar la gastroenteritis con un 15,8%, mientras que el presente estudio se ubica como segundo causal la gastroenteritis 21% (8).

Por último, el tratamiento recibido en los pacientes ingresados a emergencia del Hospital del Carabobo el 98,8% recibieron antitérmicos y solo el 56,7% recibieron anticonvulsivantes, mientras en el Hospital José Carrasco Arteaga se les administro al 92,4%, antitérmicos y el 7,6% se les administro tanto antitérmicos con anticonvulsivantes. Demostrándose que la mayor parte de casos el tratamiento que reciben son los antitérmicos (8).

No existen datos científicos sobre la prevalencia de convulsiones febriles en el Ecuador, en una tesis realizada en Guayaquil hubo una frecuencia de convulsiones febriles de 110 casos, donde el 78% fueron convulsiones febriles simples y el 22% de convulsiones febriles complejas, resultado muy similar al encontrado en el Hospital José Carrasco Arteaga donde los casos entrados fueron de 210 de convulsiones febriles, donde el 86,7% de los casos fueron convulsiones febriles, y el 13,3% fueron convulsiones complejas (29).

## Bibliografía

1. Quintanilla SD, Velásquez M. Primera convulsión en niños. *Acta Pediátrica Hondureña*. 7 de octubre de 2016;6(1):392–8.
2. Zeballos J, Cerisola A, Pérez W. Primera convulsión febril en niños asistidos en un servicio de emergencia pediátrica. *Arch Pediatría Urug*. 2013;84(1):18–25.
3. Muñoz M, Caballero V, Sanz de Miguel M, Torralba L. Crisis Convulsiva en Pediatría, manejo en urgencias. En: *Manual Urgencia Neurologicas*. 1a ed. 2014. p. 253.
4. Marchezan J, Ohlweiler L, Bragatti M, Ranzan J. ACTITUD EN LA PRIMERA CRISIS CONVULSIVA. *Rev Medica Hondureña*. 2014;82:28–31.
5. Rojas-Rosas LF, Flórez ID, Sierra JM, Cornejo-Ochoa W. Incidence of meningitis in infants with simple febrile seizures. Experience in a 3th level hospital. *Acta Neurológica Colomb*. octubre de 2013;29(4):229–39.
6. León OIL. Características de las convulsiones febriles en pacientes de la consulta de neurología pediátrica. Hospital Dr. Raúl Leoni. Durante el año 2010. *Vitae Acad Bioméd Digit*. 2015;(61 (Enero-Marzo)):2.
7. Rodríguez SF, Otero LA. Convulsión febril en la infancia: reconocimiento, abordaje y cuidados. *RqR Enferm Comunitaria*. 2018;6(4):34–51.
8. Gámez C, González E, Torres J, Guanchez O, Bastidas G. Caracterización Epidemiológica de la crisis Febril en un municipio del estado Carabobo, Venezuela. *Pediatría Asunción*. 2016;43(1):25–30.
9. Camfield P, Camfield C. Febrile seizures and genetic epilepsy with febrile seizures plus (GEFS+). *Epileptic Disord*. 1 de junio de 2015;17(2):124–33.
10. Esteban Padilla. Convulsión febril. *Pediatría Integral*. noviembre de 2015;XIX.
11. Barbarrosa EP. Recomendaciones para la orientación diagnóstica, actuación y tratamiento de crisis febriles. *Rev Cuba Pediatría*. 24 de septiembre de 2018;90(4).
12. Maimburg RD, Olsen J, Sun Y. Neonatal hyperbilirubinemia and the risk of febrile seizures and childhood epilepsy. *Epilepsy Res*. 1 de agosto de 2016;124:67–72.
13. Duffy J, Weintraub E, Hambidge SJ, Jackson LA, Kharbanda EO, Klein NP, et al. Febrile Seizure Risk After Vaccination in Children 6 to 23 Months. *Pediatrics*. 1 de julio de 2016;138(1):e20160320.
14. Duffy J, Jackson LA, Hambidge SJ. Febrile Seizure Risk and Vaccination. *AAP Gd Rounds*. 1 de febrero de 2018;39(2):15–15.
15. Avelar Rodriguez D. Crisis Convulsivas Febriles en Niños: Revisión Narrativa de la Literatura. 31 de enero de 2019;3:49–56.
16. Tapia DCC, Armijos RJT, Córdova ÁLF, Morales BNG. Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis. *RECIAMUC*. 2018;2(2):256–65.

17. Khair AM, Elmagrabi D. Febrile Seizures and Febrile Seizure Syndromes: An Updated Overview of Old and Current Knowledge. *Neurol Res Int.* 2015;2015.
18. Céspedes Z, Iván B, Chávez C, Ramiro M, Cortez S, Rafael P, et al. Asociación entre rotavirus y síndrome convulsivo febril y afebril. *Gac Médica Boliv.* diciembre de 2016;39(2):111–5.
19. Leung A, Hon K, Tn L. Febrile seizures: an overview. *Drugs Context.* 16 de julio de 2018;7:212536–212536.
20. Portuondo Barbarrosa E. Manifestaciones clínicas y etiologías relacionadas con las crisis febriles. *Rev Cuba Pediatría.* diciembre de 2016;88(4):428–40.
21. Choy M, Dubé CM, Ehrenguber M, Baram TZ. Inflammatory processes, febrile seizures, and subsequent epileptogenesis. *Epilepsy Curr.* enero de 2014;14(1 Suppl):15–22.
22. Castellazzi L, Principi N, Agostoni C, Esposito S. Benign convulsions in children with mild gastroenteritis. *Eur J Paediatr Neurol EJPJN Off J Eur Paediatr Neurol Soc.* septiembre de 2016;20(5):690–5.
23. Patel N, Ram D, Swiderska N, Mewasingh LD, Newton RW, Offringa M. Febrile seizures. *BMJ.* 18 de agosto de 2015;351:h4240.
24. Shah PB, James S, Elayaraja S. EEG for children with complex febrile seizures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12).
25. Rivas-García A, Ferrero-García-Loygorri C, Carrascón González-Pinto L, Mora-Capín AA, Lorente-Romero J, Vázquez-López P. Convulsiones febriles simples y complejas, ¿son tan diferentes? Manejo y complicaciones en urgencias. *Neurología.* 17 de julio de 2019;
26. Pérez-Morales RE, Camejo-González W, Lazo-Herrera LA, Álvarez-Toledo N, Hernández-León O, Arenas-Rodríguez I. Parálisis de Todd precedida de una crisis de ausencia típica, informe de un caso. *Univ Médica Pinareña.* 28 de marzo de 2020;16(1S):446.
27. Kimia AA, Bachur RG, Torres A, Harper MB. Febrile seizures: emergency medicine perspective. *Curr Opin Pediatr.* junio de 2015;27(3):292.
28. Nilsson G, Fernell E, Arvidsson T, Neville B, Olsson I, Gillberg C. Prevalence of Febrile Seizures, Epilepsy, and Other Paroxysmal Attacks in a Swedish Cohort of 4-Year-Old Children. *Neuropediatrics.* diciembre de 2016;47(6):368–73.
29. Rivera Aillon A. Influencia de los factores de riesgo asociados a convulsión febril en niños de 3 meses a 6 años de edad tratados en el área de emergencia del Hospital del niño Francisco Icaza Bustamante en el periodo septiembre del 2014 a mayo del 2015 [Internet] [Thesis]. 2015 [citado 1 de julio de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10906>

## Capítulo 15

### **MODELO DE DOROTHEA OREM EN RELACIÓN AL AUTOCUIDADO EN EL ESTADO NUTRICIONAL**

Ana Lucía Calle Urdiales<sup>1</sup>  
alcallegu42@est.ucacue.edu.ec

Lilia Carina Jaya Vásquez<sup>1,2</sup>  
ljayav@ucacue.edu.ec

Edison Gustavo Moyano Brito<sup>2</sup>  
emoyanob@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** En un estudio sobre autocuidado en universitarios, el 54% presenta autocuidado medio, el 42% autocuidado alto y el 4% autocuidado bajo; dado que, el conocimiento de autocuidado no se lo relaciona con la parte práctica, así también el bajo nivel de ingresos económicos a la hora de llevar a cabo una buena alimentación; es por ello que las universidades deben fomentar actividades de promoción hacia la salud.(1) **Objetivo:** Analizar el modelo de Dorothea Orem en relación al autocuidado en el estado nutricional de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, periodo Mayo-Octubre 2018. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva corte transversal. Se elaboró una encuesta sobre autocuidado nutricional en base a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, misma que fue validada bajo criterio de expertos y posteriormente a través de una prueba piloto con Alpha de Cronbach 0,71., para llevar a cabo el estudio, la muestra estuvo constituida por 243 estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca; se procesó los datos a través del programa estadístico SPSS versión 24. **Resultados:** Del 100% de la población estudiada el 87,7% presenta autocuidado moderado y el 12,3% autocuidado alto sin existir evidencia de autocuidado bajo. **Conclusiones:** Con el análisis del autocuidado nutricional en estudiantes universitarios según el modelo de Dorothea Orem, se evidencia que prevalece el nivel de autocuidado moderado seguido de un alto autocuidado siendo una población que mantiene conocimientos previos sobre el tema.

**Palabras claves:** Dorothea Orem, Autocuidado, Estado nutricional, Estudiantes de enfermería.

## ABSTRACT

**Background:** In a study on self-care in university students, 54% presented self-care means, 42% self-care high and 4% self care under; given that the knowledge of self is not related to the practical part and also the low level of income at the time to carry out a good supply; that is why universities should promote activities of promotion toward health.

**Objective:** To analyze the model of Dorothea Orem in relation to self-care in the nutritional status of the nursing students from the Catholic University of Cuenca, period Mayo-Octubre 2018. **Materials and Methods:** Quantitative research, descriptive transversal study. A survey was designed on self care nutrition based on the theory of self-care of Dorothea Orem, same that was validated under criterion of experts and subsequently through a pilot test with Cronbach alpha 0.71., to carry out the study, the sample was constituted by 243 students of the nursing career of the Catholic University of Cuenca; the data was processed through the statistical program SPSS version 24. **Results:** 100% of the population studied, 87.7% presented selfcare moderate and 12.3% self-care high without there being evidence of self-care under. **Conclusions:** With the analysis of the self-care nutrition in university students according to the model of Dorothea Orem, is evidence that prevails the level of self- care moderate followed by a high self-care being a population that maintains previous knowledge on the subject.

**Key words:** Dorothea Orem, Self-care, Nutritional status, Nursing students

## INTRODUCCIÓN

Dorothea Orem nacida en Baltimore, Maryland en 1914; inicia su carrera de enfermería en la Providence Hospital School of Nursing Washington, DC. A partir de entonces va desarrollando actuaciones en beneficio de la enfermería, obteniendo así condecoraciones importantes a raíz de sus aportaciones a la ciencia enfermera, Orem al terminar sus servicios en docencia, decide seguir trabajando ya sea de forma individual o con ayuda de sus colaboradores en la creación de su teoría titulada Déficit del autocuidado (1) (2).

Posteriormente Dorothea da a conocer su teoría, misma que consta de 3 subteorías que se relacionan: Teoría de autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería de apoyo-educación; dicha teoría tiene como principal objetivo la preocupación por la satisfacción de las necesidades del cuidado continuo de cada individuo con la finalidad de preservar la salud y vida, recuperarse de la enfermedad si la padece y superar los efectos causados por ella (2)(3).

Autocuidado según Orem, hace referencia al desarrollo de acciones que las personas que se encuentran en su etapa de madurez son capaces de iniciarlas y llevarlas a cabo por su propia parte en periodos de tiempo específicos con el propósito de mantener un desarrollo personal, bienestar óptimo y funcionamiento sano (4).

A partir de la conceptualización de la teoría del autocuidado, se llega a concebir al ser humano como una persona que tiene la capacidad de aprender, desarrollar actitudes, conocerse y cuidarse ; y, si la persona no es capaz de ejecutar dicha acción ya sea por una enfermedad limitante, falta de conocimiento o acciones que superen su capacidad en lo que se refiere a edad y condiciones patológicas, serán otras personas quienes asuman aquel rol ya sean familiares o personas más cercanas al individuo (5).

La nutrición y dieta pasan a formar un papel muy importante en la alimentación debido a que dichos factores serán los que regirán el estado de salud del individuo puesto que su déficit se lo ha establecido como uno de los factores más importantes para la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), hecho que puede ser modificado al adquirir hábitos alimenticios que favorezcan a una buena salud; por lo que se dice que una dieta saludable se refiere no solamente a la que aporta una gran cantidad de energía y nutrientes, también se refiere al interés que se pone al número de ingestas diarias por las que opta el individuo en su día a día (6).

Se hace mención que la conducta alimenticia tiene una influencia directa sobre el estado nutricional de las personas pertenecientes a diferentes grupos etarios, de entre ellos sobresalen los estudiantes universitarios, ya que ellos forman parte de un grupo especialmente vulnerable en lo que se refiere a la nutrición, debido a que esta población se caracteriza por omitir una de las comidas, realizar ingestas repetitivas entre las comidas, el alimentarse a un horario no establecido,5 abusar de la comida rápida, bebidas edulcorantes o mantener una alimentación poco variada (6).

La etapa universitaria supone grandes cambios importantes en el estilo de vida del individuo, en lo que se podría mencionar el hecho de asumir la responsabilidad de su alimentación, para lo cual se suman diversos factores como son: económicos, sociales, fisiológicos, psicológicos preferencias alimentarias y su libertad de decisión; hecho que abarca un periodo crítico de educación sobre hábitos dietéticos saludables que serán mantenidos a lo largo de toda la vida, mismo que cobrará importancia en el estado de salud futuro de la persona (6).

Cabe destacar que el desarrollo y adquisición de hábitos alimenticios empiezan en la infancia, estableciéndose en la adolescencia y la juventud; es decir, los hábitos que se hayan desarrollado en esta última etapa es la que perdurara para la vida futura del individuo; en la adultez la nutrición sigue siendo el punto de atención más importante debido a que en esta etapa es donde se ubica la mayor parte de la población productiva (7)(8).

En los últimos tiempos, la población ha cambiado considerablemente sus acciones de la vida diaria, específicamente sus hábitos alimenticios; hoy en día se evidencia una preferencia mayor por alimentos de bajo valor nutricional, el sedentarismo, estrés, consumo de sustancias tóxicas como tabaco, bebidas alcohólicas, etc; actos de los cuales sus consecuencias se verán reflejadas posteriormente en su estado de salud (9).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, se analizó el modelo de Dorothea Orem en relación al autocuidado en el estado nutricional de los universitarios, los cuales constituyen una población vulnerable en lo que se refiere a nutrición; se tomó como eje básico fundamentalmente para esta investigación a la “Teoría de autocuidado” de Orem, lo cual nos permitió comparar el autocuidado según el modelo, con el cuidado en el estado nutricional de los estudiantes universitarios.

## **DESARROLLO**

### **Marco teórico**

Escobar, Mejía y Betancur (2017) en su estudio sobre “Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de enfermería, durante la formación profesional” en su objetivo de describir los cambios que se presentan en relación al autocuidado en los estudiantes de enfermería durante su formación como profesionales, al realizar un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal, con enfoque cuantitativo a través del diseño y aplicación de una encuesta previo la firma del consentimiento informado; determinan que en dicha población se percibe un déficit importante de autocuidado, llegando a la conclusión que los estudiantes de enfermería a pesar de conocer los beneficios del autocuidado en salud no lo ponen en práctica (10).

De lo referido anteriormente se pudo deducir que no es necesario que un individuo tenga una formación universitaria para poder llevar a cabo su autocuidado, debido a que muchas personas al poseer un cierto grado de preparación académica no aplican; tan solo basta con tomar conciencia de la importancia que es cuidar de uno mismo con acciones que estén a nuestro alcance para contribuir en la medida de lo posible hacia la salud óptima.

Laura Simón Olea y sus colaboradores (2016) en un estudio realizado sobre “Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud”, llevado a cabo en diversas carreras de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-México, con el afán de evaluar el nivel de autocuidado de los universitarios y como influiría en su rol profesional; llevan a cabo una investigación de tipo observacional, transversal, prospectiva y analítica con enfoque cuantitativo elaborando un instrumento de valoración en base al modelo de autocuidado de Dorothea Orem y un cuestionario de salud ST-35, obteniendo como resultado que las carreras relacionadas a las ciencias de la salud poseen un nivel de autocuidado 10 aceptable en relación a otras carreras, pero lo cual puede mejorar debido a que se evidencia que lo aprendido en su formación académica para obtener un buen autocuidado no es del todo aplicado en la vida diaria del estudiante (11).

Rueda y Gálvez (2014) realizan un estudio sobre “Estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería en el contexto Universitario”, con el objetivo de caracterizar, analizar y discutir desde la Teoría de Orem los estilos de autocuidado de estudiantes de enfermería, llevan a cabo una investigación de tipo cualitativa utilizando un cuestionario sociodemográfico, la observación no participante y la entrevista abierta a profundidad; a partir de lo cual, llegan a concluir que los estudiantes en el proceso de adaptación a la vida universitaria practican estilos de autocuidado poco saludables como: consumo de alimentos grasos, alteración del patrón sueño, estrés, falta de tiempo para relaciones interpersonales y familiares (12).

De acuerdo con el estudio planteado con anterioridad, se puede aseverar que el cambio de ambientes incide mayormente en el nivel o acciones de autocuidado de los estudiantes, esto se atribuye en gran medida debido que a los jóvenes en su etapa de vida universitaria les toca asumir un rol propio de cuidado, generándose grandes responsabilidades.

Rodríguez y sus colaboradores (México 2014) en su estudio sobre “Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Enfermería”, con el objetivo de medir la relación que existe entre la formación profesional y el desarrollo de capacidades de autocuidado, llevan a cabo un estudio correlacional, transversal a través de un cuestionario denominado “ Capacidades de Autocuidado” en el que incluyen a 90 estudiantes previo consentimiento informado; en el que encuentran falta de evidencia estadística entre la formación profesional y la práctica de autocuidado, con lo cual determinan que el hecho de que un individuo este recibiendo una formación académica en relación a la profesión enfermera, no contribuye significativamente al desarrollo de capacidades de autocuidado, debido al exceso de trabajos académicos y diversas actividades que no les permiten satisfacer los requisitos de autocuidado (13).

Con respecto a la investigación de Rodríguez, se puede decir que no tiene gran influencia el tipo de profesión o carrera de estudio por la que este cursando el individuo para llevar a cabo el rol de autocuidado, sino que esta se verá siempre afectada por la presencia de sobrecarga laboral, exceso de trabajos académicos o el propio estrés que desencadena la constante demanda de responsabilidades propias.

Escobar y Pico (2013) en su estudio sobre “Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios”, con la finalidad de describir prácticas de autocuidado de la salud, realizan una investigación descriptiva transversal a través de la aplicación del cuestionario “Estilos de vida en jóvenes universitarios”, resultando que la población femenina desarrolla más prácticas de autocuidado en relación con los hombres esto en actividades específicas, hecho por el cual argumentan que la población universitaria se considera un grupo relativamente saludable debido a que sus acciones de autocuidado según el cuestionario aplicado reflejan que las prácticas de salud aplicadas son positivas (14).

## **Metodología**

Investigación cuantitativa por lo que se orienta a obtener información estadística real y se utilizó un instrumento porcentual que es el programa SPSS, de tipo descriptiva a causa de que se describe el fenómeno que ocurre o hechos de la realidad, estudio de campo porque la investigación se desarrolló en contacto directo con la población de estudio. De corte transversal porque se hizo una sola medición, se estuvo en contacto con la población de estudio una sola vez con la aplicación de la encuesta.

La muestra estuvo conformada por 243 estudiantes de enfermería, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, en donde todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos de acuerdo con las características de la población y el tamaño de la muestra. Se incluyó a estudiantes que desearon participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado, excluyendo a mujeres embarazadas que siguen un nivel superior teniendo en cuenta el índice de masa corporal alterado como consecuencia de su peso variable por el hecho de encontrarse en estado de gestación.

## Método

Se elaboró una encuesta sobre autocuidado nutricional tomando como base la teoría de autocuidado de Dorothea Orem; la encuesta estuvo constituida por 31 preguntas todas de opción múltiple con cinco opciones de respuesta utilizando la escala de Likert (5=siempre; 4=casi siempre; 3=a veces; 2=casi nunca; 1=nunca), fue validada bajo criterio de expertos docentes de la Carrera de Enfermería y posteriormente a través de una prueba piloto contando con la colaboración de 30 estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0,71.

Para obtener la puntuación que determina el nivel de autocuidado nutricional, se utilizó la escala aditiva tipo Likert en donde se suman todos los valores alcanzados respecto a cada pregunta; siendo el puntaje más alto de 155, se calculó un punto de corte quedando de la siguiente manera: (31-72=autocuidado bajo; 73-114=autocuidado moderado; 115-155= autocuidado alto).

## RESULTADOS

Como se puede observar en la tabla 1, menos de la mitad de la población universitaria 39,1% (95) a veces revisa las etiquetas de los alimentos para saber el valor nutricional que contienen antes de consumirlo, esto a pesar de que el Gobierno de la República del Ecuador implementó en el año 2014 el etiquetado gráfico de tipo semáforo obligatorio en los alimentos procesados con lo cual se torna aún más fácil identificar el valor nutricional que contiene.

**Tabla N° 1**  
**Distribución de la población de acuerdo a la revisión de las etiquetas de los alimentos para saber el valor nutricional que contienen**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
nunca	13	5,3%
casi nunca	40	16,5%
a veces	95	39,1%
casi siempre	65	26,7%
siempre	30	12,3%
Total	243	100,0%

**Fuente:** base de datos SPSS

**Elaborado por:** autores

En la tabla 2 el 40,3% (98) de los universitarios casi siempre preparan ellos mismos sus alimentos seguidos del 30,5% (74) que siempre preparan sus alimentos, condición que se debe a que la mayor parte de los estudiantes viven lejos de sus padres por lo cual les toca asumir la responsabilidad de su propio cuidado.

**Tabla N° 2**  
**Distribución de la población según si preparan sus alimentos**

<b>Escala de medición</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
nunca	3	1,2%
casi nunca	8	3,3%
a veces	60	24,7%
casi siempre	98	40,3%
siempre	74	30,5%
Total	243	100,0%

**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autores

La tabla 3, el 39,5% 96 de la población encuestada utiliza condimentos artificiales a la hora de preparar sus alimentos y una mínima cantidad 10,3% (25) nunca ha utilizado en sus comidas estos condimentos debido a que perciben que serán perjudiciales para su salud y también por su economía por lo cual deciden utilizar hiervas naturales para condimentar sus comidas.

**Tabla N° 3**  
**Distribución de la población de acuerdo a la utilización de condimentos artificiales o empaquetados**

<b>Escala de medición</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
siempre	18	7,4%
casi siempre	48	19,8%
a veces	96	39,5%
casi nunca	56	23,0%
nunca	25	10,3%
Total	243	100,0%

**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autores

La tabla 4 indica que el 41,2% (100) a veces se preocupa por el valor calórico-proteico que contienen los alimentos que consume para lo cual el etiquetado tipo semáforo de los alimentos procesados es una ayuda de gran utilidad para conocer el valor calórico-proteico con el que aporta cada alimento.

**Tabla N° 4**  
**Distribución de la población de acuerdo si se preocupan por el valor calórico-proteico que contienen los alimentos que consume**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
nunca	25	10,3%
casi nunca	45	18,5%
a veces	100	41,2%
casi siempre	46	18,9%
siempre	27	11,1%
Total	243	100,0%

**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autores

En la tabla 5 el 31,7% 77 siempre cumple con la ingesta de las 3 comidas principales del día mientras que el 2,5% nunca cumple con esta ingesta recomendada lo cual se lo puede atribuir a la falta de tiempo debido al exceso de tareas escolares y el horario de estudio al que todavía se le hace difícil al estudiante acoplarse.

**Tabla N° 5**  
**Distribución de la población Cumple con la ingesta de las 3 comidas principales del día**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
nunca	6	2,5%
casi nunca	20	8,2%
a veces	76	31,3%
casi siempre	64	26,3%
siempre	77	31,7%
Total	243	100,0%

**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autores

## DISCUSIÓN

Según el estudio realizado por Mantilla et al. Colombia 2014 (15), el 6% de la población de estudio presenta bajo peso, el 69% peso normal, el 20% sobrepeso y el 5% obesidad, si lo comparamos con la presente investigación, el 2,5% presenta bajo peso, 59,3% peso normal, 32,5% sobrepeso, 1,6% obesidad y el 4,1% obesidad grado I; con lo cual se determina la existencia y prevalencia del peso normal en la población universitaria seguido del sobrepeso; situación que afirma la bibliografía consultada.

A partir de la investigación realizada en Costa Rica 2013 (16), se evidencia que el 84% de la población de estudio mantiene buenos hábitos de autocuidado en la alimentación y el 17% un mal autocuidado alimentario, hecho que acontece como consecuencia de que la población universitaria de estudio no pertenece a la rama de las Ciencias de la Salud, por ende posee conocimientos básicos sobre autocuidado mas no conocimientos específicos solidos a cerca de un correcto autocuidado nutricional; no siendo así en la actual investigación, misma que refleja la existencia de autocuidado moderado con el 87,7% de la población y autocuidado alto con el 12,3% sin presentar un nivel de autocuidado bajo referido al estado nutricional.

Con respecto a lo mencionado anteriormente sobre el nivel de autocuidado, citamos el estudio de Barragán et al. México 2015 (17), de donde resulta que, del 100% de la población en estudio el 17,8% mantiene un estilo de vida o lo que es lo mismo un nivel de autocuidado malo, el 66,4% un estilo de vida regular y el 15,8% con un estilo de vida bueno. Conforme a lo referido sobre el nivel de autocuidado, hacemos mención que, a partir de los dos estudios analizados previamente, comparándolos con nuestro estudio; podemos demostrar que el autocuidado moderado o regular es el que mayor presencia impone en la población universitaria en cuanto a la nutrición, esto,82 teniendo en cuenta que la población de estudio al encontrarse cursando su formación académica de tercer nivel mantienen conocimientos básicos de autocuidados, independientemente de la formación profesional por la que estén cursando.

De acuerdo al estudio de Simón et al. México 2016 (18), se observa que el nivel de autocuidado se mantiene a la par con relación al sexo, recalando una mínima diferencia a favor del sexo masculino en donde se obtiene un 31,08% para el sexo femenino y un 33,81% para el sexo masculino; discrepando con el reciente estudio en donde el sexo femenino presenta mayor autocuidado con un 72% en comparación con el sexo masculino que presenta un 15,6%, incluidos ambos sexos en un nivel de autocuidado moderado; aquí los resultados obtenidos en la actual investigación se deben a que la población que prevaleció en el estudio fue del sexo femenino.

El estudio de Pecho Tataje et al. Perú 2014 (19) revela que los estudiantes de edad comprendida entre los 16 y 19 años con un 34,03% (65 estudiantes) tienen un estilo de vida o lo que es un autocuidado no saludable en relación a su alimentación; mientras tanto, nuestra investigación manifiesta que los estudiantes comprendidos entre la edad de 18 y 22 años mantienen un autocuidado moderado con el 53,5%; estos resultados estadísticos mantienen cierta variación numérica en vista de que, la mayor parte de la población de estudio en cada caso se sitúa entre los rangos de edad mencionados con anterioridad.

## CONCLUSIONES

De la totalidad de la muestra, más de la mitad posee un nivel de autocuidado moderado y una pequeña cantidad presenta un autocuidado alto, cabe recalcar que en este estudio no se ha evidenciado la presencia de un autocuidado bajo en cuanto al estado nutricional de los estudiantes de enfermería, quienes conformaron la población de estudio.

En lo que respecta a los factores asociados al déficit del autocuidado, en la actual investigación no se evidenció ningún déficit, por lo tanto, no se encontraron factores con los que se los pudiera asociar. En cuanto al estado nutricional de los estudiantes de enfermería según el índice de masa corporal, se observa que la mayor parte de la población estudiada se sitúa entre peso normal; esto de acuerdo con los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

El modelo de Dorothea Orem según el autocuidado es necesario aplicarlo en la población universitaria en cuanto a su estado nutricional por lo que a este grupo se lo considera vulnerable en lo que se refiere a su calidad de alimentación, al llevar a cabo dicho estudio se estaría corroborando con la prevención, detección temprana y oportuna del riesgo de padecer a futuro determinada enfermedad crónica no transmisible; puesto que, la causa más prevalente para que se presente dicha patología se lo ha atribuido al estilo de vida, alimentación y estado nutricional que mantiene el individuo; información obtenida a través de revisiones bibliográficas previas de artículos publicados sobre el tema.

## Bibliografía

1. Rocha Rodríguez M del R, Amaya González C, Juárez Quintero E, Olvera Martínez A, Márquez Ponce PA, Rosales Guevara S, et al. Agencia de autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2015;21(1):103–13. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000100010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100010)
2. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco, Jose Alejandro; Rodriguez  
a. Larreynaga M. La teoría del Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem.  
b. *Gac Medica Espirituana* [Internet]. 2017;19(3). Available from:  
c. [revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/pdf](http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/pdf)
3. Cristina A, González H. La gestión del cuidado. *Revista Enfermería CyL* [Internet].  
a. 2015;7:61–8. Available from:  
b. [www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/162](http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/162)
4. Salazar Molina A, Valenzuela Suazo S. Teoría de Orem aplicada a  
a. intervenciones durante embarazo y climaterio. *Rev Bras Enferm* [Internet].  
b. 2013;62(4):613–9. Available from:  
c. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019598021>
5. Fabián Aguado E, Arias Guisado M, Sarmiento Almidón G, Danjoy Leon D. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. *Rev enferm Hered* 2014 [Internet]. 2014;7(2):132–9. Available from: [https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Especial 4-7-2.pdf](https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Especial%204-7-2.pdf)
6. Pi RA, Vidal PD, Brassesco BR, Viola L, Aballay LR. Estado nutricional en estudiantes universitarios: su relación con el número de ingestas alimentarias 86 diarias y el consumo de macronutrientes. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;31(4):1748– 56. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238513040>
7. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Daouas T, Delicado Soria A, García  
a. Meseguer MJ. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria tunecina. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014;30:1350–8. Available from:  
b. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309232644021>

8. Cervera Burriel F, Serrano Urrea R, Vico García C, Milla Tobarra M, García Meseguer MJ. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013;28(2):438–46. Available from:  
a. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309227306023>
9. Fajardo E, Camargo Y, Buitrago E, Peña L, Rodríguez L. Estado nutricional y preferencias alimentarias de una población de estudiantes universitarios en Bogotá. *Rev Med* [Internet]. 2016;24:58–65. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91049738006>
10. Escobar Potes M del P, Mejía Uribe ÁM, Betancur López SI. Cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de Enfermería durante la formación profesional. 2015. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. 2017;22(1):27–42. Available from:  
a. [http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista22\(1\)\\_3.pdf](http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista22(1)_3.pdf)
11. Simon Olea LN, López Ampudia MG, Sandoval Cárdenas RI, Magaña Martínez B. Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud. *Rev Cuid FESIztacala* [Internet]. 2016;5(10):1–10. Available  
a. from: [journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/421](http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/421)
12. Rueda Núñez YM, Gálvez Díaz N del C. Estilos de autocuidado de estudiantes de Enfermería en el contexto universitario. *TZHOECOEN* [Internet]. 2014;6(1):241–52. Available from:  
a. [revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/29](http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/29)
13. Rodríguez Rodríguez L, Jordán Jinez ML, Olvera Villanueva G, Medina Sánchez M de J, Medina Barragán RA. Formación profesional y desarrollo de capacidades de autocuidado en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Medigraphic* [Internet]. 2014;6(10):7–17. Available from: [www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54944](http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54944)
14. Escobar M del P, Pico ME. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2013;31(2):178–86. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113003> Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113003>
15. Mantilla S, Villamizar C, Carvajal L. Estado nutricional por antropometría y comportamiento alimentario en estudiantes de pregrado de la Universidad de Pamplona. *ojs.unipamplona.edu.co* [Internet]. 2014;12(1):55–62. Available from: [http://ojs.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/ALIMEN/article/download/922/648](http://ojs.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/ALIMEN/article/download/922/648)
16. Nedrick A, Carranza ED. Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. 2013; Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/ECV/ECV\\_2015/documentos/ECV\\_COMPENDIO\\_LIBRO.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV_COMPENDIO_LIBRO.pdf)
17. Barragán Ledesma L, González Preza M, Estrada Martínez S, Hernández Cosain Y. Estilo de vida y dimensiones , en estudiantes universitarios de área de la salud. *Cienc y Humanismo en la Salud* [Internet]. 2015;2(2):53–63. Available from: [https://scholar.google.com/ec/scholar?cluster=14748028758884573649&hl=es &as\\_sdt=2005&scioldt=0,5&scioq=PEstilo+de+vida+y+dimensiones+,+en+estu+diantes+universitarios+de+área+de+la+salud](https://scholar.google.com/ec/scholar?cluster=14748028758884573649&hl=es &as_sdt=2005&scioldt=0,5&scioq=PEstilo+de+vida+y+dimensiones+,+en+estu+diantes+universitarios+de+área+de+la+salud)
18. Simon Olea LN, López Ampudia MG, Sandoval Cárdenas RI, Magaña Martínez B. Nivel de autocuidado en estudiantes universitarios de cinco licenciaturas del área de la salud. *Rev Cuid FESIztacala* [Internet]. 2016;5(10):1–10. Available from: [journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/421](http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/421).

## Capítulo 16

# PROCESO DE ATENCIÓN Y PRÁCTICAS CULTURALES QUE REALIZAN EN MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

Sisa María Quizphe Quizpe<sup>1</sup>  
smquizhpea03@est.ucacue.edu.ec

Flor Victoria Quizphe Quizpe<sup>1</sup>  
fvquizhpeq67@est.ucacue.edu.ec

María Fernanda Pesantez Calle<sup>2</sup>  
jcampoverdeb@ucacue.edu.ec

Johnny Fabián Vizuela Carpio<sup>2</sup>  
jvizuela@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las prácticas culturales y tradicionales han existido ancestralmente, y va de generación en generación, en la actualidad las parteras realizan cuidados pre y postnatales, empleando prácticas tradicionales recibiendo una buena aceptación por parte de la población indígena. **Objetivo:** Identificar el proceso de atención y prácticas culturales que realizan en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio mediante la intervención de parteras en el Hospital Básico de Saraguro, período mayo-octubre del 2018. **Materiales y Métodos:** El presente trabajo investigativo, fue cualitativo de tipo etnográfico, la población estudiada estuvo conformada por 7 parteras que atienden a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio del Hospital Básico de Saraguro, período mayo-octubre del 2018. La información recolectada se analizó a través del software ATLAS. Ti versión 7.5.18. **Resultados:** Se determinó que las parteras se hallan con un promedio de 10 años de trabajo conjunto con el Hospital Básico de Saraguro; enfocándose principalmente, en la alimentación, cuidado pre y posnatal de la madre, el uso de plantas medicinales para ayudar al proceso de dilatación, calmar los nervios y además los cuidados en el puerperio y acompañamiento hasta los 40 días a través de visitas en el domicilio. **Conclusiones:** Las parteras fueron instruidas por sus antepasados, manifestaron que sienten deseo de ayudar a las mujeres de bajos recursos, teniendo una sabiduría ancestral adquirida de generación en generación que le han permitido hasta la actualidad brindar cuidados a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

**Palabras Claves:** Parteras, proceso de atención, prácticas culturales, embarazo, parto, puerperio, mujeres.

## ABSTRACT

**Background:** Cultural and traditional practices have existed ancestrally, and from generation to generation, midwives now perform pre and postnatal care, using traditional practices receiving a good acceptance by the indigenous population. **Objective:** To identify the process of care and cultural practices performed in women during pregnancy, delivery and postpartum through the intervention of midwives in the Basic Hospital of Saraguro, period May-October 2018. **Materials and Methods:** This research work was qualitative ethnographic type, the population studied was composed of 7 midwives who attend to women during pregnancy, delivery and puerperium of the Basic Hospital of Saraguro, period May-October 2018. The information collected was analyzed through the ATLAS software. Ti version 7.5.18 **Results:** It was determined that the midwives are with an average of 10 years of joint work with the Basic Hospital of Saraguro; Focusing mainly on food, pre and postnatal care of the mother, the use of medicinal plants to help the dilation process, calm the nerves and also the puerperium care and escort up to 40 days through home visits **Conclusions:** The midwives were instructed by their ancestors, they express that they feel desire to help low-income women, having an ancestral wisdom acquired from generation to generation that has allowed them to provide care to women during pregnancy, delivery and puerperium.

**Key words:** Midwives, care process, cultural practices, pregnancy, childbirth, puerperium, women

## INTRODUCCIÓN

Los saberes ancestrales y tradicionales se han constituido en un patrimonio para las comunidades indígenas de nuestro país, pues son un importante recurso para esta población, dado que contribuyen al conocimiento recíproco por medio de la comunicación y permiten mantener una visión amplia de la diversidad cultural de ese territorio de acuerdo a la Declaración Universal de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (1).

En el año 2008 mediante la Constitución de la República del Ecuador se reconoció a nuestro país como un estado multiétnico y pluricultural, siendo esta una realidad desde nuestros antepasados, oficializando y determinando que somos un país con diversas formas de pensar bien sea en cultura, y medicina. De manera que la diversidad cultural debe ser difundida, promovida y reconocida en beneficio de la población (2).

Es importante para el progreso y desarrollo de nuestro país, que las mujeres tengan acceso a la salud, disminuyendo así la mortalidad materna, siendo esto un impacto de desarrollo social, por eso es importante la atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; en el mundo cada minuto muere una mujer, por complicaciones relacionadas a dichos procesos. Las mujeres indígenas son el sector más vulnerable, ya que las tres cuartas partes de estas poblaciones se encuentra en la pobreza, dificultando así el ingreso a servicios sanitarios (3).

El embarazo y el parto constituyen un desarrollo continuo para que se dé el nacimiento; por ende, cada etapa es distinta. De esta forma, parir y nacer, no se asocia exclusivamente a un suceso biológico o físico, sino que también se relaciona, lo cultural, lo social y lo individual. Cada cultura tiene distintas formas de prácticas con respecto a la maternidad y el nacimiento donde las mujeres y las comadronas son las protagonistas (4).

Por consiguiente, las parteras han desempeñado un rol importante en la sociedad, brindando atención a mujeres durante el embarazo parto y postparto, mediante el uso de plantas medicinales, masajes, entre otros; con muy buena aceptación por parte de la población.

Es importante conocer el proceso de atención y prácticas culturales que realizan en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio mediante la intervención de las parteras del Hospital Básico de Saraguro, para lo cual se realizó una recopilación de información de artículos científicos, manuales, libros y la aplicación de una entrevista semi-estructurada, permitiendo de esta manera obtener resultados para el desarrollo de la investigación. De acuerdo con los resultados obtenidos se pudo conocer cómo se da el proceso de atención por parte de las parteras tanto en el embarazo, parto y puerperio.

## DESARROLLO

### Marco teórico

En un estudio realizado por Chalán y Guamán en Saraguro, en el año 2015, titulado “Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro” su objetivo fue describir los saberes y creencias de las parteras tradicionales durante la atención del embarazo, parto y postparto, realizaron una investigación cualitativa- narrativa con enfoque etnográfico, estudiaron a 15 parteras a través de entrevistas semi-estructuradas. Los resultados fueron que, las edades de las parteras son de entre 35 a 80 años, con experiencia entre 8- 38 años, estudios primarios; para realizar su trabajo utilizan diferentes plantas, animales, alimentos, agua, alcohol, fuego para los diversos tipos de procedimientos que realizan para

curar las posibles complicaciones ya sea durante el embarazo, parto y puerperio. Los conocimientos han sido adquiridos por sus ancestros de generación en generación. El estudio concluye que la medicina tradicional y los conocimientos ancestrales de las parteras están integradas en la cultura de las comunidades en donde prevalece la etnia Saraguro (5).

Estudio de Chalán y Guamán ha aportado a la presente investigación el fundamento para la validación de los resultados obtenidos a través de las entrevistas a las parteras de Saraguro. Además, hemos considerado relevantes las preguntas de la entrevista como guía estructurada para abordar los temas pertinentes y alcanzar los objetivos de nuestro estudio.

La investigación de Berrío en México en el año 2015, titulada “Diversidad de atención durante el embarazo y el parto” su objetivo fue exponer algunas de las prácticas de atención en salud tradicional y popular durante el parto en mujeres indígenas. La investigación fue cualitativa, con enfoque etnográfico, para la recolección de datos se formularon entrevistas a mujeres atendidas por parteras. Se encontraron que las prácticas más destacadas de las parteras, se centra en el ámbito de la alimentación, donde se recomienda el alto consumo de carbohidratos y vegetales, concluyen que la posición del alumbramiento es elegida por la mujer y la comodidad que ella sienta para tener a su bebé, las parteras vigilan durante el alumbramiento el control de la temperatura corporal y ambiental, esta situación contribuye a las condiciones de dilatación, además brindan un té de hierbas (manzanilla, hierbabuena o cerezo) que ayudan a calentar el cuerpo y estimulan las contracciones (6).

El estudio de Berrío ha aportado a la presente investigación con los resultados obtenidos acerca de las plantas medicinales que las parteras brindan para las mujeres durante el embarazo, parto y postparto con el fin de ayudar a reducir el malestar evitando futuras complicaciones.

En una investigación elaborada por Arboleda y colaboradores en Colombia en el 2014 titulado “Saberes y prácticas de las parteras” su objetivo fue identificar las diferentes expresiones culturales de la partería. La metodología que aplicaron fue la entrevista semi-estructurada y diálogos; la investigación estaba conformada por 5 parteras. Entre los resultados encontrados se destaca la transferencia de saberes ancestrales de una generación a otra, el uso de medicinas naturales para sobrellevar las labores de parto y postparto, es una práctica a la que acceden personas de diferentes estratos sociales y se realiza en función de la salud materna y colectiva del pueblo afrocolombiano. Como conclusión relatan que la partería es una práctica cultural de grandes arraigos de tipo sociocultural en la comunidad de la costa pacífica y representa una mezcla entre los conocimientos ancestrales adquiridos y las bondades de la flora del lugar (7).

La investigación realizada en Colombia ha permitido cotejar sus resultados con los alcanzados en este estudio, mostrando la importancia del trabajo de las parteras en el ámbito social y cultural de las poblaciones indígenas y afro-descendientes. Además, se pudo comparar los saberes y las prácticas realizadas por las parteras durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Somalia en el 2013 publicó “Las parteras, en el centro de la nueva estrategia de salud reproductiva de Somalia”, señalan que anteriormente eran muy limitadas las posibilidades de dar a luz con ayuda de una partera capacitada o contar con servicios de salud apropiados en dicho país. Sin embargo, gracias al acompañamiento de organizaciones no gubernamentales internacionales, se ha podido elaborar y ejecutar un plan de salud reproductiva, donde se da prioridad a aumentar el número de parteras capacitadas, quienes no sólo desempeñan un papel protagónico en la seguridad del parto, sino que también tienen una oportunidad inigualable de hablar con las mujeres acerca de la salud reproductiva en un escenario privado y seguro, y de instruirles en qué deben realizar para incrementar el periodo

intergenésico con el uso de métodos modernos. Finalmente, fueron capacitadas 200 parteras en atención obstétrica básica e integral de urgencia (8).

La iniciativa de la OMS en colaboración de un consorcio de organizaciones no gubernamentales internacionales, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el UNICEF, realizada para enseñar sobre salud reproductiva a las mujeres de Somalia, marca un precedente sobre la importancia en el ámbito mundial de las parteras, por ser las personas más allegadas a la comunidad, generan confianza, hablan su idioma, conocen sus costumbres y sus creencias, haciendo que puedan hablar de temas complejos de salud sexual y reproductiva, sin tapujos.

En una investigación realizada por Laza y Ruiz en Colombia en el 2010 titulado “Entre la necesidad y la fe. La partera tradicional” realizado en el Valle de Rio Cimitarra”. El objetivo de estudio fue analizar las características de las parteras tradicionales, utilizando como metodología la observación directa de las siete parteras tradicionales que participaron en el estudio. El trabajo concluye que las características de las parteras tradicionales son el resultado de su adverso contexto social, económico y político de esta compleja región; e indican que las razones que impulsaron a la partería son la necesidad de cuidar la vida que impulsan su quehacer, manteniendo su fe a diferentes divinidades, comportamiento que se refleja en los países indígenas de Latinoamérica (9).

En Colombia permite contextualizar las características de las parteras tradicionales de las comunidades que se desenvuelven en zonas complejas de Latinoamérica y 12 aporta una visión desde la mirada de una partera tradicional que hace su trabajo en pro de velar por la vida y el bienestar de su comunidad. En un estudio de Pelcastre y colaboradores en San Luis Potosí México en el año 2005 publicó un artículo titulado “Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras”. El objetivo fue documentar las creencias y las prácticas de las parteras tradicionales respecto al embarazo parto y puerperio, la metodología que utilizaron fue la entrevista a 25 de los capacitados, apoyados por un miembro de la comunidad, los resultados que obtuvieron fueron que las prácticas tradicionales de las parteras son comunes en los grupos sociales que tienen escasos de servicios de sanitario. Sus funciones no están limitadas solo al parto; también dan consejería acerca de la nutrición, cuidados prenatales y la lactancia; así como, apoyo afectivo y emocional de las madres parturientas y sus familiares, siendo útiles para los cuidados perinatales (10).

## **Metodología**

La presente investigación se enmarco en un estudio de campo, por lo que, la información obtenida fue directamente de las parteras. Por lo tanto, fue un estudio cualitativo, porque la información se obtuvo a través de la entrevista, se recopilaron datos en forma directa del personal encargado de la medicina ancestral siendo las parteras un soporte para el análisis de datos.

El estudio se realizó en el Hospital Básico de Saraguro del Cantón Saraguro y estaba conformado por 7 parteras.

La presente investigaciones se consideró como criterio de inclusión a parteras que brindan atención en el Hospital Básico de Saraguro, ser parteras que han firmado el consentimiento informado y mujeres en embarazo, parto y puerperio que deseen colaborar con la partera para el presente estudio. Excluyendo a parteras que no pertenezca al Hospital Básico de Saraguro, negatividad en expresar a mujeres en embarazo, parto y puerperio. La técnica e instrumento que se empleó fue una entrevista semi-estructurada, la misma que permitió recopilar información acerca de los procesos realizados en la atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

## RESULTADOS

Como se puede evidenciar en el gráfico 1, las edades de las parteras se oscilan entre los 40 y 64 años de edad, el nivel de escolaridad es bajo, algunas de ellas manifiestan no haber estudiado, otras no han terminado la primaria y algunas terminaron la primaria. En relación al tiempo que ejercen la partería, las entrevistadas refieren tener entre 11 y 50 años de experiencia en esta profesión; tiempo que incluye la preparación, aprendizaje y acompañamiento de las actividades de partería aprendidas de forma transgeneracional. En referencia al tiempo que llevan prestando sus servicios dentro del MSP en el Hospital Básico de Saraguro manifiestan que es, desde hace 8 a 11. Del mismo modo las entrevistadas dieron varias razones que les motivó a ser parteras, entre las que se encuentran atender a su hija durante el parto, a la familia, para ayudar a las madres con bajos recursos, para dar una buena atención, acompañar a la mujer embarazada durante ese momento 30 importante. La mayoría de las parteras refieren que su aprendizaje proviene de la familia, específicamente de la madre, abuela, tía y en menor medida por vecinas mayores a ellas, que se dedicaban a esa labor. En relación a la pregunta que se necesita para ser partera, algunas de las entrevistadas manifiestan que es “un don” que nace en la persona, por otra parte, refiere que se debe ser fuerte, decidida, no tener miedo a los problemas y sobre todo las parteras coinciden que les debe gustar realizar la labor de partería, pues conlleva amor, paciencia y además ser hábil en la preparación de remedios para calmar los nervios y ayudar en el resfrió de la gestante.

**Gráfico 1:**  
**Variables Sociodemográficas.**

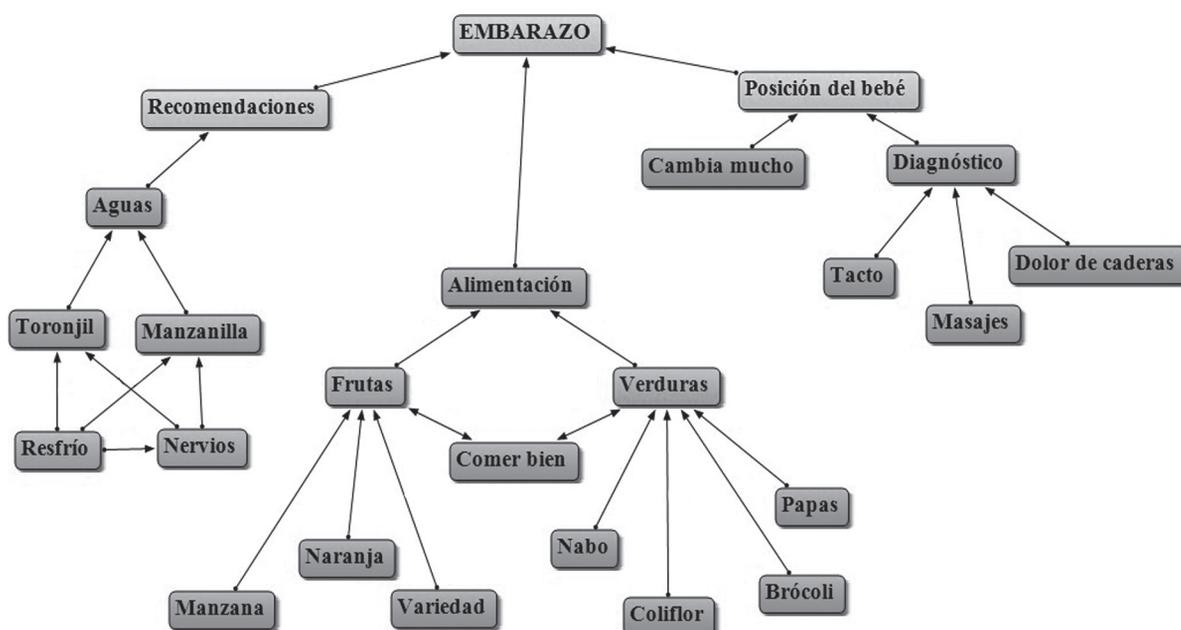


**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autoras

Durante el embarazo las parteras muestran conocimientos sobre la posición que tiene el bebé, para lo cual lo diagnostican mediante el tacto, haciendo masajes en el vientre, por el dolor en las caderas, siendo esta una de las prácticas que realizan cuando acuden a ellas durante el embarazo. También las parteras manifiestan que la posición del bebé cambia mucho durante el embarazo y cuando se acercan a los 8 meses el vientre “va bajando” encajándose de forma fetal. Las parteras también recomiendan a la mujer embarazada tomar agua de plantas medicinales para el caso de resfrió usando la manzanilla y para los nervios el toronjil. Sobre la alimentación las entrevistadas relatan que es muy importante en el embarazo alimentarse bien sobre todo comer variedades de frutas como la naranja y manzana; y verduras como el nabo, la coliflor y el brócoli ya que, todos estos alimentos tienen mucho hierro y vitamina C (Gráfico 2).

**Gráfico 2:**  
**Atención durante el embarazo.**



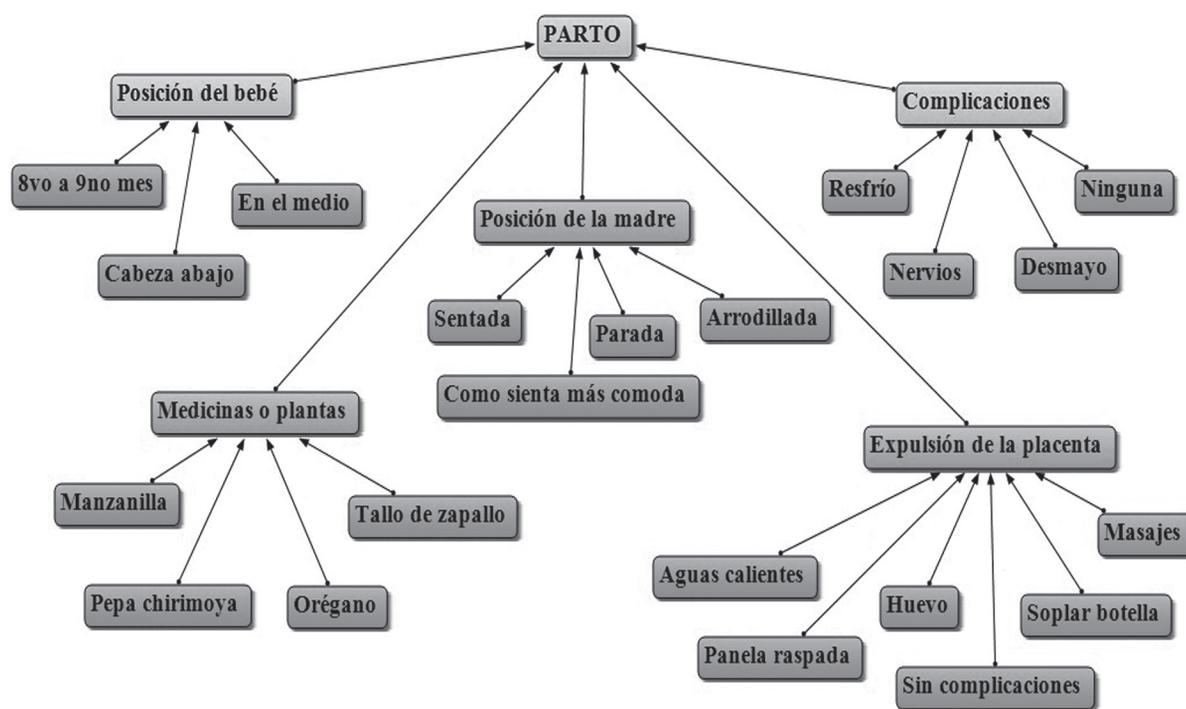
**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autoras

En la atención durante el parto, las entrevistadas refieren que en el 8vo y 9no mes la gestante está próxima a dar a luz por la posición del bebé, la mayoría vienen “cabeza abajo” pero que hay algunas gestantes que el feto está en el medio, por lo que la partera da masajes para lograr que se acomode en la posición correcta para el parto. Durante el parto, las comadronas entrevistadas recomiendan para calmar los nervios y tranquilizar a las madres la infusión de toronjil o perejil para lo cual machacan las raíces hacen hervir y luego le dan de tomar, también se les da semilla de chirimoya, orégano, y tallo de zapallo para que ayuden a acelerar el proceso del parto, a la dilatación y a la fase de expulsión del bebé. En cuanto a la posición de la gestante para dar a luz, las parteras recomiendan la posición que les sea más cómoda para la embarazada ya sea, sentada, parada o arrodillada, para la expulsión de la placenta las parteras relatan que no se han presentado complicaciones y que, si se llegara a presentar, las prácticas más comunes que utilizan son aguas calientes, panela raspada, huevo tibio, haciendo

soplar una botella y masaje en el vientre. En cuanto a las complicaciones durante el parto refieren las parteras que solo se han presentado resfríos, desmayos por falta de fuerza en el momento del parto y que se ponen muy nerviosas, pero que generalmente no existen complicaciones graves (Gráfico 3).

**Gráfico 3:**  
**Atención del parto.**



**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autoras

El gráfico 4 muestra las prácticas y atención de las parteras hacia las madres durante el puerperio, para lo cual las parteras refieren que no han tenido complicaciones en esta etapa y que lo más importante son los cuidados, para lo cual la alimentación es primordial, se recomienda en las primeras 48 horas tomar caldo de gallina criolla, y seguido alimentarse bien con variedades de alimentos como son, las frutas, las verduras y se les exhorta a no comer nada agrio. También se les recomienda no hacer fuerza y cuidarse del frío. En relación a los baños las parteras realizan visitas para ayudarles con el baño de los 5, 12, y 40 días. En el baño de los 5 recomiendan bañarse de los hombros para abajo, las pacientes deciden que aguas utilizar para el baño ya sea con frutas o montes del huerto y del campo. De igual manera en la visita de los 12 días realizan el baño de acuerdo a la petición de la paciente, pero las parteras recomiendan el baño del hombro para abajo para ello pueden utilizar ya sea granos y leche o como puede ser también con hojas de frutas o plantas del campo. En la visita de los 40 días realizan el baño de acuerdo a la petición de la paciente ya sea plantas del campo o flores en esta etapa la partera ya realiza el baño de todo el cuerpo incluida la cabeza, también los cuidados van enfocados a una buena alimentación, y tomar aguas de plantas medicinales que ayudan al alivio del dolor y a evitar sangrados o hemorragias, ya que una de las principales complicaciones en el puerperio es la hemorragia, sin embargo las parteras manifiestan que en los años que llevan de labor, si la madre sigue las instrucciones y toman el agua de montes se evita el sangrado.

**Gráfico 4:  
Atención durante el puerperio.**



**Fuente:** base de datos SPSS

**Realizado por:** autoras

## DISCUSIÓN

La cosmovisión indígena es un conjunto de saberes, creencias, valores, costumbres y sistemas de conocimiento basados en una percepción profundamente integrada con la naturaleza que articula la vida social de los grupos indígenas, es así que podemos comprender los resultados obtenidos en este estudio sobre la atención y prácticas que las parteras registradas en el Hospital de Saraguro realizan a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Las parteras que participaron del estudio tienen en promedio 40 a 64 años de edad y que llevan ejerciendo la partería entre 11 y 50 años de experiencia en esta profesión; tiempo que incluye la preparación, aprendizaje y acompañamiento de las actividades de partería aprendidas de forma transgeneracional; ellas manifestaron no tener estudios de tercer nivel y su principal motivación para ser parteras fue ayudar a mujeres cercanas a su familia o vecindad que no podían acceder a los servicios médicos pertinentes. Además, señalaron que sus conocimientos los adquirieron de manera empírica y como herencia de su madre, abuela o tías. En este contexto, la investigación de Arboleda y colaboradores en Colombia en el año 2014, titulada “Saberes y prácticas de las parteras” coincide con los planteamientos de las parteras de Saraguro, puesto que manifiesta que los conocimientos con los cuales prestan sus servicios y atención a la mujer gestante, parturienta y al niño, son empíricos y adquiridos a través de generación en generación; se encuentran enriquecidos con el entramado simbólico del cual forman parte los mitos, creencias y todo ese cúmulo de constructos socioculturales que les ha permitido desarrollar esta práctica con lo cual han alcanzado un estatus en su comunidad; además, algunas de las parteras tienen estudios de bachillerato, ninguna presenta estudios universitarios (7).

De acuerdo a los resultados obtenidos, el trabajo de las parteras debe concebirse como una ciencia de vida, que utiliza saberes ancestrales con predominio del uso de plantas medicinales como toronjil, perejil, orégano, tallo de zapallo, semillas de chirimoya, manzanilla, entre otros. Todas las parteras manifestaron el uso de la medicina tradicional natural para el alivio de molestias propias del embarazo, labor de parto o puerperio; dichos procedimientos coinciden con lo planteado por Pulido, Vásquez y Villamizar en Bogotá en el año 2012, en una investigación titulada “Usos de hiervas medicinales en mujeres gestantes y en lactancia”, reconoce que la medicina tradicional durante el parto se realiza a partir de infusiones de plantas medicinales basadas en las flores, hojas, frutos, cortezas y raíces, que son administradas como té, cocinado, frotado y/o cataplasmas. Sin embargo, se ha podido evidenciar que difieren en varias especies, las plantas medicinales usadas entre una región y otra dentro de Ecuador, siendo la investigación de Perlaza (2016) la que determina que entre las especies más utilizadas durante un parto natural son: Melloco, Contra-hierba, Linaza, Culantro, Lengua de vaca, Manzanilla, Tama-Tama, Mashua, Zanahoria Blanca, Granizo y Canayuyo, con diferentes fines terapéuticos.

En relación al cuidado del puerperio que manifestaron las siete parteras entrevistadas que pertenecen al Hospital Básico de Saraguro, hacen un señalamiento en torno a la atención de la madre, destacándose la higiene personal a través del baño de los 5, 12 y 40 días. Los dos primeros baños se realizan con montes, frutas o leche desde los hombros hacia abajo; el baño de los 40 días se realiza con plantas del campo o flores incluyendo la cabeza. Además, mencionan los cuidados en la alimentación materna, basados en el consumo de caldo de gallina criolla, frutas y se recomienda evitar el consumo de alimentos ácidos. Todos estos cuidados post-partos se validan con la investigación realizada de Chalán y Guamán en el Cantón Saraguro en el 2015, a todas las parteras de la población de Saraguro, quienes manifiestan los procedimientos en relación a la higiene física y alimentación de la madre, siendo: el baño de los 5 días, 12 días y 40 días, el consumo de alimentos nutritivos y culturales como el caldo de gallina criolla. Se observó una similitud en las recomendaciones realizadas por las parteras de los estudios mencionados, convergiendo en un objetivo común, que es el de velar por el bienestar y la salud de la madre y del niño (5).

A través de las entrevistas se pudo establecer que la partera recomienda la posición que sea más cómoda para la embarazada (sentada, parada o arrodillada). Además, para favorecer la expulsión de la placenta, se brinda aguas calientes, panela raspada, huevo tibio, se realizan masajes y se hace soplar una botella para inducir esfuerzo. La investigación de Berrío en México en el año 2015, una investigación titulada “Diversidad de atención durante el embarazo y el parto”, expone algunas de las prácticas de atención en salud tradicional y popular durante el parto en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. Las prácticas más destacadas de las parteras, se centra en el ámbito de la alimentación, el cuidado de la actividad física solo es restringido levantar objetos pesados, debido a que el embarazo es considerado natural y parte de la vida de una mujer. Las mujeres asisten a control de su embarazo a partir de la notoriedad de su vientre. Uno de los momentos considerados importantes en el parto es la participación de personas significativas, como: su esposo, su suegra y su mamá. La posición del alumbramiento es elegida por la mujer y la comodidad que ella sienta para tener al bebé, el estar con un familiar influye sobre el ánimo de la mujer y sirve de apoyo en sostenerla de frente, de espalda o sentada. Así también se manifestó que las parteras vigilan durante el alumbramiento el control de la temperatura corporal y ambiental (6).

El trabajo evidencia una atención de bienestar por las parteras en un trabajo sistematizado con los médicos, donde las mujeres toman el rol de protagonistas y son las que deciden su posición, acompañamiento, así también manifiestan sus emociones. El combinar factores de calidez con la atención biomédica eleva el compromiso de la salud brindada a los pacientes, quienes gozan del bienestar físico, mental y social en un momento trascendental como es el parto. En base a esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud señala la prioridad que tiene la mujer de elegir la posición para efectuar el parto y la persona que la acompañará durante el proceso (7).

Las parteras son más asequibles en el área rural, donde la maternidad desde hace mucho tiempo es considerada como sagrada. Los ritos, tradiciones, creencias, entre otras prácticas sustentan el respeto a la vida, en base a esta referencia el Plan Nacional del Buen Vivir orienta a la práctica del parto cultural como una estrategia que facilita el cumplir los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, siendo sus metas: reducir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional. De este modo se da cumplimiento a las garantías de salud y bienestar que busca los entes gubernamentales y sanitarios .

Bajo el mencionado esquema, el hospital básico de Saraguro cuenta con la implementación del parto culturalmente adecuado y son atendidas por un trabajo conjunto entre las parteras y el personal médico; dicha implementación ayuda a que tenga más acogida la asistencia oportuna a los centros de salud, especialmente por parte de las comunidades rurales. Dichas implementaciones, de acuerdo a la normativa propuesta por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, donde se impulsa la atención del parto culturalmente en función de reducir las muertes maternas, principalmente en las zonas donde habitan mujeres indígenas con bajo nivel de escolaridad (11).

Finalmente, la presente investigación aporta nuevos argumentos para que los conocimientos y prácticas de las comadronas se articulen con al sistema de salud en el país, potencializando el trabajo coordinado entre la medicina ancestral y la medicina occidental, a partir de un reconocimiento mutuo del valor y el sustento que tiene las dos profesiones en pro del cuidado de la salud de la mujer.

## CONCLUSIONES:

Mediante los datos obtenidos en la presente investigación a través de la entrevista simi-estructurada empleada y a toda la información bibliográfica utilizada en el marco teórico se concluye lo siguiente.

Las parteras tienen de entre 40 a 65 años de edad, tienen un nivel bajo de escolaridad, pues casi nadie ha terminado la escuela; las parteras llevan ejerciendo la partería de entre 11 a 50 años, y llevan prestando sus servicios de partera en el hospital de 8 a 11; las parteras han obtenido sus conocimientos por medio de sus familiares en especial de sus madres, abuelas o tías quienes se dedicaban a la partería. Durante el proceso de atención las parteras brindan atención a mujeres durante el embarazo realizando actividades como: masajes para conocer la posición del bebé, orientación acerca del consumo de alimentos. En relación al parto se enfocan en que la parturienta escoja la posición para dar a luz, realizan masajes para ayudar a la expulsión de bebé. En caso de presentar complicaciones en la expulsión de la placenta realizan actividades como el soplo de la botella y masajes en el vientre. Durante el periodo del puerperio se enfocan en la alimentación y los cuidados, también realizan los controles que son: en los 5, 12, 40 días post parto.

Las prácticas culturales que realizan las parteras en el proceso de atención son durante el proceso del embarazo recomiendan el uso de bebidas de plantas medicinales como hierbas aromáticas que generen bienestar a la mujer y su bebé, entre las que se destaca el uso de toronjil, manzanilla, llantén, entre otras. En el proceso del parto, utilizan varios tipos de bebidas de plantas medicinales como toronjil y manzanilla para calmar los nervios y tranquilizan a la parturienta, como también utilizan la semilla de chirimoya y tallo de zapallo para acelerar el proceso de dilatación y salida del bebé. En el posparto las parteras realizan visitas a los domicilios en los 5, 12, 40 días posparto en las visitas realizan baños a las parturientas utilizando diversas plantas medicinales para cada visita.

## Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. [Internet]. 2001. [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162s.pdf>
2. Constitución del Ecuador [Internet]. Ecuador: Lexis; 2008. [citado 20 Jul 2018]; Disponible en: [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
3. Who.int [Internet]: Who; 2018 [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Ganso AI. Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado. Rev. Historia. [Internet] 2016 [citado 21 Oct 2018]. Disponible en: <https://revistas.uva.es/index.php/edadmedia/article/view/582/559>
5. Chalán LV, Guamán MY. Concepciones y prácticas en la atención del embarazo, parto y postparto de las parteras tradicionales en las comunidades indígenas de Saraguro, Loja. [Tesis licenciatura]. Cuenca: Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería, Universidad de Cuenca. 2014. [citado 21 Oct 2018]; disponible en [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21443/1/Tesis Pregrado.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21443/1/Tesis%20Pregrado.pdf)
6. Berrío, L. Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales sobre los saberes locales de mujeres indígenas. Centro de Investigaciones y Estudios

Superiores en Antropología Social. [En línea] 2015. [Citado 22 oct de 2018.] [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13\\_3/13\\_3Art1.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art1.pdf).

7. Arboleda, R, y otros, y otros. Saberes y prácticas de parteras de Buenaventura frente a la primera infancia. Universidad de Manizales. [En línea] 2014. [Citado el: 22 oct de 2018.] <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1879/1/SABERES%20Y%20PRACTICAS%20DE%20PARTERAS%20DE%20BUENAVENTURA%20FRENTE%20A%20LA%20PRIMERA%20INFANCIA%202014..pdf>
8. Laza C, Ruiz CH. Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en el Valle del Río Cimitarra. *Cienc. Enferm* [Internet]. 2010 [citado 10 Oct 2018]; 16(1):69-76. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100008&lng=es)
9. Pelcastre B, Villegas N, De León V, Díaz A, Ortega D, Santillana M et al. Embarazo, parto y puerperio: Creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí. *Rev. Esc. Enferm.* [Internet]. 2005 [citado 10 Oct 2018]; 39(4): 375-382. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400002&lng=en)
10. Usandizaga JA, Fuente P. *Obstetricia y Ginecología*. Vol 1. 4a ed. Madrid España: Marbán; 2015.
11. Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Subproceso de salud intercultural. Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador [Internet]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2010 [citado 10 Oct 2018]. Disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D277.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf)

## Capítulo 17

# CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE FRASCO ABIERTO DE LAS VACUNAS EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES.

Tania Priscila Pacurucu Juela<sup>1</sup>  
sepacurucuj68@est.ucacue.edu.ec

Andrea Carolina Ulloa García<sup>1</sup>  
aculloag65@est.ucacue.edu.ec

Prissila Banesa Calderón Guaraca<sup>1,2</sup>  
pcalderong@ucacue.edu.ec

Edison Gustavo Moyano Brito<sup>2</sup>  
emoyanob@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** La política de frascos abiertos establece que las vacunas no hayan pasado su fecha de vencimiento, conservación de la temperatura; manejo del tapón del frasco y que sean manejados con prácticas asépticas. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de la política de frasco abierto de las vacunas en actividades extramurales del Distrito 01D01 y 01D02 de la ciudad de Cuenca, periodo mayo-octubre del 2018. **Materiales y métodos:** La investigación fue cuantitativa, con nivel descriptivo de corte transversal. La información se obtuvo a través de una encuesta y una ficha técnica observacional, el universo estuvo conformado por 88 profesionales de enfermería que realizan actividades extramurales en 38 Unidades Operativas que conforman el Distrito 01D01 y 01D02 pertenecientes a la ciudad de Cuenca. Los cuales fueron procesados a través del sistema estadístico del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15. **Resultados:** El 35,2% desconoce los criterios para la política de frascos abiertos; el 27,3% desconoce la normativa vigente respecto al manejo de frascos abiertos; el 10,2% desconoce el plan de emergencia y contingencia de manejo de vacunas. Con relación a la asepsia, el 92% no realiza la higiene de manos previo a la inmunización en la actividad extramural. **Conclusiones:** El cumplimiento de la política de frasco abierto de las vacunas en actividades extramurales del Distrito 01D01 y 01D02 de la ciudad de Cuenca, presenta falencias con respecto al conocimiento y aplicación de los criterios y la normativa de frasco abierto de vacunas.

**Palabras claves:** política de frascos abiertos, manejo de vacunas, cumplimiento, actividades extramurales.

## ABSTRACT

**Background:** The policy of open bottles establishes that the vaccines have not passed their expiration date, conservation of the temperature; bottle stopper handling and that are handled with aseptic practices. **Objective:** To evaluate the compliance of the policy of open vial of vaccines in extramural activities of the 01D01 and 01D02 Districts of the city of Cuenca, period may-october of 2018. **Materials and methods:** The investigation was quantitative, with descriptive level of cross section. The information was obtained through a survey and an observational data sheet, the universe was made up of 88 nursing professionals who perform extramural activities in 38 Operating Units that make up District 01D01 and 01D02 belonging to the city of Cuenca. Which were processed through the statistical system of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 15 program. **Results:** 35.2% do not know the criteria for the open-bottle policy; 27.3% do not know the current regulations regarding the handling of open bottles; 10.2% are unaware of the emergency and contingency plan for vaccine management. Relationship with asepsis, 92% does not perform hand hygiene and immunization in external activity. **Conclusions:** The fulfillment of the policy of the open bottle of vaccines in extramural activities of the 01D01 and 01D02 Districts of the city of Cuenca, presents flaws with respect to the knowledge and application of the criteria and the regulations of the open vaccine bottle.

**Key words:** open flask policy, vaccine management, compliance, extramural activities.

## INTRODUCCIÓN

Las campañas de vacunación tienen una importancia radical en la prevención de enfermedades y la salud de los habitantes de todos los gobiernos. De acuerdo a esto, se han planteado numerosas cruzadas cuyo objetivo ha sido mejorar el bienestar y garantizar la salud de los seres humanos. En este contexto, a nivel mundial y sobre todo de Latinoamérica se han planteado diferentes programas de inmunización, constando que cada Estado tiene un plan de vacunación nacional que a pesar de las condiciones sociopolíticas que se presentan, resulta indispensable para los seres humanos (1).

En el mismo orden de ideas se recalca que, cada año a nivel mundial se realizan evaluaciones de los procedimientos de vacunación, sobre todo a nivel extramural en comunidades rurales de los países en vías de desarrollo, por lo que el cumplimiento de las políticas de frasco abierto resulta fundamental para asegurar la salud de los habitantes (1).

En cuanto a la epidemiología de las enfermedades que se suscitan en los diferentes contextos, la prevención se presenta como una necesidad fundamental, puesto que, la mortalidad de los infantes menores de cinco años se debe a enfermedades que pueden ser fácilmente prevenibles a través de los procesos de inmunización (2).

No obstante, los procedimientos de vacunación por parte de los profesionales de enfermería deben ser efectivos y eficientes, lo cual, determina la prevalencia de las enfermedades como la diarrea o la neumonía, las cuales son las principales causas de muerte infantil a nivel mundial. En este marco conceptual, el cumplimiento de la normativa de preservación de vacunas y el seguimiento de la cadena de frío condiciona la preservación de ellas; cada biológico tiene características diferentes que obedecen a factores de temperatura, tiempo de uso, iluminación y transporte (3).

En este sentido, la capacitación del personal de enfermería, que es el principal encargado de las actividades extramurales de vacunación es primordial, ya que, al no cumplir las condiciones adecuadas por parte del personal de enfermería, las vacunas pueden no ser efectivas, por lo que la inmunización no cumpliría con su objetivo.

Con base a lo anteriormente expuesto, se desarrolló esta investigación la cual tiene como fundamento la problemática de que el conocimiento y la aplicación de las normativas de manejo de vacunas son deficientes, sobre todo en las actividades extramurales. Teniendo en cuenta que en el Ecuador se han presentado cambios en lo que respecta a la accesibilidad y derechos de salud para la población, aún hace falta la correcta capacitación de los profesionales (3).

## DESARROLLO

### Marco teórico

Las políticas de frascos abiertos de las vacunas en actividades extramurales, son normativas que ayudan a la conservación óptima del biológico para que al momento de ser administradas estos no causen daños al paciente. En este contexto, a nivel mundial y sobre todo de Latinoamérica se han planteado diferentes programas de inmunización, constando que cada Estado tiene un plan de vacunación nacional que, a pesar de las condiciones sociopolíticas que se presentan resulta indispensable para los seres humanos (1).

Un estudio realizado por Larios, Mejía y Meléndez en las unidades comunitarias de salud familiar de El Salvador, durante el 2015, titulado: “Aplicación de lineamientos técnicos para la conservación de la cadena de frío a nivel local” cuyo objetivo fue comprobar la aplicación de lineamientos técnicos para la conservación de la cadena de frío a nivel local. La metodología que utilizó para la investigación fue una ficha de observación y un cuestionario dirigido al personal de enfermería. Los resultados muestran que, el 29% del personal no conoce los lineamientos técnicos para la conservación de la cadena de frío, además, el 43% no posee un documento para registrar su aporte en el plan de contingencia de la unidad de salud. Sin embargo, el personal de enfermería no conserva los biológicos a una temperatura adecuada mientras se realiza el trabajo extramural, por lo que se concluye que los profesionales implicados en su manejo deben tener los conocimientos con relación a las políticas de frasco abierto de vacunas en actividad extramural (4).

Una investigación realizada por López en Bolivia en el año 2013, titulado “Relación entre la capacitación y antigüedad laboral del personal de salud con el cumplimiento de normas de vacunación segura” su objetivo fue determinar la relación existente entre la capacitación y antigüedad laboral del personal de salud con el cumplimiento de normas de vacunación, aplicando una metodología transversal analítico. Los resultados demostraron que existe riesgo 4 veces mayor de no utilizar jeringas vigentes en el personal sin capacitación previa, en capacitaciones que recibió el personal no se incluyó el tema de vacunación segura, por lo que hay 5 veces más riesgo de desconocer este tema. Se concluye que estas prácticas se llevan a cabo con debilidades, lo cual, ha sido determinante la implementación de prácticas de bioseguridad en las unidades de salud, en el cual, ha tenido principal intervención organismos como el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud «OPS» (5).

El estudio de Hilari realizado en Perú en el año 2015, titulada: Cadena de frío para la conservación de las vacunas. El objetivo de este trabajo fue conocer el mantenimiento de la cadena de frío para la conservación del biológico. El método de estudio fue transversal aplicada en 46 puntos de vacunación. Los resultados de esta investigación muestran que el 100% de profesionales maneja un rango de conservación de las vacunas entre los  $+2^{\circ}\text{C}$  a  $+8^{\circ}\text{C}$ , el 66,7% no registra la temperatura diaria. Al respecto, esta situación muestra que a pesar de que el personal conoce el nivel de temperatura correcto, una gran parte no aplica los conocimientos en la práctica con respecto al proceso de temperatura (6).

González investigó en el centro de salud urbano de la ciudad de Puyo, en 2015 una investigación titulada: “Conservación de las vacunas luego de actividades extramurales” con el objetivo de elaborar una propuesta que mejore la viabilidad de los biológicos para una adecuada inmunización. El diseño investigativo fue transversal, descriptivo, obteniendo como resultados que el 71.79% incumplen en la conservación de vacunas, concluyendo que la Unidad requiere de un sistema cuyo objetivo sea determinar las principales medidas a tomar y capacitar al personal para un correcto manejo de los biológicos. Sin embargo, el personal de enfermería tiene un déficit de cumplimiento en el manejo de vacunas luego del trabajo extramural ya que se reingresa la vacuna al refrigerador con el incumpliendo de los cuatro parámetros establecidos por la OMS (7).

Por su parte, un estudio realizado por Criollo, Gálvez y Guamán en el área de salud N°4 de la ciudad de Cuenca durante el 2014, sobre las medidas de bioseguridad en el PAI aplicadas al personal de enfermería con la finalidad de determinar las medidas de bioseguridad aplicadas en la unidad. El estudio fue de corte transversal, descriptivo, siendo la población de estudio el personal de enfermería del área de salud N°4. Se evidencia como principales resultados que, el personal evaluado tuvo un nivel de conocimientos alto (73,6%) con respecto a las medidas de seguridad que se deben aplicar en los procesos de vacunación, no obstante, el 28% no aplica las medidas de bioseguridad correctamente (8).

Con estos antecedentes, motiva la realización del presente estudio en busca de profundizar cual es el nivel de cumplimiento de las políticas establecidas para el manejo de vacunas una vez abiertas con el objetivo que persiguen los organismos de salud a nivel mundial, nacional, regional y local se fundamenta en promover la salud mediante la prevención de enfermedades y muertes. La inmunización ha demostrado ser una forma segura y efectiva para minimizar la morbilidad y la mortalidad de muchas enfermedades infecciosas (9).

## **Metodología**

Fue cuantitativa, porque recopiló y analizó datos de los profesionales de salud con respecto al cumplimiento de la política de frascos abiertos, lo cual implica el uso de herramientas estadísticas para el manejo de los resultados. Tuvo un nivel descriptivo pues, se trata de cuantificar la problemática del incumplimiento de la norma de frascos abiertos.

Así mismo fue de corte transversal en búsqueda de solucionar el problema, descomponiendo en partes con base a las variables analizadas, contrastadas con las diferentes definiciones que giran alrededor del objeto de estudio y con un periodo de tiempo específico; y de campo porque la recolección de información fue en el lugar de estudio. El universo de la presente investigación está constituido por 88 profesionales de enfermería que realizan actividades extramurales en 38 Unidades Operativas que conforman el Distrito 01D01 y 01D02 pertenecientes a la ciudad de Cuenca.

Debido al tamaño del universo, la muestra estuvo conformado por la totalidad del universo que cumplieron con las características del presente estudio.

## **Método**

El método utilizado es el deductivo ya que a través de la recolección de información de la muestra de estudio nos permitió razonar de manera lógica y adquirir conocimientos basados en los resultados de la investigación. En la cual se evaluó el cumplimiento de la política de frasco abierto de vacunas en actividades extramurales a través de una encuesta y una ficha técnica observacional.

El proceso de aceptación y validación de los instrumentos (encuesta y ficha técnica observacional) así como, la aplicación de la prueba piloto a 15 Unidades Operativas pertenecientes a Paute, posteriormente una vez tabulada la información en el sistema SPSS, se obtuvo un Alpha de Cronbach 0,778, garantizando la fiabilidad del instrumento.

El procesamiento de datos se lo realizó incorporando la información en el programa estadístico SPSS versión 15 para posterior análisis y descripción a través de tablas y gráficos.

## **RESULTADOS**

Tal como se muestra en la Tabla 1, de las 88 Unidades Operativas se obtiene que el 57,0% pertenece al Distrito 01D02; mientras que, las que se encuentran en el Distrito 01D01 representan el 43,0% del total de la muestra analizada.

**Tabla N° 1**  
**Distribución de 88 profesionales de enfermería, según Distrito**

<b>Distrito</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
01D01	38	43,0%
01D02	50	57,0%
Total	88	100,0%

**Fuente:** Encuestas realizadas, 2018

**Elaborado por:** Autores

Con respecto al conocimiento de la normativa vigente de manejo de frascos abiertos, se observa en el grafico superior que el 68,2% está al tanto de dicha normativa. Por el contrario, el 27,3% menciona no conocer la normativa para el manejo de frascos abiertos (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Conoce la normativa vigente de manejo de frascos abiertos**

<b>Conocimiento de la normativa vigente de manejo de frascos abiertos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	60	68,2%
No	24	27,3%
Total	84	95,5%
No responde	4	4,5%
Total	88	100,0%

**Fuente:** Encuestas realizadas, 2018

**Elaborado por:** Autores

Por otra parte, se observa en la tabla 3 que la mayoría de la población encuestada (86,4%) tiene conocimiento respecto al plan de emergencia y contingencia de manejo de vacunas; sin embargo, el 10,2% desconoce las medidas contingentes en el manejo de vacunas.

**Tabla N° 3**  
**Conoce el plan de emergencia y contingencia de manejo de vacunas**

<b>Conocimiento del plan de emergencia y contingencia de manejo de vacunas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	76	86,4%
No	9	10,2%
Total	85	96,6%
No responde	3	3,4%
Total	88	100,0%

**Fuente:** Encuestas realizadas, 2018

**Elaborado por:** Autores

Con respecto a los procedimientos aplicados en el manejo de la cadena de frío, en la tabla 4 se identificó que el 100% de profesionales que se encargan de ejecutar las actividades extramurales cumplen la cadena mediante el uso de cajas térmicas, termos y paquetes fríos tanto al inicio como al final de la jornada. No obstante, en la verificación de la ubicación de las vacunas en la refrigeradora el 94,9% cumple esta actividad al inicio de la jornada y 71,8% al final de la jornada.

Por otra parte, con base a los procedimientos aplicados en el manejo de la temperatura se evidenció que el 100% cumple con el registro de la temperatura del frigorífico anotando en la gráfica correspondiente al inicio y al fin de la jornada. En contraste, se identificó que en el cumplimiento de colocar los frigos en agua fría por 10 minutos antes de preparar los termos, el 25,6% no realiza este procedimiento; el 28,2% no cumple con la colocación de número de frigos correspondientes en cada termo al inicio de la actividad y el 89,7% no cumple con colocar el termómetro en cada termo al inicio de la actividad. Finalmente, que el 53,8% no cumple con desechar el biológico al terminar (tabla 4).

**Tabla N° 4**

**Lista de cotejo con respecto al cumplimiento de procedimientos en el manejo de vacunas**

N°	LISTA DE COTEJO	Cumple	No cumple
1	Cumplimiento de la cadena de frío mediante uso de cajas térmicas, termos y paquetes fríos al inicio de la jornada Extramural	100,0%	0,0%
2	Cumplimiento de la cadena de frío mediante uso de cajas térmicas, termos y paquetes fríos al final de la jornada extramural	100,0%	0,0%
3	Verifica la ubicación de las vacunas en la refrigeradora al inicio de la jornada extramural	94,9%	5,1%
4	Verifica la ubicación de las vacunas en la refrigeradora al final de la jornada extramural	66,7%	33,3%
5	Registra la temperatura del frigorífico y anota en la gráfica correspondiente al inicio de la jornada de trabajo	100,0%	0,0%
6	Registra la temperatura del frigorífico y anota en la gráfica correspondiente al final de la jornada de trabajo	100,0%	0,0%
7	Coloca los frigos en agua fría por 10 minutos antes de preparar los termos	74,4%	25,6%
8	Realiza el sacado de escarcha de los frigos antes de colocarlos en los termos	94,9%	5,1%
9	Coloca el número de frigos correspondientes en cada termo al inicio de la actividad extramural	71,8%	28,2%

10	Coloca el termómetro en cada termo al inicio de la jornada Extramural	10,3%	89,7%
11	El personal desecha el biológico al terminar la jornada extramural	46,2%	53,8%
12	Disponibilidad de cajas térmicas y frigos. Registro de temperatura. Plan de emergencia	100,0%	0,0%
13	El personal cumple sus actividades extramurales en las 4 a 6 horas establecidas de trabajo	74,4%	25,6%
14	Realizan la higiene de manos previo a la inmunización en actividades extramurales	7,7%	92,3%
15	Con qué realiza la asepsia del frasco abierto - Ninguno	7,7%	92,3%

**Fuente:** Encuestas realizadas, 2018

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

Una investigación de Villafuerte en 2017, en cuanto al nivel de conocimiento de los profesionales acerca de la cadena de frío, mostrando, apenas el 37,5% tiene un conocimiento muy bueno, debido a que cuentan con información poco precisa con base a la cadena de frío, los resultados negativos evidencian desconocimiento deficiente en el manejo de refrigeradores (10). Frente a estos este estudio demuestra resultados positivos, puesto que, el 100% del personal operativo en actividad intramural cumple este proceso mediante el uso de cajas térmicas, termos y paquetes fríos, tanto al inicio, como al final de la jornada laboral, además un alto porcentaje, verifica la ubicación de las vacunas en la refrigeradora.

Larios, Mejía y Meléndez realizaron un estudio en 2015, en el cual, se verificó que el 100% del personal de enfermería conoce el plan de contingencia para el manejo de vacunas, esto debido a que, en las unidades de salud que laboran cuentan con el plan actualizado (4). Estos resultados permiten evidenciar que una de las medidas para que el personal que desempeña labores extramurales tenga un mejor conocimiento de las normativas acerca del manejo de frascos abiertos es contar en la unidad de salud con planes actualizados y al alcance de los profesionales. Por otra parte, los resultados de la investigación referente al conocimiento de los criterios para la política de frasco abierto, denotan que, el 35,2% de profesionales implicados en el manejo de vacunas de las Unidades Operativas, no conocen los criterios para la política de frascos abiertos; asimismo, da a conocer que el 10,2% desconoce el plan de emergencia y contingencia de manejo de vacunas.

En un estudio de López en 2013, dio a conocer que, de la población analizada en esta labor, el 17% no se lava las manos de manera adecuada, haciéndolo una sola vez por jornada, incidiendo en un alto riesgo de contaminación (5). Asimismo, una investigación llevada a cabo por Díaz y Delgado en 2006, muestra que, del personal de enfermería, el 85% cumple con las normas de higiene y desinfección en actividades extramurales (11). En relación a este estudio se encontró un aspecto llamativo que el

92,3% de personal en actividad extramural de los Distritos analizados en la ciudad de Cuenca, no cumplen con la higiene de manos adecuada previo a la inmunización.

Bellodas Marjori en el 2015 realizo un estudio en el que se identificó que el 87% del personal de enfermería no ha recibido capacitación previa, ni durante el ejercicio del cargo, poniendo en riesgo a los vacunados, debido a la falta de conocimiento en el manejo de frascos abiertos para la vacunación (12). En relación en nuestra investigación se evidencio que existe un 97%de los profesionales de enfermería afirma haber recibido capacitación en cuanto al manejo de frascos abiertos de vacunas en actividades extramurales, misma que fue otorgada por el MSP, en su mayoría. Este factor es necesario para fortalecer el conocimiento del personal en manejo de vacunas. Al respecto, esta comparación permite conocer que, en los distritos analizados en la ciudad de Cuenca, si hay un mayor nivel de capacitación en comparación al estudio de Bellodas.

## **CONCLUSIONES**

Mediante la aplicación del cuestionario y los datos analizados, se evidenció que un alto porcentaje de profesionales desconocen los criterios sobre la política de frascos abiertos, así como la normativa vigente y el plan de emergencias o contingencias en el manejo de vacunas, siendo estos factores determinantes que influyen en posibles riesgos para la población implicada en el acto de la vacunación. Por otra parte se identificó que en el manejo de la cadena de frio de las Unidades Operativas de los Distritos analizados un nivel considerable no coloca el termómetro en los termos, incumpliendo uno de los parámetros establecidos por la OMS para la conservación del biológico. Además, se diagnosticó que el 92,3% de profesionales no cumplen con los procedimientos de higiene de manos antes de la inmunización en esta actividad.

## Bibliografía

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 octubre. Availablefrom: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14173:basic-measles-facts&Itemid=72231&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14173:basic-measles-facts&Itemid=72231&lang=es).
2. Msal.gob.ar. (2018). Programa Nacional de Salud Escolar. [online] Available at: <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/229-programa-de-> [Accessed 24 Oct. 2018].
3. Rodríguez N. Política de frascos abiertos multidosis. 2016 marzo.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención Integral en Salud. MSPAS; 2016.
5. Ministerio de Salud Pública. Evaluación Estrategica Nacional de Inmunizaciones. 2017.
6. OPS.<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3304/Taller%20sobre%20planificacion,%20administracion%20y%20eva>. [Online].; 2018 [cited 2018 m a y o 15. Availablefrom: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3304/Taller%20sobre%20planificacion,%20administracion%20y%20eva>.
7. Romero Cabello R. Vacuna y vacunación: fundamentos y manejo de las inmunizaciones. Médica Panamericana. 2013.
8. Larios Iraheta, A. C., Mejía Cáceres, J. L., y Meléndez Ventura, M. L. Aplicación de lineamientos técnicos para la conservación de la cadena de frío a nivel local, por el personal de enfermería en Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas, intermedias y Básicas del SIBASI Sur, Región Metropolitana, Departamento. 2015.
9. Hilari S. Manejo de la cadena de frío según la norma técnica de salud, por el profesional de enfermería, estrategia inmunizaciones. Tesis. Puno - Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2015.
10. Criollo D, Galvez G, Guamán M. Medidas de bioseguridad en el programa ampliado de inmunizaciones aplicadas por el personal de enfermería en el área de salud N° 4 de la ciudad de Cuenca. Tesis. Universidad de Cuenca; 2014.
11. López D. Relación entre la capacitación y Antigüedad Laboral del personal de salud con el cumplimiento de Normas de Vacunación Segura. La Paz - Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2013.
12. Bellodas Vílchez, M. M. G., & Terrones Díaz, M. S. (2016). Experiencias de los profesionales de enfermería en el cuidado de la cadena de frío en establecimientos de salud rurales, Huambos 2015.



## Capítulo 18

# CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO Y SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES GESTANTES, EN POBLACIÓN URBANA Y RURAL.

Aida Janneth Barbecho Narvaez<sup>1</sup>  
ajbarbechon64@est.ucacue.edu.ec

Karla Isabel Zhagui Quizhpi<sup>1</sup>  
kizhaguiq91@est.ucacue.edu.ec

Isabel Cristina Mesa Cano<sup>1,2</sup>  
vintimillam@ucacue.edu.ec

Edison Gustavo Moyano Brito<sup>2</sup>  
emoyanob@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Introducción:** El embarazo es una etapa que implica varios cambios físicos, psicológicos y sociales, en el cual se debe adquirir conocimientos adecuados sobre prácticas seguras de autocuidado e información sobre signos de alarma que se pueden presentar en la gestación. **Objetivo:** Establecer el nivel de conocimiento de autocuidado y signos de alarma en mujeres gestantes, de la población urbana y rural. Cañar 2019. **Métodos y Materiales:** Investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva de corte transversal aplicada a 171 embarazadas que acudieron al control prenatal a los Centros de Salud de Cañar y Suscal pertenecientes al área Urbano y Rural de la provincia del Cañar. Los instrumentos aplicados fueron dos cuestionarios sobre el conocimiento de autocuidado y signos de alarma en las gestantes. La tabulación y la determinación de los resultados se efectuaron mediante el programa estadístico SPSS 23, los cuales se presentaron en tablas de frecuencias y porcentajes, además de tablas cruzadas. **Resultados:** Se estableció que la mayoría de las participantes se encontraban en edades de 15 a 20 años, eran casadas, con una secundaria completa. Las participantes obtuvieron un nivel medio de conocimiento de autocuidado con el 60.8% y signos de alarma con el 38% correspondiente a la zona urbana y rural de la provincia del Cañar. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento que tenían las gestantes de las zonas urbana y rural fue un conocimiento moderado con respecto a las medidas preventivas, alimentación, hidratación, actividad física, vestimenta, sexualidad e interacción social y signos de alarma.

**Palabras clave:** EMBARAZO, CONOCIMIENTO, AUTOCUIDADO, SALUD MATERNA

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is a stage that involves several physical, psychological and social changes, in which specific knowledge about safe self-care practices and information about alarm signs that may occur during pregnancy should be acquired. **Objective:** Establishing the level of knowledge of self-care and warning signals in pregnant women in the urban and rural population. Cañar 2019. **Materials and Methods:** Quantitative, non-experimental, and descriptive cross-sectional research, applied to 171 pregnant women who attended prenatal control at the Cañar and Suscal Health Centers, belonging to the Urban and Rural area of the Cañar Province. The tools that were used, were two questionnaires about the knowledge of self-care and warning signals in pregnant women. The tabulation and determination of the results were carried out by means of the statistical program SPSS 23, which were presented in frequency tables and percentages, in addition to cross tables. **Results:** It was established that most of the participants were in ages of 15 to 20 years old, they were married, and with a complete secondary education level. The participants obtained an average level of self-care knowledge with 60.8% and alarm signs of 38% corresponding to the urban and rural areas of the Cañar province. **Conclusions:** The level of knowledge that pregnant women have in urban and rural areas was moderate regarding preventive measures, food, hydration, physical activity, clothing, sexuality and social interaction and warning signs.

**Key words:** PREGNANCY, KNOWLEDGE, SELF-CARE, MATERNAL HEAL

## INTRODUCCIÓN

La etapa del embarazo es un proceso fisiológico que empieza desde el momento de la fecundación hasta el trabajo de parto, que implica en la mujer varios cambios fisiológicos, emocionales y sociales, durante los nueve meses de embarazo (1). La Constitución de la República del Ecuador (2), dentro del artículo 35 considera que las mujeres que están en esa etapa son un grupo prioritario que requieren una atención oportuna, es por ello que el personal de salud principalmente el personal de enfermería, debe de estar capacitado para poder brindar información sobre cuidados que debe realizar la gestante y el reconocimiento oportuno de signos de alarma, el cual ayudará a la disminución de complicaciones obstétricas reduciendo los índices de la mortalidad materna.

La enfermería es una profesión multidisciplinaria que está encaminada al cuidado de los pacientes, basada en varias teorías dentro de las cuales está la teoría de Dorothea Orem (3), que plantea que el autocuidado “Son acciones de cuidado que el individuo independientemente lo realiza en el transcurso de la vida, manteniendo su propio bienestar”, por lo que esta teoría engloba un conjunto de actividades internos y externos que pueden mejorar la calidad de vida y el desarrollo posterior de la gestante (4).

A nivel de Latinoamérica en Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú, se ha encontrado que ha aumentado los índices de muertes maternas por complicaciones en la gestación, debido al déficit en la calidad de atención a las embarazadas, falta de conocimiento de las gestantes sobre un adecuado cuidado, demora en buscar una atención médica, difícil acceso a los establecimientos de salud y falta de personal sanitario, lo cual se presenta especialmente en comunidades alejadas (5).

Ecuador se ubica en el segundo lugar de mortalidad materna con el 69,3% de muertes por cada 100.000 nacidos vivos (6). Realidad que se refleja en la provincia del Cañar donde existe la tasa más alta de mortalidad a nivel de la zona 6 con el 142.1% según lo establece la Secretaria de Planificación y Desarrollo, especialmente en mujeres indígenas con un nivel de educación básica y que residen en zonas rurales (6).

## DESARROLLO

### **Teoría o marco teórico**

El embarazo normal o sin riesgo es aquel que desde la concepción, el progreso, desarrollo del embarazo y hasta el momento del parto, no han presentado ningún tipo de complicaciones o patologías que ponen en riesgo la salud o la vida de la madre y del hijo por nacer. El desarrollo de un embarazo normal se determina de acuerdo a la calidad de asistencia prenatal, además de los conocimientos y las prácticas de cuidado que adopte la mujer para mantener una gestación saludable (7).

El embarazo de riesgo es considerado como una problemática de salud pública, con una incidencia ascendente de estos embarazos en un porcentaje de 20 a 30%, provocando altos índices de muerte materna-fetal, particularmente se ha incrementado en los países no desarrollados, ocasionada por factores sociodemográficos, edad materna, residencia, difícil acceso a las instituciones sanitarias, estilos de vida poco saludables, entre otros. Se define como embarazo de riesgo aquel que presenta o desarrolla complicaciones o patologías en todo el proceso del embarazo W(8).

### Signos de alarma Obstétrica

Ticona , en el estudio realizado menciona que los signos de alarma son señales de peligro, los cuáles se pueden presentar en el transcurso del embarazo que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el feto si no son detectados a tiempo. Entre los principales signos y síntomas de alarma obstétrica están:

- Cefalea intensa y visión borrosa
- Náusea y vómito
- Disminución o ausencia de los movimientos fetales
- Edema en los pies, manos y cara
- Pérdida de líquido o sangrado vaginal
- Aumento de peso
- Fiebre
- Convulsiones
- Palidez y fatiga marcada

Aproximadamente en las gestantes existen un 15% que presentan algún tipo de complicaciones en el embarazo, la mayoría puede ser prevenible o tratable si se detectan de manera temprana. Se distinguen tres demoras que desencadenan la mortalidad materna: la primera se da por parte de la gestante y familiares al reconocer algún signo de peligro, la segunda hace referencia al difícil acceso a una atención calificada y la tercera se da al recibir una atención ineficaz por parte de las instituciones de salud (9).

La anemia en el embarazo es considerada como una patología hematológica que se presenta con mayor frecuencia, constituye un factor de riesgo porque produce un bajo peso al nacer en el feto, prematuridad, aborto espontáneo y muerte fetal, esto se produce por varios factores como infecciones agudas, hemoglobinopatías, inflamaciones crónicas, deficiencia de vitaminas y minerales especialmente de hierro, que es la causa común en el embarazo para que se desarrolle esta patología, además en el último trimestre es esencial el subir de peso debido a que el recién nacido obtendrá mayor cantidad de hierro para el crecimiento (10).

La anemia afecta al 50% a nivel mundial de todas las embarazadas, considerándose un problema de salud pública grave, relacionado con los estilos de vida, bajas condiciones socioeconómicas. La ENSANUT establece que la anemia se presenta en un 15% a nivel nacional, en donde a partir de los 15 años de edad se triplica en un 14.8%, existiendo mayor prevalencia en zonas con bajos ingresos económicos (11).

Es una de las principales complicaciones en el embarazo representando un 75% de muertes maternas, estableciéndose como una emergencia que provoca una tasa alta de mortalidad. La hemorragia obstétrica se caracteriza por la presencia de cualquier cantidad de sangrado vaginal independiente del periodo gestacional, tipo de parto, posparto hasta las 6 semanas puerperales, presentándose en la etapa de alumbramiento en un 5 a 10% (12).

### Trastornos hipertensivos

## **Metodología**

El presente fue un estudio cuantitativo debido a que tiene un diseño estructurado de recolectar, registrar y analizar datos obtenidos, implicando la utilización de herramientas informáticas, estadísticas y numéricas permitiendo así la interpretación de los resultados, fue prospectivo porque hace referencia a un tiempo futuro, es decir, desde una fecha hacia adelante, con un alcance descriptivo ya que presenta la realidad de circunstancias que se desea investigar y que se ha sometido a un análisis para evaluar las diversas situaciones del tema planteado, el diseño de investigación constituyó un procedimiento general del investigador para obtener respuestas a las interrogantes razón por la cual el estudio se basó en un diseño no experimental, ya que se observó procesos sin intervenir en su desarrollo y de corte transversal debido al lapso de tiempo establecido para concluirla. La muestra estuvo constituido por 171 embarazadas que acudieron al control prenatal a los Centros de Salud de Cañar y Suscal pertenecientes al área Urbano y Rural de la provincia del Cañar. Los instrumentos aplicados fueron dos cuestionarios sobre el conocimiento de autocuidado y signos de alarma en las gestantes. La tabulación y la determinación de los resultados se efectuaron mediante el programa estadístico SPSS 23, los cuales se presentaron en tablas de frecuencias y porcentajes, además de tablas cruzadas.

En el presente trabajo de investigación de incluyo a gestantes que acepten participar voluntariamente en la investigación y firmen el consentimiento informado, gestantes que acuden al Centro de Salud de Cañar correspondiente a la zona urbana, gestantes que acuden al Centro de Salud de Suscal perteneciente a la zona rural, excluyendo a mujeres embarazadas que firmaron el consentimiento informado, pero posteriormente expresan de manera verbal no continuar en la investigación.

## **RESULTADOS**

Según las características sociodemográficas de la población total se determinó que el grupo etario que prevalece se encuentra entre 15-35 años de edad con un porcentaje del 90.1%, el 0.6% son menores de 14 años y el 9.3% son mayores de 35 años, el 97.7% se auto identificaron como mestizas e indígenas y apenas el 2.3% como blancas, casadas el 46.2%, mientras que el 53.8% eran solteras, divorciadas o vivían en un unión libre, la mayoría pertenecían a una zona urbana el 58.5%, además el 89.5% convivían con otros, esposo y padres, mientras que el 10.5% vivían solas, con los hijos o hermanos, pertenecían a la religión católica el 80.7%, respecto al nivel de instrucción el 21.7% tenía primaria incompleta o completa, el 57.3% tenían secundaria incompleta o completa, el 16.9% con superior universitario incompleto o completo y apenas el 4.1% de las gestantes eran analfabetas, amas de casa el 56.7%, el 35.1% eran empleadas públicas o privadas, apenas 8.2% se dedicaban a otras actividades, con un ingreso menor al sueldo básico el 69% y solo el 4.1% tenía un ingreso mayor a \$715 (Tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Características sociodemográficas de las gestantes que acuden a los Centros de Salud de Cañar perteneciente a una zona urbana y Suscal perteneciente a una zona rural. Cañar 2019.**

	<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>EDAD</b>	Menor de 14 años	1	0,6%
	15-20	49	28,7%
	21-25	39	22,8%
	26-30	30	17,5%
	31-35	36	21,1%
	36-40	10	5,8%
	Más de 40	6	3,5%
<b>ETNIA</b>	Blanco	4	2,3%
	Mestizo	99	57,9%
	Indígena	68	39,8%
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera	40	23,4%
	Casada	79	46,2%
	Divorciada	2	1,2%
	Unión Libre	50	29,2%
<b>INSTRUCCIÓN</b>	Analfabeta	7	4,1%
	Primaria Incompleta	16	9,4%
	Primaria Completa	21	12,3%
	Secundaria Incompleta	46	26,9%
	Secundaria Completa	52	30,4%
	Superior Universitario Incompleto	18	10,5%
	Superior Universitario Completo	11	6,4%
<b>RESIDENCIA</b>	Urbano	100	58,5%
	Rural	71	41,5%
<b>OCUPACIÓN</b>	Empleada Pública	22	12,9%
	Empleada Privada	38	22,2%
	Ama de casa	97	56,7%
	Otro	14	8,2%

<b>RELIGIÓN</b>	Católica	138	80,7%
<b>CONVIVENCIA</b>	Sola	4	2,3%
	Esposo	42	24,6%
	Hermanos	2	1,2%
	Padres	40	23,4%
	Hijos	12	7,0%
	Otros	71	41,5%
<b>INGRESO ECONÓMICO</b>	Ingreso menor \$437	118	69,0%
	Ingreso medio \$560	46	26,9%
	Ingreso mayor \$715	7	4,1%

**Fuente:** Encuestas aplicadas a gestantes de los Centros de Salud de Cañar y Suscal

**Elaborado por:** Autores

En la tabla 2 de acuerdo a los meses de embarazo y controles prenatales se observó que el 77.8% de las gestantes se encontraba cursando 3ero, 4to, 5to, 7mo, y 8vo mes de embarazo, mientras que el 22.2% se encontraba entre el 1ero, 2do, 6to, y 9no mes de gestación, en relación a la asistencia a los controles prenatales se observó que el 78.9% tenían de 1 a 4 controles y solo el 21% tenían de 5 a 11 controles.

**Tabla N° 2**  
**Meses de embarazo y controles prenatales de las gestantes estudiadas.**

Variable	N°	Frecuencia	Porcentaje
<b>MESES DE EMBARAZO</b>	1	2	1,2%
	2	12	7,0%
	3	21	12,3%
	4	24	14,0%
	5	22	12,9%
	6	11	6,4%
	7	23	13,5%
	8	43	25,1%
	9	13	7,6%
<b>CONTROLES PRENATALES</b>	1	37	21,6%
	2	36	21,1%
	3	32	18,7%

	4	30	17,5%
	5	14	8,2%
	6	10	5,8%
	7	5	2,9%
	8	5	2,9%
	10	1	0,6%
	11	1	0,6%

**Fuente:** Encuestas aplicadas a las gestantes de los Centros de Salud de Cañar y Suscal

**Elaborado por:** Autores

Según la tabla 3 de acuerdo a las medidas de prevención se observó que el 53.8% respondieron correctamente a la pregunta porque las mujeres embarazadas deben acudir al control prenatal y el 69% respondieron incorrectamente en qué periodo es recomendable tomar hierro y ácido fólico, de acuerdo a la alimentación e hidratación el 88.9% sabe con qué frecuencia se debe consumir azúcares, dulces y el 77.8% respondieron incorrectamente a la pregunta con qué frecuencia se debe consumir carnes rojas, blancas y pescado, en actividad y reposo el 62% sabe qué tipo de actividad física debe realizar la embarazada mientras que el 69.6% no reconoce cuantas horas se debe dormir en el embarazo, el 53.2% sabe el calzado correcto que se debe utilizar, en sexualidad e interacción humana el 69.6% respondieron incorrectamente a cuando se debe tener relaciones sexuales en el embarazo sin riesgo y el 76% conoce en qué etapa del embarazo es fundamental contar con el apoyo de la familia.

**Tabla N° 3**  
**Distribución de los reactivos emitidos por la población de estudio**  
**según el conocimiento de autocuidado en el embarazo.**

CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO				
ITEM	CORRECTAS		INCORRECTAS	
Frecuencia		Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>MEDIDAS DE PREVENCIÓN</b>				
¿Con qué frecuencia debe acudir a control prenatal?	87	50,9%	84	49,1%
¿Por qué las mujeres embarazadas deben acudir al control prenatal?	92	53,8%	79	46,2%
Para tener un embarazo saludable ¿En qué periodo es recomendable tomar hierro y ácido fólico?	53	31,0%	118	69,0%
¿Con qué bebida es recomendable tomar estos suplementos?	58	33,9%	113	66,1%

<b>ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>				
¿En qué consiste una alimentación saludable en el embarazo?	71	41,5%	100	58,5%
¿Con qué frecuencia se debe de consumir frutas y verduras?	95	55,6%	76	44,4%
¿Con qué frecuencia se debe de consumir cereales, leguminosas y harinas?	67	39,2%	104	60,8%
¿Con qué frecuencia se debe de consumir leche, yogurt y queso?	103	60,2%	68	39,8%
¿Con qué frecuencia se debe de consumir carnes rojas, blancas y pescado?	38	22,2%	133	77,8%
¿Con qué frecuencia se debe de consumir azúcares y dulces?	152	88,9%	19	11,1%
¿Cuál es el aporte de líquido diario que se debe consumir?	44	25,7%	127	74,3%
Conoce usted ¿Cuál es el consumo adecuado de bebidas energizantes en la gestación?	106	62,0%	65	38,%
<b>ACTIVIDAD Y REPOSO</b>				
¿Qué tipo de actividad física debe de realizar la embarazada?	106	62,0%	65	38,0%
¿Cuál es el tiempo recomendado para realizar ejercicio físico en el embarazo?	103	60,2%	68	39,8%
¿Cuántas horas debe dormir en el embarazo?	52	30,4%	119	69,6%
<b>VESTIMENTA</b>				
¿Cuál es el calzado correcto que se utiliza en el embarazo?	91	53,2%	80	46,8%
<b>SEXUALIDAD E INTERACCIÓN HUMANA</b>				
¿Cuándo se puede tener relaciones sexuales en un embarazo sin riesgo?	52	30,4%	119	69,6%
¿En qué etapa del embarazo es fundamental contar con el apoyo de la familia?	130	76,0%	41	24,0%

**Fuente:** Encuestas aplicadas a las gestantes de los Centros de Salud de Cañar y Suscal

**Elaborado por:** Autores

En la tabla 4 se da a conocer que el conocimiento de autocuidado a nivel general que prevalece es de un nivel medio con el 60.8%.

Tabla 5. Distribución de los reactivos emitidos por la población de estudio según el conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo.

**Tabla N° 4**  
**Nivel de conocimiento de autocuidado de la población total.**

CUESTIONARIO DE AUTOCAUIDADO		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alto	39	22,8%
Medio	104	60,8%
Bajo	28	16,4%
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuestas aplicadas a las gestantes de los Centros de Salud de Cañar y Suscal

**Elaborado por:** Autores

En la tabla 5 en relación al conocimiento de signos de alarma en el embarazo, los signos que se mencionan son: náuseas y vómitos, dolor de estómago, sangrado vaginal, dolor tipo cólico, cefalea, zumbidos de oídos, visión borrosa, flujo vaginal verdoso o amarillento, pérdida de líquido transparente, aumento repentino de peso, edema, disminución de movimientos fetales, pérdida de conocimiento, dificultad respiratoria, convulsiones, aumento de la presión arterial y fiebre.

Los signos que más identificaron correctamente las gestantes fueron la disminución de movimientos fetales 95.9%, sangrado vaginal 95.3%, pérdida de conocimiento 91.8%, y edema 90.6% como signos de peligro y los que respondieron incorrectamente son: náuseas y vómitos en el primer trimestre 73.1%, aumento repentino de peso 63.2%, dolor de estómago 59.6% y aumento de fiebre con el 56.1%.

**Tabla N° 5**  
**Distribución de los reactivos emitidos por la población de estudio según el conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo**

CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA				
ITEM	CORRECTAS		INCORRECTAS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿En el primer trimestre una embarazada debe de acudir al centro de salud más cercano si presenta náuseas y vómitos frecuentes?	46	26,9%	125	73,1%
2. ¿Cuándo una gestante presenta alguna molestia, como dolor de estómago debe de acudir al centro de salud más cercano?	69	40,4%	102	59,6%

3. ¿La gestante debe acudir a un establecimiento de salud si presenta sangrado vaginal?	163	95,3%	8	4,7%
4. Si la gestante presenta dolor tipo cólico en la región pélvica ¿Se debe acudir al centro de salud más cercano?	110	64,3%	61	35,7%
5. Al presentar dolor de cabeza, zumbidos de oídos y visión borrosa es manifestación de una señal de alarma	89	52,0%	82	48,0%
6. El flujo vaginal con olor fétido, de color amarillo, verde o blanco de aspecto espeso es una señal de alarma	87	50,9%	84	49,1%
7. Una embarazada al presentar pérdida de líquido transparente, que no tiene olor, debe acudir de emergencia al hospital	139	81,3%	32	18,7%
8. El aumento repentino de peso es un signo normal durante la gestación	63	36,8%	108	63,2%
9. Si la gestante presenta edema (hinchazón) de pies, manos y cara es una señal de alarma	115	90,6%	16	9,4%
10. ¿La gestante al percibir que los movimientos de su bebé han disminuido debe acudir inmediatamente al centro de salud más cercano?	164	95,9%	7	4,1%
11. Es normal presentar en el embarazo pérdida de conocimiento	157	91,8%	14	8,2%
12. Si la gestante presenta dificultad para respirar debe acudir inmediatamente a un establecimiento de salud más cercano	88	51,5%	83	48,5%
13. ¿La aparición de convulsiones es normal en el embarazo?	147	86,0%	24	14,0%
14. El aumento de la presión arterial es una señal de alarma	141	82,5%	30	17,5%
15. Si la gestante presenta aumento de fiebre debe acudir al centro de salud más cercano	75	43,9%	96	56,1%

**Fuente:** Encuestas aplicadas a las gestantes de los Centros de Salud de Cañar y Suscal

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

En base al estudio realizado la edad que prevalece es de 15-35 años de edad con un porcentaje del 90.1%, el 0.6% son menores de 14 años, y el 9.3% son mayores de 35 años, estos porcentajes coinciden con el estudio realizado por Nava “et al” en el año 2016 (13), en donde se reportan porcentajes del 58.19% entre edades de 19 a 35 años de edad. Estos datos se asemejan y apoyan a la investigación realizada debido a que existe similitud en los resultados obtenidos. Similitud que manifiesta la OPS y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (14) en América Latina y el Caribe, en donde existe la segunda tasa más alta de embarazos en mujeres adolescentes, el cual manifiesta que cada año el 15% de los embarazos se dan en madres adolescentes entre edades comprendidas de 15-19 años, especialmente en países que tienen ingresos bajos y se encuentran en vías de desarrollo (15). Debido a que en la actualidad las mujeres empiezan su experiencia sexual a temprana edad, por lo que ha aumentado el número de embarazos en estas edades, habiendo mayor riesgo de complicaciones.

En relación a la variable estado civil se pudo identificar que el 46.2% de esta población eran mujeres casadas, mientras que el 53.8% eran solteras, divorciadas o vivían en un unión libre, igualmente, en el estudio de García “et al” 17 en el año 2018, se encontró un porcentaje del 46.8% de gestantes que son casadas, mientras que el 40.7% viven en unión libre y el 10.8% son solteras. Realidad que se evidencia según el Instituto Nacional de Estadística y Censos 18 realizado en el año 2010, en donde se demostró que en la provincia del Cañar el 39.4% de las mujeres son casadas, el 36.5% son solteras y el 9.9% viven en unión libre. Razón que se justifica debido a que muchas mujeres contraen matrimonio a temprana edad, ya sea por obligación, conveniencia y costumbres (16).

Sobre el conocimiento de autocuidado en las gestantes en una investigación realizada por Parada “et al” (17) en el año 2015, se demostró que un porcentaje del 63% de mujeres embarazadas que participaron en el estudio, tenían conocimientos adecuados con respecto a tener conocimientos sobre hábitos alimenticios idóneos, actividad física, asistir a controles prenatales, en cambio el 35% presentó conocimientos deficientes y solo el 3% no conocían ningún tipo de cuidados que se debe tener en el periodo de la gestación. Sin embargo, en el estudio realizado existe un nivel medio de conocimientos de autocuidado con el 60.8% según medidas de prevención, alimentación, hidratación, actividad y reposo, vestimenta, sexualidad, soledad e interacción humana y 16.4% tenían un nivel bajo de conocimientos. Este porcentaje se presentan debido a que una gran parte de las gestantes tienen ingresos económicos bajos, una educación mínima, residen en lugares alejados a los establecimientos de salud por lo que se demoran en llegar a estas instituciones, además no cuentan con los equipos necesarios y falta de personal que pueda brindar una atención y educación de calidad a las pacientes (18).

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sobre el conocimiento de signos de alarma en las gestantes demostraron que predominó un conocimiento medio con un porcentaje del 38.0% y 31.6% tenían un conocimiento bajo.

Se demostró que la mayoría de las embarazadas el 93% identificaron los signos y síntomas de alarma obstétricos como principales señales de riesgo para la gestante, con un nivel de conocimiento bueno

mayor al 70% en donde los signos de alarma más reconocidos en la investigación fueron sangrado vaginal, fiebre, ausencia de movimientos fetales, y convulsiones con un 86%, igualmente los signos de alarma obstétricos menos identificados por las gestantes fue el dolor abdominal.

Estos resultados se evidencian porque las embarazadas no reconocen los signos de alarma como un factor de peligro que pueden desencadenar complicaciones obstétricas o provocar muertes maternas, debido a que existe un déficit de información y educación sobre los principales signos de alarma, cuya información pudieron haber obtenido al asistir regularmente a los controles prenatales, especialmente en las gestantes que residen en parroquias rurales alejadas a las instituciones de salud.

### **Bibliográficas**

1. Amorim TV, Souza ÍEDO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Enfermería Glob*. 2017;16(2):500.
2. Constitución. Constitución del Ecuador. *Regist Of*. 2008;(20 de Octubre):173.
3. Acepto NO, Forzados DELOSM, Espa EN. fundamentos de enfermería. 2020;(2012):1–2.
4. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica*. 2014;36(6):835–45.
5. MENDOZA MARQUEZ M. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis. 2015;0:1–124.
6. Senplades. Agenda Zonal 6- Austro. Secr Nac Planif y Desarro [Internet]. 2019;1–34. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/06/Agenda-Coordinación-Zonal-Z6-2017-2021.pdf>
7. Unidas N, Salvador E, Serruya S, Latinoamericano C, Unidas N, Mundial B, et al. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. 2014;1–9. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9552:11-countries-in-latin-america-and-the-caribbean-have-reduced-maternal-mortality-new-un-data-show-&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:11-countries-in-latin-america-and-the-caribbean-have-reduced-maternal-mortality-new-un-data-show-&Itemid=1926&lang=es)
8. Materna M. Indicadores de Salud Materna y Perinatal Datos DHS Datos UNICEF. 2017;1–7.
9. Gómez MG, Prieto AP, Luisa N, González G, Lailla M. Mortalidad materna en España en el periodo 2010-2012: resultados de la encuesta de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO). 2016;59(5):342–9.
10. De Sá SA, Willner E, Pereira TAD, De Souza VR, Boaventura GT, De Azeredo VB. Anemia in pregnancy: Impact on weight and in the development of anemia in newborn. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):2071–9.
11. OPS OP de la S. Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Organización Panamericana de la Salud, USAID. 2008. 57 p.
12. Hernández MR. Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Rev Salud Bosque*. 2016;5(2):79.

13. Nava ML, Urdaneta M JR, González I ME, Labarca L, Silva Bentacourt Á, Contreras Benítez A, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela: 2011 - 2014. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(4):288–96.
14. UNFPA. UNFPA América Latina y el Caribe | América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo. Fondo Población las Nac Unidas [Internet]. 2018;1–5. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/news/américa-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-más-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
15. En S, Clara S, Clara V, Suleidy L, Rodríguez C. El Embarazo En La Adolescencia . ¿ Un Problema. 2011;1–13.
16. Amparo D, Rico P, Karime L, Fl AM. Actitudes Y Prácticas Clave En Gestantes Con Hijos Menores De 5 Años De La Ciudad De Fundamentals Em. 2012;33:67–74. Available from: <http://168.176.5.108/index.php/avenferm/article/view/36827/pdf8>
17. INEN. Fascículo provincial del Cañar. 2010;8.
18. Ciencias U De, Sancti M, De D, Elizabeth D, Elizabeth D. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac méd espirit.* 2017;19(3):89–100.



## Capítulo 19

# APLICACIÓN DEL MODELO DE MADELEINE LEININGER EN LOS ADULTOS MAYORES.

María Fernanda Pacheco Berna<sup>1</sup>  
maria.pacheco@ucacue.edu.ec

Diana Angelita Puente Guachun<sup>1</sup>  
dianaangepuente@hotmail.com

Lilia Carina Jaya Vásquez<sup>1,2</sup>  
ljayav@ucacue.edu.ec

Johnny Fabian Vizuela Carpio<sup>2</sup>  
jvizuela@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** La aplicación del modelo Sol Naciente, es eficiente para establecer cuidados transculturales enfocados al bienestar del paciente, teniendo en consideración su cultura, donde el paciente va a sentir que los elementos de su cultura son respetados. **Objetivo:** Aplicar el modelo de Madeleine Leininger a los adultos mayores de la parroquia Sidcay, cantón Cuenca periodo septiembre 2017-febrero 2018. **Materiales y Método:** Estudio Básico cuantitativo tipo exploratorio. El universo está constituido por los adultos mayores de 65 a 85 años de edad. La muestra probabilística consecutiva constituida por 226 personas. La técnica aplicada fue la encuesta, el instrumento fue un formulario de recolección de datos previamente validado, durante la investigación se garantizaron los procesos bioéticos, la información fue analizada en el programa SPSS 24.00 (versión evaluación). **Resultados:** Los datos demuestran que el modelo sol naciente es aplicable en este sector y a los de la tercera edad ya que su cultura es innata, el 99.6% residen en el sector rural, el 51.8% se dedica a la agricultura, el 69.5% viste tradicionalmente y el 59.7% sienten discriminación en servicios de salud, el 99.6% son católicos, el 78.8% consume agua de yerbas para mantenerse sanos, el 44.2% se curan de enfermedades con medicina ancestral. El 96.5% dice que utiliza medicina ancestral. **Conclusión:** Se observó que la mayoría de los factores sociales y culturales están arraigados a la población y la teorización de Madeleine Leininger es apropiada para llevarse a cabo en la comunidad.

**Palabras Claves:** Madeleine Leininger, Adulto mayor, Medicina tradicional, Transculturalidad.

## ABSTRACT

**Background:** The application of the Rising Sun model is efficient to establish cross-cultural care focused on the well-being of the patient, taking into consideration their culture, where the patient will feel that the elements of their culture are respected. **Objective:** Apply the Madeleine Leininger model to the elderly of the Sidcay parish, Cuenca canton period September 2017-February 2018. **Materials and Method:** Basic quantitative exploratory study. The universe is made up of older adults from 65 to 85 years of age. The consecutive probability sample made up of 226 people. The applied technique was the survey, the instrument was a previously validated data collection form, during the research the bioethical processes were guaranteed, the information was analyzed in the SPSS 24.00 program (evaluation version). **Results:** The data show that the rising sun model is applicable in this sector and to the elderly since their culture is innate, 99.6% reside in the rural sector, 51.8% are dedicated to agriculture, 69.5% wear Traditionally and 59.7% feel discrimination in health services, 99.6% are Catholic, 78.8% consume herbal water to stay healthy, 44.2% are cured of diseases with ancestral medicine. 96.5% say that they use ancestral medicine. **Conclusion:** It was observed that most of the social and cultural factors are ingrained in the population and Madeleine Leininger's theorizing is appropriate to be carried out in the community.

**Key words:** Madeleine Leininger, Elderly, Traditional Medicine, Cross-culturalism.

## INTRODUCCIÓN

La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con características diversas o procedentes de otros países o etnias presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día a día (1).

La población de adultos mayores en el mundo registra una tendencia creciente en la dinámica demográfica; por ello, las prácticas de cuidados de enfermería hacen necesaria la sistematización y la síntesis de las evidencias científicas acerca de la competencia cultural y la enfermería transcultural para mejorar la calidad de los cuidados a esta población (2).

Brindar cuidados al adulto mayor en la comunidad implica aprender del anciano sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como su nacimiento su adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con una historia de vida y en la cultura en la comunidad donde vive (3).

Leininger, la primera enfermera que dividió desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado, incentiva a muchos autores para que desde las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás (3).

La teoría de Madeleine Leininger expresa un propósito académico humanístico enfocado en el bienestar del paciente a través de los cuidados que les brindemos

a los mismos, es por ello que también se muestra la relevancia para distintos profesionales de la salud y para los países Latinoamericanos en los cuáles hay una diversidad étnica, donde las regiones de cada país marcan formas particulares de concebir el mundo y como consecuencia de enfrentar los procesos de salud/enfermedad (4).

“Los países enfrentan condiciones económicas en deterioro y la pobreza continúa siendo un obstáculo importante para la salud. La urbanización, el desempleo prolongado, el envejecimiento de la población y las crisis ambientales, sociales y políticas redundan en una mayor demanda de servicios de salud”.(5)  
“De hecho, en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas de la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud” (6).

## DESARROLLO

### Marco teórico

Según Sir Edward Tylor (1871), quien sostuvo que la cultura se refiere a la inclusión de conocimientos, creencias, arte, moralidad, leyes, costumbres y cualquier otra destreza y hábitos que adquieren los seres humanos en cuanto a miembros de la sociedad (7).

La Licenciada Sandra Pérez Pimentel realizó un estudio en Cuba el cual nos indica que la aplicación del modelo del Sol Naciente es eficiente para establecer cuidados transculturales de enfermería enfocados al bienestar del paciente donde el paciente va a sentir que los elementos de su cultura son respetados y que está siendo "cuidado" coherentemente con ellos (8).

MSc. Caridad Llanes Betancourt nos indica que la atención transcultural del anciano se debe de tener en cuenta en todos los aspectos de la sociedad a la cual pertenecen: su lenguaje, conocimientos, leyes, costumbres, etc. que otorgan a esa sociedad un carácter distintivo y su personalidad. En donde los elementos de la cultura se transmiten por tres instituciones: los elementos de la cultura son La familia, la religión, la escuela los y medios de curación (3).

Según Leininger (1978), cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para los demás, por lo que según esta teórica la cultura se define como los valores, creencias, normas, símbolos, grupos, instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (9).

## **Metodología**

Este estudio es de tipo Básico Cuantitativo de tipo Exploratorio, el universo para el presente estudio fue de 543 personas de la parroquia Sidcay de las cuales se utilizó la fórmula de Murray y Larry la cual se obtuvo una población de 226 personas las cuales fueron estudiadas dentro de nuestra población. En el presente trabajo se incluyeron a todos los adultos mayores que de acuerdo a investigaciones realizadas en cuanto al número de adultos mayores, resulta que el mayor porcentaje de adultos mayores están entre estas edades 65 a 85 años de edad en el periodo septiembre 2017- febrero 2018 que decidieron participar voluntariamente de la investigación aceptando con la firma de consentimiento informado y sin discriminación de género, excluyendo a la población escogida desde los 65 años de edad hasta los 85 años está considerada dentro del grupo de adultos mayores la cual será estudiada, dentro de la población de adultos mayores, mayor a los 85 años de edad es de difícil acceso y según el Instituto Nacional de Estadística y Censo la esperanza de vida es hasta los 90 años cabe recalcar la dificultad de comunicación verbal y la dependencia de adultos mayores se excluyeron de la investigación, y a todas las personas que no deseen voluntariamente participar de la investigación.

## **Método**

El método de esta investigación es Deductivo, el instrumento utilizado fue un formulario estructurado y utilizando como técnica la encuesta y la observación, guiadas en el metaparadigma de la teoría de Madeleine Leininger propias del estudio, previa a la aplicación de la encuesta los participantes debieron firmar un consentimiento informado aceptando voluntariamente su participación

## **RESULTADOS**

En los resultados se observa que casi la totalidad de la población encuestada refiere proceder del sector rural y tan solo una persona del sector urbano, por ser una parroquia rural casi el total de la población refiere ser procedente de la misma parroquia (tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Distribución de la población de estudio según la procedencia**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rural	225	99,6%
Urbano	1	0,4%
Total	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

Los resultados nos demuestran que de las personas que mantienen actividad laboral el 51.8% en su gran mayoría se dedica a la agricultura, mientras que el 4.4% dicen laborar en otras instancias tales como: limpieza, comercio y medicina natural (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Distribución de la población de estudio según su ocupación**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Agricultura	117	51,8%
Ganadería	7	3,1%
Artesanías	30	13,3%
Otros	10	4,4%
No labora	62	27,4%
Total	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

Cómo podemos observar en la tabla la mayoría de la población refiere que por su forma de vestir si se han sentido discriminados de una u otra manera en algún servicio de salud (tabla 3).

**Tabla N° 3**  
**Distribución de la población de estudio según la creencia de su vestimenta para acceder a un servicio de salud**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	133	58,8%
NO	91	40,3%
Total	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

En relación a la religión todos los encuestados son de religión católica, son fieles creyentes y devotos de Dios hasta la muerte puesto que sus raíces ancestrales les han inculcado mucho en sus vidas (tabla 4).

**Tabla N° 4**  
**Distribución de la población de estudio según la religión**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

El 78,8% de los encuestados toma agua de hierbas, ellos lo consideran como una costumbre aprendida por sus padres la cual toman al momento de despertarse y como una bebida que brinda ayuda en el momento de padecer alguna enfermedad, el 5,8% de los encuestados toma batidos naturales porque consideran como una bebida que brinda nutrición sobre todo en los desayunos y el otro 5,8% se realizan limpieas curativas considerando que si existen males que deben ser curados para mantener su estado de salud (tabla 5).

**Tabla N° 5**  
**Distribución de la población de estudio según las costumbres para mantener su estado de salud en buenas condiciones**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Toma agua de hierbas	117	51,8%
Toma vitaminas	7	3,1%
Toma batidos naturales	30	13,3%
Se realiza limpieas curativas	10	4,4%
Total	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

El 92,5% de la población utiliza medicina alternativa cuando se enferma puesto que la consideran como un medio de ayuda ante enfermedades que pueden prevenirse en casa y ellos consideran que no hay necesidad de acudir a un médico para tratárselas (tabla 6).

**Tabla N° 6**  
**Distribución de la población de estudio según si utiliza alguna medicina alternativa cuando se enferma**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
SI	209	92,5%
NO	17	7,5%
Total	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

El 78,3% de los encuestados nos indican que si siguen utilizando la medicina tradicional y los más significativos usos de las mismas se dan para el mal de ojo, malaire, parteras, curar del shungo ya que son prácticas que se siguen dando y que muchos creen que si existen y el 3,5% de los encuestados cree que si se sigue utilizando la medicina ancestral para curar del Shungo una supuesta afección que causa malestar a los niños (Tabla 7).

**Tabla N° 7**  
**Distribución de la población de estudio según el uso de medicina ancestral**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mal de ojo	15	6,6%
Mal aire	20	8,8%
Parteras	6	2,7%
Curar del Shungo	8	3,5%
Todas	177	78,3%
Total	226	100,0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Elaborado:** Autores

## DISCUSIÓN

El estudio sobre el Análisis de la inclusión social de los adultos mayores en la ciudad de Guayaquil, el factor predominio 83% no tiene conocimiento que existen programas de inclusión social y dentro del mismo estudio el grado de discapacidad de los usuarios con el 32% si padece de alguna discapacidad, mientras que en nuestro estudio sobre la aplicación del modelo de Madeleine Leininger, los usuarios también en un 76,1% desconocen la existencia de algún programa de inclusión al adulto mayor y haciendo referencia al grado de discapacidad en un 18,5% de los usuarios tiene algún tipo de discapacidad (10).

Luego de haber revisado varias investigaciones relacionadas con el estado de salud, nivel de educación, inclusión social, situación económica, abandono, capacidades especiales, costumbres, creencias y valores en el adulto mayor, a su vez examinadas y valoradas anteriormente en su gran mayoría no se ha podido realizar una discusión extensa por falta de investigaciones relacionadas al tema tratado y a su vez por falta de conocimientos de la misma teoría no se ha llevado a cabo investigaciones en este caso dentro de nuestro país, es por ello que se discute con trabajos de investigaciones de revista indexadas y científicas pero con un mínimo de preguntas para su discusión.

## **CONCLUSIONES**

Se indica que dentro del factor salud, casi la totalidad de la población encuestada toma medicamentos naturales tanto para la prevención como para la curación de las diferentes patologías que padecen tales como: hipertensión arterial, respiratorias y Oseas.

De acuerdo a los resultados podemos apreciar que si es aplicable el modelo sol naciente de Madeleine Leininger en esta población, debido a que se mantienen costumbres y tradiciones innatas es preciso mencionar que es una población altamente vulnerable por tratarse de personas que tiene sus propios hábitos de cuidado en cuanto a la salud se refiere.

Es por ello que Madeleine Leininger abarco su metaparadigma basado en 4 ejes como son: la persona, el entorno, la salud y la enfermería, los mismos que están enfocados en diversos factores orientados a nuestro estudio de los diversos cuidados que se deberían brindar a los usuarios, es por ello que la teorización si es apta para aplicar en la comunidad puesto que los adultos mayores están muy familiarizados con sus costumbres, creencias, valores y estilos de vida de los cuales se puede obtener un idóneo cuidado y a su vez es viable porque no solamente nos permite trabajar en este ámbito de los adultos mayores sino enfocarnos en todo una comunidad.

Es así de vital importancia que nosotros como futuros profesionales de salud ejecutemos nuestra profesión basándonos en esta teoría y nos orientemos para ponerla en marcha ya sea, en los centros de salud, hospitales y en las mismas comunidades donde brindaríamos un cuidado no solamente integro al usuario sino que permitiríamos que la prevención como la promoción de cierta enfermedad o patología sea mejor tratada y llevada a cabo.

## Bibliografía

1. Escobar BC, Paravic-Klijn T. Transculturality, an essential element to improving health care and nursing. *Enfermería Actual*. 2017;32(33):2–15.
2. Leal LMR, Ballén MNR. La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. *Cult los Cuid*. 2014;18(38):128–38.
3. Caridad M, Betancourt L. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria Transculturation in the community-based gerontologic nursing care. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2012;28(3):195–208. Available from: <http://scielo.sld.cu>
4. Bibiana M, Merchán O, Lucero A, Díaz L. Index de Enfermería Competencia cultural en salud : necesidad emergente en un mundo globalizado Cultural competence in health , a growing need in a globalized world. 2016;1–7.
5. Comité de Expertos de la OMS en el Ejercicio de la Enfermería (1995: Ginebra S, Comité de Expertos de la OMS en el Ejercicio de la Enfermería (1995 : Ginebra S. El ejercicio de la enfermería : informe de un Comité de Expertos de la OMS. 1996;
6. Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva \*. UNFPA, Ecuador [Internet]. 2008;(Iii):21. Available from: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
7. Laucirica Hernández C. Revista Habanera De Ciencias Medicas. *Rev Habanera Ciencias Medicas [Internet]*. 2007;6(5):1–15. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300003&script=sci_arttext)
8. Lic. Sandra Pérez Pimentel. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. *Camaguey* 2008. 2009;25:9. Available from: <http://scielo.sld.cu>
9. Islas P, Zesati G, Moya M. Una Propuesta Educativa En Enfermería Transcultural: El Caso De La Cultura Menonita. *Rev Enfermería Univ [Internet]*. 2011;8(3):43–9. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000300007%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n3/v8n3a7.pdf](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000300007%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n3/v8n3a7.pdf)
10. Coronel Bernal, G. M. (2015). Analisis de la inclusión social de los adultos mayores en la ciudad de Guayaquil.

## Capítulo 20

# EFFECTOS EMOCIONALES QUE PRODUCE LA RISOTERAPIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DEPRESIÓN.

Leonor Lucia Cuzco Patiño<sup>1</sup>  
llcuscop47@est.ucacue.edu.ec

Nube Johanna Pacurucu Avila<sup>1,2</sup>  
npacurucua@ucacue.edu.ec

Vicente Marcelo Tenemaza Ruilova<sup>2</sup>  
vtenemaza@ucacue.edu.ec

Rosa Mercedes Castillo Sigüencia<sup>3</sup>  
npacurucua@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería

3. Docente de la Universidad Técnica de Ambato



## RESUMEN

**Antecedentes:** El presente proyecto está enfocado en conocimientos y prácticas que se han impartido desde los años 70 sobre Risoterapia porque ella tiene un efecto de bienestar en pacientes de todas las edades más aun en los adultos mayores. **Objetivo:** Identificar los efectos emocionales que produce la Risoterapia en pacientes geriátricos con depresión en la Casa Hogar Miguel León, Cuenca, durante el periodo Septiembre 2017 – Febrero 2018. **Metodología:** El siguiente estudio de acuerdo al enfoque que persigue es cuantitativo de alcance descriptivo, no experimental de corte transversal. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 23.0, el universo corresponde a 14 adultos mayores asilados en la Casa Hogar Miguel León, de Cuenca; entre edades 60 años, al universo se aplicó criterios de inclusión y exclusión del estudio a más de las, realizados por el Psicólogo de la Institución y la aplicación del test de Yesavage. **Resultados:** se puede observar resultados muy favorables siendo estos que un 71% (10 Adultos Mayores) reevaluados lograron superar su depresión mientras que el 29% (4 Adultos Mayores) sigue en su estado de depresión según el test de evaluación Yesavage. **Conclusiones:** Se observó que la aplicación de la terapia de risa fue muy acogida por los pacientes debido a que se obtuvo beneficios emocionales de gran importancia para los pacientes tales como disminución de la depresión, eliminación del estrés y aumenta su autoestima.

**Palabras claves:** depresión, terapia, risa, humor, carácter, clown, Risoterapia, catarsis, holístico, lúdico.

## ABSTRACT

**Background:** the present project is focused in knowledge and practices that have been taught since 70's about laugh therapy because it has an effect of wellness in patients of all the ages even more in older's adults. **Objective:** Identify the emotional effects that laugh therapy produce in geriatric patients with depression in Older's Home "Miguel Leon", Cuenca, during the period September 2017- February 2018. **Methodology:** In the next study, according to the approach that pursues is quantitative of descriptive scope, not experimental of transversal cut. The data were processed with the statistical program SPSS version 23.0, the universe corresponds to 14 Elderly Adults in the asylum "Hogar Miguel León", from Cuenca; between ages 60 + years, to the universe criteria of inclusion and exclusion of the study were applied to more than those performed by the Psychologist of the Institution and the application of the "Yesavage" test. **Results:** very favorable results can be observed, being that 71% (10 Elderly Adults) reevaluated managed to overcome their depression while 29% (4 Older Adults) still in their state of depression according to the "Yesavage" evaluation test. **Conclusion:** It was observed that the application of laugh therapy was very welcome by the patients because emotional benefits were obtained of great importance for the patients like decrease in depression, elimination of stress and increase of self-esteem.

**Key words:** Depression, therapy, laugh, humor, character, clown, laugh therapy, catharsis, holistic, playful.

## INTRODUCCIÓN

La depresión forma parte de los Síndromes Geriátricos. Su prevalencia es variable, siendo mayor en instituciones geriátricas (34%), que en el medio hospitalario o en Atención Primaria. Pese a este porcentaje, se evidencia también dificultad para su diagnóstico. Se cree que un 20% de las depresiones no se detectan o no se tratan ya que, esta población tiene tendencia al enmascaramiento de síntomas y puede dar confusión con situaciones frecuentes asociadas a la edad, o pérdida de las capacidades físicas de la persona, entre otras (1). Es por eso que la risoterapia tiene como característica principal reunir a las personas de cualquier edad para reír y poder lograr un equilibrio en su salud emocional, de esta manera estaremos ayudando al organismo a liberarse de energías negativas, así como liberar el estrés que la mayoría de personas tienen (2). La risoterapia es concebida como una alternativa para enfocar desde otra perspectiva el humor, el mismo que sirve de ayuda a muchos pacientes consiguiendo que desarrollen más y de mejor manera sus habilidades personales, logrando obtener estabilidad física, en mayor medida la psíquica (3). Es así que se toma como una terapia complementaria a los tratamientos médicos convencionales, ya que la Risoterapia ayuda a mejorar el estado anímico, la motricidad, el razonamiento y la memoria en todos los pacientes; es por esta razón que el enfoque del estudio estará orientada a la aplicación en los adultos mayores (4). Para realizar esta investigación fue indispensable conocer las causas por las cuales los pacientes presentaban depresión la cual puede darse por un sentimiento de soledad, abandono, inseguridad, personas adultas mayores que no se sienten útiles para la sociedad, su familia y para sí mismos (2). En esta investigación también se conocerá los efectos emocionales que produce la Risoterapia en los pacientes geriátricos con depresión que viven en la Casa Hogar Miguel León, en la que estará enfocada esta investigación. Luego de finalizado el estudio se tratará de demostrar que la Risoterapia se utiliza como una alternativa para mejorar el estado emocional que los pacientes presentan frente a cualquier adversidad. El estudio trata de lograr que la Risoterapia sea más conocida por docentes, estudiantes y profesionales, lo más importante que la apliquen en sus pacientes con el fin de que sea más aceptada como un apoyo para los tratamientos médicos convencionales. En el presente trabajo se realizará una breve explicación de lo que es la depresión ya que es lo que afecta a los adultos mayores. Con todo lo expresado anteriormente conseguiremos dar a conocer la importancia de la Risoterapia para el desarrollo emocional de los pacientes, es así que se considera bueno que los profesionales de la salud como; enfermeras y doctores estén al tanto de cómo aplicar esta terapia alternativa para el bienestar de sus pacientes, caso contrario deben estar en las condiciones de delegar al personal capacitado para aplicar la misma, tomándose en cuenta que en la mayoría de los casos los pacientes geriátricos acuden al profesional médico más con problemas emocionales que por el mismo problema físico que le afecta. Tras la revisión de la literatura científica, concretamente la risoterapia, muestra numerosos beneficios en pacientes diagnosticados de depresión, como son mejorías en la concentración, precisión o relajación de la musculatura y estimulación de la circulación sanguínea, En el adulto mayor el envejecimiento afecta de forma muy variada, presentando problemas de: memoria, capacidad de razonamiento, personalidad, cognición y conducta, es así que en esta etapa se observara la disminución de las capacidades mentales y el rendimiento del adulto mayor. Sin embargo, se debe considerar que estas características van a variar de acuerdo a la patología que padece el individuo (4).

Esta situación por la que atraviesan los pacientes afecta de tal manera, que pueden desencadenar trastornos permanentes que los lleven a problemas más graves, como es el caso del trastorno distímico tornándose este último como el más común entre los adultos mayores. La depresión se ha

transformado en un padecimiento, en el que miles de personas tienen un sentimiento de angustia la misma se da sin importar las clases sociales o la edad, se estima que la cuarta parte mundial de la población puede estar pasando por un cuadro depresivo, debido a una pérdida de su vitalidad, cambios en su estilo de vida y estado emocional (5).

### **Marco Teórico**

Actualmente las personas que habitan en el mundo y cuyas edades oscilan entre 65 a 80 años, según Valencia B estos adultos mayores representan el 8% de la población mundial y de acuerdo con el mismo autor en 20 años el porcentaje se incrementara en un 20%; indica además que algunos de estos adultos mayores tendrán edades superiores a los 80 años como ejemplo nos indica que en Italia existirán personas de la tercera edad mayores de 90 años en el 2024; de la misma forma en China en el 2050 se espera que esta cifra de adultos mayores de 65 años alcancen los 330 millones, e inclusive, se incrementen un total de 100 millones más de las personas de la tercera edad mayores de 80 años (6). El aumento en la población de la tercera edad se ha considerado un fenómeno global, e incluso Diez Nicolás que es otro autor en el que se basa Valencia menciona que: “el envejecimiento de la población será mayor”; y que inclusive, se incrementara principalmente el número de los adultos mayores que se encuentren en edades más avanzadas (6). La psicogerontología en su visión contemporánea, a diferencia de la que predominaba en el último tercio del siglo pasado según la que, tan solo veía al adulto mayor en su senilidad, como una persona enferma y con tan solo un alto déficit de sus facultades tanto psicológicas como motrices; en la actualidad ella resalta los aspectos asociados al bienestar emocional en la vejes, esto incluso se observó en el desarrollo de la risoterapia, los adultos mayores se motivan mucho cuando se encuentran activos(7). En la actualidad la psicogerontología ha cambiado su concepto de envejecimiento pasivo, aceptando en el adulto una posición actitudinal más activa, estimulándoles para que desarrollen una actitud más participativa, motivando el desarrollo de más actividades físicas y cognitivas porque ellas favorecen el mantenimiento de su salud tanto psicológica como física(7). De la misma forma otros investigadores, crearon un modelo de fortalezas incorporadas al bienestar que permitan el progreso del potencial humano, las mismas manifiestan dimensiones como: sabiduría, valor, humanidad, justicia, templanza y trascendencia; estas pueden ser observadas como formas de comportamiento, de pensar y de sentir, al final se espera que estos valores motiven en el adulto mayor un funcionamiento óptimo. Se considera que estos valores se desarrollan mejor cuando se experimentan vivencias positivas las mismas que también coadyuvan en el incremento del bienestar subjetivo (optimismo, humor, gratitud, etc.)(7). En la época antigua se dice que la risa empezó en el imperio chino, debido a que su templo acogía a todas las personas que necesitaban de relajación, es por eso que se ha tratado de equilibrar la salud mediante la risa, en la India se practica la risa ya que en ese lugar existen templos sagrados, dedicados a impartir terapia de la risa, es por eso que se dice y observa que una hora de risa es más beneficioso que cuatro horas de yoga; inclusive en esta cultura se identificaba con la imagen de un payaso que resultaba ser un doctor, en la que tomaban con mucha importancia el poder curativo en los combatientes enfermos (8). Hipócrates, forma una vinculación entre la conducta humana y el humor, por esta razón se define al humor como algo que fluye del cuerpo y va a tener influencia en el carácter y por ende en la conducta (7). Existen algunos filósofos que no aceptan la práctica de la risa, como terapia: • Rivero, define a la risa como la medicina más económica. • Platón, mira a la a la risa como un vicio. • Aristóteles, define a la risa como algo feo que desarticula la voz y deforma el rostro. La Risoterapia en la edad media era practicada por los bufones para entretener a los monarcas; es por eso que el oscurantismo y su práctica iban en

contra de la religión por eso fue limitada; en 1860 se vuelve a retomar el tema de la risa por el filósofo Herbert Spencer, quien considera a la risa como un elemento de reparación significativa (9). Sigmund Freud, considera a las carcajadas como la liberación de las energías negativas, de la misma manera indica que la capsula cerebral liberara impulsos eléctricos malignos luego de empezar a reír (2). Albert Ellis, en la década de los 50 desarrolla la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual aporta humor en la psicoterapia. Connell, en los 60 y 70 inicia el desarrollo de la Teoría Terapéutica de Natural High Theory, esta tiene como propósito usar al humor para deshacer emociones autoderrotistas, de esta manera se motiva el desarrollo de la personalidad y se puede manejar mejor las crisis. Norman Cousins, quien padecía una enfermedad irreversible, le practicaron la terapia de la risa, luego de recibir esta terapia observo los beneficios de la misma; con la experiencia compartida por Norman Cousins la comunidad científica empieza a considerar a la Risoterapia como una terapia alternativa de sanación (10). Modoy, mira los beneficios de la Risoterapia por medio de la exclusión de emociones sabiendo interactuar en situaciones difíciles. Patch Adams, en 1972 relaciona a la risa con el cuidado médico, de esta forma fundó el centro Gesundheit. Se incrementa el humor a finales del siglo XX, en relación a la intervención terapéutica, como se puede observar en el código deontológico de los Pupaclown citando el Artículo 2.- Los artistas en el hospital o centro de salud, realizan actos que provienen de su competencia artística(11). El motivo de la realización de esta terapia, nos sirve para ayudar a q tanto los niños como sus familiares soporten de una forma más positiva la hospitalización se apoya para ello en motivar su actividad humorística y su fantasía como una base que ayude a que acepten el cuidado. Las personas responsables de la terapia también deben estar conscientes que su intervención debe ser orientada a mejorar el bienestar de los niños y de sus familiares; así como del personal de salud. Deben actuar manteniendo respeto y fortaleciendo el trabajo del equipo de salud, porque ello ayuda a que la estancia tanto del niño como del familiar sea una experiencia 10 más positiva como se ha explicado en algunas investigaciones publicadas referentes al tema(2). Tomando en consideración lo escrito en el párrafo anterior se utilizó toda la fundamentación de la misma para ser aplicada en la terapia de los adultos mayores.

## **Metodología**

El presente estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, se incluyó a pacientes que se consideraron para el trabajo de investigación son los geriátricos con 60 años o más, pacientes con depresión residentes en la Casa Hogar Miguel León, y se aplicara el test Yesavage. Excluyendo a pacientes que no deseen participar voluntariamente en este estudio y que no firmen el consentimiento informado.

## **Método**

El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el formulario en el que se encuentra tipificada la Escala de Yesavage, la misma que nos ayuda a extraer el nivel de depresión que tiene cada adulto mayor que forma parte del estudio en el antes y después de aplicada la terapia de la risa.

Mediante la escala de depresión geriátrica constituida por 15 preguntas cada una con una valides de 0-1, considerando puntuaciones de 38 0-5 como normal, puntuaciones de 6-9 como probable depresión y más de 10 puntos como depresión establecida

Se inicia la ejecución del estudio aplicando en primer lugar la entrevista y el test de Yesavage a cada uno de los 14 adultos mayores que conforman la muestra tomada al azar, al aplicar la entrevista y el test de Yesavage. nos ayudó a descubrir que el nivel de depresión que presentaban los adultos mayores,

luego de realizar la entrevista y aplicar el test se comienza el taller sobre Risoterapia con una duración de cinco días, aplicando a los 14 adultos mayores, transcurrido este tiempo al sexto día se realiza nuevamente la entrevista y se aplica el test de Yesavage.

Se utilizó el programa IBM SPSS STATISTICS versión 15 para la tabulación del test de Yesavage aplicado y poder realizar el análisis correspondiente de las tablas de frecuencia y porcentajes de pacientes geriátricos con depresión.

## RESULTADOS

Se observan cambios verdaderamente significativos en las respuestas obtenidas, que se demostró que con la aplicación de la risoterapia presentaron cambios significativos en su accionar y actitud emocional obteniendo que el 71% disminuyo su estado de depresión mientras que el 29% permanecieron con depresión. (tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Distribución de los valores de depresión antes y después de la risoterapia**

Resultados obtenidos		
Antes de la risoterapia	Después de la risoterapia	
100% depresión	71% Depresión disminuida	29% Depresión
14 adultos mayores	10 Adultos mayores	4 adultos mayores

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Autores

De la población estudiada se pudo observar que el 57,14% eran de sexo femenino, además se pudo observar que las personas que presentaron depresión luego de la risoterapia fueron mayoritariamente de sexo femenino con edades comprendidas entre 70 y 88 años.

**Tabla N° 2**  
**Distribución de la población según el sexo**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	42,86%
Femenino	8	57,14%
Total	14	100,0%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Leonor Lucia Cuzco Patiño

## DISCUSIÓN

Quintero A, Henao ME, Villamil MM, León J. observaron que al aplicar la terapia de la risa las personas que más se beneficiaron de la misma fueron las comprendidas en edades entre los 65 y 75 años; así como los individuos que los cuidaban, los autores antes mencionados indican que los menores de 65 años apenas comienzan a adaptarse a este nuevo ciclo de vida y concluyen que puede ser posible que este factor impida que sean más receptivos frente a la terapia, según los reportes encontrados y los resultados de este estudio se observó que los adultos mayores de 65 años son más vulnerables debido a su estado de salud y grado de dependencia (5).

En consecuencia, mientras Quintero Á, Henao ME, Villamil MM, León J. observaron que las personas que se beneficiaron de la terapia eran los adultos mayores de 65 a 75, en este estudio se pudo observar que no solo traerá buenos resultados en las edades de 65 a 75 años sino que para todos los adultos mayores debido a que se beneficiaron de esta terapia sin diferencia de edad (5).

Hill y Smith (2015) indican que la participación basada en la psicología positiva y aplicada a la psicogerontología, cuando son encaminadas al envejecimiento activo y saludable pueden ir más allá de los factores ambientales y las estrategias compensatorias porque ayudan a prevenir el déficit biopsicosociales. La actuación que desarrollan en el envejecimiento positivo buscan a través de la aceptación, la gratitud, el perdón y el altruismo permitir que las personas adultas mayores se adapten a sus situaciones y preserven su bienestar emocional (12).

Wong (2014, 2015) añade que los adultos mayores con altos niveles de bienestar mantienen también una vida significativa, es decir, dan sentido y propósito a su existencia mediante recursos como la espiritualidad y otros como los sociales y psicológicos adecuados ayudando a enfrentarse a las adversidades aceptando y dando significado a sus experiencias (7).

Con las teorías de Hill y Smith, Wong, se ha podido comprobar que la aplicación de la psicología positiva realizada mediante la Risoterapia en los pacientes del centro gerontológico determina beneficios emocionales en los pacientes, por lo tanto la Risoterapia debería ser apreciada como un tratamiento 71 alternativo por los profesionales de la salud, siendo un complemento que ayude a mejorar tanto el ambiente de trabajo de los profesionales de salud como en la recuperación del paciente (12).

## CONCLUSIONES

Se observó que la aplicación de la terapia de la risa tuvo una gran acogida por parte de los adultos mayores, ya que obtuvo beneficios emocionales como la eliminación del estrés, disminuye la depresión, proceso de regresión, exteriorización, etc.

Mediante las actividades realizadas se logró observar que la autoestima de los pacientes se incrementaba conforme avanzaba la terapia, de esta manera se logró que muchos más pacientes formaran parte del grupo. Se observó la capacidad de los pacientes de asimilar y diferenciar lo positivo y negativo de lo que les sucede, ya que se trabajó su estado emocional.

En fin, concluir que la risa es altamente contagiosa, rebaja tensiones, fortalece el sistema inmunitario y alivia el estrés. Además, estrecha el vínculo con otras personas. A veces, una buena sonrisa a tiempo vale más que mil palabras.

## Bibliografía

1. Sheila P., Vegas A, En G, Trabajo E, Ángel M, Bravo E. Universitat de Lleida Efectos de la risoterapia en pacientes geriátricos institucionalizados con sintomatología depresiva *Laughter Therapy effects in elderly institutionalized patients with depression symptoms Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia* [Internet]. 2015 May [citado 2020 Oct 22]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/57374>
2. Velázquez L. El poder terapéutico de la risa. *Bioeth Updat*. 2015 Jul 1;1(2):130–42.
3. Espitia Ricaurte SN, Carmona Plazas MF, García Figueredo JP. Repositorio Institucional UCC: Estrategia de acompañamiento desde la risoterapia para efectos del maltrato físico y psicológico en niños de 6 a 12 años en Bogotá, remitidos a la Fundación Hogares Claret en el año 2015 [Internet]. 2015 [citado 2020 Oct 23]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/13376>
4. Forero Esquivel Natalia Forero Gil Deisy J Torres Fruto Director JC, Arturo Jaramillo Moreno R. EXPERIENCIA DEL CLOWN Y PERSONAL DE LA SALUD EN RISOTERAPIA [Internet]. Centro de Recursos para el aprendizaje y la investigación. 2016 [citado 2020 Oct 23]. p. 116. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3654/Forerojhenny2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Quintero Á, Henao ME, Villamil MM, Cardona JL. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomedica* [Internet]. 2015 Mar 1 [citado 2020 Oct 23];35(1):90–100. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2316/2695>
6. ys Naranjo Hernández Y. The population's aging in Cuba: a challenge. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2015 [citado 2020 Oct 23];17(3). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol30\\_3\\_11/ibi06311.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol30_3_11/ibi06311.htm)
7. Jiménez MG, Izal M, Montorio I. Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicol* [Internet]. 2016 [citado 2020 Oct 23];23(1):51–9. Disponible en: [www.elsevier.es/sumapsicolhttp://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.0010121-4381/http://www.elsevier.esel20/04/2016](http://www.elsevier.es/sumapsicolhttp://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.0010121-4381/http://www.elsevier.esel20/04/2016). Copiaparausopersonal,seprohíbelatransmisióndeestedocumentoporqualquiermediooformato.

8. De Medicina F, De Enfermería EAP, Maria R, Salas C, Ángela A, Cornejo R, et al. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS "EFECTIVIDAD DE LA RISOTERAPIA EN LA. 2015.
9. Amat\* D. Platón y Aristófanés leídos por Leo Strauss, o la risa como expresión del pensamiento político. Anacronismo e Irrupción Tragedia, Comed y política [Internet]. 2015;5:79–116. Disponible en: file:///C:/Users/Equipo/Downloads/Dialnet-PlatonYAristofanesLeidosPorLeoStraussOLaRisaComoEx-5667728.pdf
10. Maria Plaza Carmona. LA RISOTERAPIA COMO COMPLEMENTO A OTRAS TERAPIAS MÉDICAS. 2015;7(ISSN 1989-3884):7. Disponible en: file:///C:/Users/Equipo/Downloads/140-451-1-PB.pdf
11. Rodríguez Quezada, Fanny, Rojas Verdugo EP. Risa y Risoterapia en el campo de la salud y sus beneficios en algunos contextos: Una breve revisión. 2017;1:4. Disponible en: file:///C:/Users/Equipo/Downloads/91-Texto del artículo-314-1-10-20180102.pdf
12. Jiménez MG, Izal M, Montorio I. Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. Suma Psicol. 2016 Jan 1;23(1):51–9.

## Capítulo 21

# CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA EN LA TOMA DE MUESTRAS DEL TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL.

Jessenia Paulina Benites Beltrán<sup>1</sup>  
ypbenitesb94@est.ucacue.edu.ec

Cristian Ignacio Guiñansaca Arévalo<sup>1</sup>  
ciguinansacaa13@est.ucacue.edu.ec

Marcia Yolanda Cobos Alvarracín<sup>1,2</sup>  
mcobos@ucacue.edu.ec

Gloria Cecilia Durazno Montesdeoca<sup>2</sup>  
gdurazno@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** El Tamizaje Metabólico Neonatal es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los bebés, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo. **Objetivo:** Establecer el cumplimiento del procedimiento y técnica en la toma de muestras del Tamizaje Metabólico Neonatal por parte de los profesionales de enfermería en los Distritos 01D05 y 01D01 (en la provincia del Azuay en el periodo mayo – octubre de 2018). **Metodología:** Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, observacional de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal, el método utilizado para procesar los datos fue el programa estadístico SPSS 23 los mismos que son representados por tablas con porcentaje, el instrumento utilizado para la recolección de datos es una ficha de observación. **Resultados:** De los procedimientos observados en los Centros de Salud si existe cumplimiento del protocolo, el resultado más alto registrado fue del 100% y el mínimo del 2,4 % estos porcentajes corresponden a diversas actividades desarrolladas en cuanto a la técnica y el procedimiento del Tamizaje Metabólico. **Conclusiones:** El cumplimiento y técnica establecidas por el Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal y puesta en marcha por el Ministerio de Salud Pública se lleva a cabo en mayor parte por el personal de enfermería que está a cargo de la toma de muestras, el porcentaje más alto en cuanto al cumplimiento fue de 100% y el mínimo de 2,4% correspondientes a distintas técnicas y procedimientos observados.

**Palabras claves:** Tamizaje, metabolismo, patologías, enfermería, recién nacido, muestra, Distrito, observación

## ABSTRACT

**Background:** Neonatal Metabolic Screening is a project of the Ministry of Public Health of Ecuador, whose objective is the prevention of intellectual disability and early death in newborns, through early detection and management of metabolic errors. **Objective:** To establish the compliance of the procedure and technique in the sampling of the Neonatal Metabolic Screening by the nursing professionals in the districts 01D05 and 01D01 (in the province of Azuay in the period May - October 2018) **Methodology:** A research was carried out with a quantitative, observational, descriptive prospective cross-sectional approach, the method used to process the data was the statistical program SPSS Statistics 23, which are represented by frequency tables, the instrument used for the collection of data. data is an observation sheet. **Results:** observations were made in District 01D05, most of the nursing staff comply with the protocol, the highest non-compliance occurs when washing hands. In District 01D01, 41 procedures were performed in which it was evidenced that there was compliance with the established protocol, most of which failed to wait for the autonomous drying of the blood drops. **Conclusions:** Compliance and the established technique for the Screening Project. Neonatal Metabolic and Implemented for the Ministry of Public Health is carried out mainly in the nursing workplace and load the sampling. and the minimum of 2.4% corresponding to different techniques and procedures.

**Key words:** Screening, metabolism, pathologies, nursing, newborn, sample, District, observation.

## INTRODUCCIÓN

El escrutinio para reconocer errores metabólicos presentes en el nacimiento se inicia con la percepción del científico Archibald Garrod en el año 1902 quien recalcó la posibilidad de la herencia de los déficits químicos específicos en el metabolismo por herencia, posteriormente en la década de los 60 el Dr. Robert Guthrie inventó la técnica para el diagnóstico neonatal de la fenilcetonuria (PKU), conjuntamente con la toma de muestras en el papel filtro haciendo posible la implementación de estos programas creados para la prevención del retardo mental. Los programas de detección de los trastornos congénitos del metabolismo en particular de la fenilcetonuria (PKU) se iniciaron a principios de 1960 en los Estados Unidos, Canadá y Europa. Los programas de cribado se extienden por todos los continentes, abriéndose nuevos campos para el cribado como desordenes ocasionados por los carbohidratos, particularmente la galactosemia(1). Gracias a los trabajos de Antonio Velázquez en América Latina, México fue el primer país que implementa por primera vez un programa neonatal para la detección del retraso mental causado por el hipotiroidismo congénito. De esta manera la estrategia aplicada en los recién nacidos para detección de las enfermedades genéticas inició hace más de 35 años como medida preventiva en la Salud Pública detectando el retraso mental causada por la fenilcetonuria. Dicha estrategia tuvo tanto éxito que posteriormente se fueron agregando más pruebas para detección de enfermedades genéticas y metabólicas aplicadas principalmente a recién nacidos. El diagnóstico precoz de la discapacidad del intelecto y la muerte a temprana edad (2) causada por errores innatos en el metabolismo se debe realizar a todos los recién nacidos en territorio ecuatoriano aplicando el cumplimiento a los procedimientos estandarizados por el Proyecto Nacional de Tamizaje Metabólico Neonatal (PNTMN)(2). El proyecto da inicio en el Ecuador el 02 de Diciembre de 2011 (2). bajo la vicepresidencia del Licenciado Lenin Moreno Garcés quien implemento el 11 (PNTMN) “Con Pie Derecho, La huella del Futuro”(2), con el apoyo de Cuba mediante de un tratado con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y Tecno Suma Internacional S.A , que cuenta con más de 27 años de investigación en enfermedades de errores innatos del metabolismo y estos son utilizados en los países como México, Colombia, Brasil y Venezuela, y ahora en nuestro país (2). Cada niño o niña que resulta con una muestra positiva recibe tratamiento integral de calidad, seguimiento de la enfermedad, para la entrega gratuita de medicamentos. Para la realización del Tamizaje Metabólico Neonatal el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha establecido el capítulo II, artículo 4 que quienes ejerzan el Proyecto del Tamizaje Neonatal deben dar cumplimiento a los procedimientos y técnicas estandarizados para una correcta recolección de las muestras. De acuerdo a lo mencionado anteriormente la técnica y el procedimiento realizadas por el profesional de enfermería varían en los distintos Centros de Salud tanto del Distrito 01D01 como en el Distrito 01D05, por lo cual es importante evidenciar el cumplimiento dispuesto por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para lo tanto se ha observado la toma de muestras para la realización del Tamizaje Metabólico Neonatal. Mediante la técnica y el procedimiento correcto para la recolección de las cinco gotas de sangre del talón derecho del bebé se evita complicaciones secundarias como irritación del recién nacido, osteomielitis, ansiedad en los padres, cartillas dañadas que elevan el costo del Tamizaje Neonatal y en casos más graves una muestra mal tomada puede contribuir a pasar por alto enfermedades del metabolismo. Las muestras de mala calidad reflejan que los profesionales de enfermería a cargo del Programa del Tamizaje Metabólico Neonatal no están dando cumplimiento a las normas pautadas o desconocen las actualizaciones en cada capacitación impartida por personal de salud de cada Distrito.

## DESARROLLO

### Marco teórico

Natassia Camacho y Sergio Obando en 2011, realizaron un proyecto en el LABPNT, ubicado en el Centro para la Prevención de Discapacidades en el Niño, del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, San José, Costa Rica fue un estudio, el cual tuvo como objetivo proponer una estrategia para la mejora continua del proceso de la toma de muestra para Tamizaje Metabólico Neonatal, que se está llevando a cabo en todos los centros de recolección de Costa Rica, aplicando la metodología seis sigma, siendo un diseño de campo y tipo descriptivo, cuantitativo y transversal con el fin de reducir el porcentaje de muestras insatisfactorias a menos de 0.5%, se tomaron en cuenta la totalidad de centros de recolección de muestras para el tamizaje en Costa Rica, evidenciándose que 41 centros de recolección de los 634 fueron los que tuvieron la mayor proporción de muestras insatisfactorias, al evaluarse solo los casos de muestra insatisfactoria se determinó que la principal causa fue con un 87,63% la punción incorrecta, por lo cual realizaron las actividades de intervención educativa al personal encargado en estos 41 establecimientos de detección evaluados, ya que es un importante porcentaje de los centros y estos influyen de forma negativa sobre el Tamizaje Metabólico Neonatal, con esta investigación se concluye con que las muestras insatisfactorias que son generadas en centros de recolección producen un importante efecto negativo sobre el plan de Tamizaje Neonatal, estos hallazgos son importantes en el presente proyecto ya que permite tener conocimiento sobre la principal causa del incumplimiento del protocolo de Tamizaje Metabólico Neonatal(3). Jane Deluca(4) en su artículo publicado el 2013, en una investigación realizada en Uruguay Montevideo, el objetivo fue evaluar el conocimiento público actual la comprensión de los trastornos y procedimientos del cribado neonatal, en el personal que toma la muestra la identificación oportuna de los niños para evitar las discapacidades y muerte precoz, el método utilizado en la investigación fue descriptiva, como instrumento un cuestionario conformado por 10 ítems los datos 17 se introdujeron en SPSS, teniendo como resultados en cuanto a la educación de la enfermedades, que 54 personas equivalente al 62% no sabían sobre el programa, de todos los integrantes de salud como genistas, enfermeras, laboratoristas, que realizan la extracción de muestras(4). El estudio se relaciona con esta investigación en cuanto a la educación de los familiares. Perla Rodríguez y Emma Cadena en 2014 realizaron un análisis en el cantón de Durán-Ecuador en el Centro de Salud N°5, el cual tuvo como objetivo determinar el Rol de enfermería en el Proyecto de Tamizaje Neonatal Metabólico “Con pie Derecho” en el Centro de Salud N°5 del cantón Durán, fue un estudio con diseño de campo y de tipo descriptivo cualitativo, con el personal de enfermería que labora en el Centro de salud N°5, está conformado por una población de 3 trabajadoras de enfermería, 1 licenciada y 2 auxiliares de enfermería trabajando con el total de los mismos, el cual tuvo como principal resultado que la licenciada de enfermería tiene un adecuado conocimiento sobre el proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal y de las enfermedades congénitas prevenibles, sin embargo, no es así para el personal auxiliar, concluyéndose como hallazgo relevante que el personal auxiliar toma las muestras a pesar de que es un trabajo solo para el profesional, este análisis es importante para nuestro estudio ya que evalúo dentro de sus objetivos al profesional de enfermería, sus conocimientos y prácticas similar a la presente investigación(5). Ana López en 2014 realizó un proyecto de investigación en Riobamba - Ecuador en la Dirección Distrital de Salud N° 06D01, el cual tuvo como objetivo determinar cómo influye el Manejo del Programa de Tamizaje Metabólico Neonatal por el Personal de Enfermería en los Resultados de la Prueba Preventiva realizada a los Neonatos, en la Dirección Distrital de Salud N° 06D01 Chambo - Riobamba, Período de enero a diciembre del 2012, el cual

fue un análisis con un diseño de campo, documental, cuasi experimental y tipo inductivo, analítico y epidemiológico, en donde la población fue de 50 trabajadores de enfermería evaluándose a todos ellos, evidenciándose como resultados que existe influencia directa en la toma de muestras que realiza el Personal de Enfermería, determinando que en el período de enero a diciembre del 2012 existió un 28% de pruebas fallidas, debido a diferentes etiologías, siendo la principal la muestra sobresaturada, de igual manera, se expone que no existe un adecuado manejo del protocolo de Tamizaje Metabólico Neonatal por parte del personal de enfermería de la Dirección Distrital estudiada, concluyéndose que la falta de capacitación, supervisión, auto información y falta de compromiso son las principales causas de estos hallazgos, este estudio es importante para la presente investigación ya que permite tener información sobre cuáles son las principales causas del no cumplimiento del protocolo de Tamizaje Neonatal, encontrándose dentro de estas la falta de capacitación o conocimiento, siendo esta una de las variables a estudiar en el presente análisis(6). Jenny Tandazo en 2016 realizó una investigación en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento del programa del Tamizaje Metabólico Neonatal en profesionales de salud y padres de familia, aplicando la metodología analítica, prospectiva, transversal, con enfoque cuantitativo mediante encuestas a 18 profesionales de salud y a 154 padres de familia que acudieron con recién nacidos para la realización de la prueba del talón, identificándose que el 44% de profesionales de salud y el 45% de padres de familia no conocen el programa de Tamizaje y el 100% de los padres de familia desconocen de los resultados de la prueba realizada a los hijos, llegando a la conclusión que falta mejorar la difusión de resultados y capacitación a padres de familia y profesionales de salud. Estos hallazgos son importantes en el presente proyecto ya que nos permite relacionar una pregunta escrita en el test de observación que verificó si el personal de enfermería cumple al informar las razones para realizar la prueba del talón y las enfermedades que diagnostican en donde el porcentaje del cumplimiento más alto fue de 94,7% y el más bajo de 5,3%(7).

## **Metodología**

Esta investigación de acuerdo al enfoque que se persiguió fue cuantitativo, observacional de tipo descriptivo y de corte transversal, se incluyó a enfermeras que laboran en los Distritos 01D05 y 01D01 y que firmaron el consentimiento informado aceptando la participación en el estudio. Familiares mayores de edad con sus niños menores de un mes, excluyendo a niños mayores de un mes acompañado de un familiar menor de edad. Personal de enfermería que al momento de realizar la observación no se encuentre en el lugar de trabajo o estuvo de vacaciones. Se excluye a los siguientes profesionales de la salud: Internos de Enfermería y Medicina. Auxiliares de enfermería. Médicos. Laboratoristas.

## **Método**

Deductivo, el procesamiento de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 23 los mismos que son representados por tablas con porcentaje, el instrumento utilizado para la recolección de datos es una ficha de observación

## **RESULTADOS**

Para realizar el Tamizaje Metabólico Neonatal es importante que el profesional de enfermería pregunte la edad del bebé, debe tener al menos 96 horas de nacido. Ya que es importante para evitar falsos positivos de hipotiroidismo congénito el porcentaje más alto evidenciado en este procedimiento fue del 100% (tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**El personal de salud pregunta hace que tiempo nació el bebé**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Si cumple	19	100,0%

**Fuente:** Ficha de observación.

**Elaborado por:** Autores

Al preguntar el tiempo de lactancia del niño/a no debe haber lactado por lo menos una hora antes de la toma de la muestra máximo dos horas debido que esto puede dar falsos positivos en galactosemia y los valores pueden disminuir por eso es importante verificar que la madre no haya dado de comer al bebe y preguntar.

Se observa que la mayoría del personal de enfermería si cumple en un 94,7% y el 5,3% no cumple ya que no sabía las horas de ayuno del bebé previo a la realización de las pruebas (tabla 2).

**Tabla N° 2**  
**Pregunta hace que tiempo comió el bebé**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Si cumple	18	94,7%
No cumple	1	5,3%
Total	19	100,0%

**Fuente:** Ficha de observación.

**Elaborado por:** Autores

El personal de salud debe brindar información de la siguiente manera “Señora o señor esta es una prueba que se lo realiza a los bebes a partir del cuarto día de nacidos para detectar 4 enfermedades que causan discapacidad intelectual o muerte precoz y de esta manera prevenirlas. Que en nuestro país se detectan; el hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal, realizando esta educación se puede evidenciar que el personal de enfermería se tiene conocimiento de las enfermedades.

Se observa que el 94,7% realiza la correcta información mientras que el 5,3% no conoce las enfermedades por lo que no realiza la debida información (tabla 3).

**Tabla N° 3**  
**Informa a los familiares las razones para realizar la prueba de talón y las enfermedades que diagnostican**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Si cumple	18	94,7%
No cumple	1	5,3%
Total	19	100,0%

**Fuente:** Ficha de observación.

**Elaborado por:** Autores.

Es importante recolectar la información con letra legible en la cartilla previo a recolectar las gotas de sangre, se observó que un Centro de Salud primero extrajo la sangre y luego llenaron los datos informativos y así puede haber contaminación por manipulación y riego biológico a la misma, dar un falso positivo o negativo por lo que es importante que primero llene toda la información después de la recolección dejar secar y colocar en la torre de secado.

De esta forma el 94,7% da cumplimiento con el protocolo y el 5,3% no da cumplimiento puesto que se evidenció que primero tomó la muestra y luego lleno los datos (tabla 4)

**Tabla N° 4**  
**Registra toda la información en la cartilla antes de la toma de la muestra**

Escala de medición	Frecuencia	Porcentaje
Si cumple	18	94,7%
No cumple	1	5,3%
Total	19	100,0%

**Fuente:** Ficha de observación.

**Elaborado por:** Autores

## DISCUSIÓN

Más del 90% reporta a los familiares el por qué la realización del estudio, es indispensable que estos conozcan dicho procedimiento por parte del personal de enfermería, ya que generalmente poseen un grado de conocimiento bajo, así como lo expone Chiriboga en un análisis realizado en 2015 en Guayaquil con el objetivo de determinar el conocimiento de los padres de familia con respecto al tamizaje neonatal, evidenciándose que el 70% no tenía un conocimiento adecuado (8).

Similar a lo expuesto en un análisis realizado por Figueroa y Morante en el 2014, de igual manera en Guayaquil, siendo un estudio que tuvo la finalidad de determinar el conocimiento de la madre sobre la pesquisa, reportó que el 62% 65 no conocía de que se trataba (9), asimismo en el presente

análisis se observó que se cumple con la firma del consentimiento informado, este hecho fundamental ya que en los registros queda respaldo del procedimiento y que este fue consentido por parte de los representantes del neonato.

Estudios anteriores realizados por Bravo Brito María José, Cabrera Marcia y Cedillo Miriam a 300 madres que acuden a consulta externa en el Hospital Vicente Corral Moscoso' ubicado en la ciudad de Cuenca determinaron que el 55.3% conoce las enfermedades que diagnostica la prueba del tamizaje, mientras que el 44.7% desconocen totalmente dichas enfermedades. Evidenciando nuevamente la importancia del cumplimiento del personal de enfermería al momento de brindar educación a los representantes del recién nacido (10).

El personal de enfermería puede incentivar a los padres a la realización de la estimulación del talón mientras se están llenando los registros, con la finalidad de mejorar la toma de la muestra, disminuyendo de esta manera las causas de muestras insatisfactorias, sin embargo, es indispensable que posteriormente se proceda a la limpieza del área, este hecho no se ha estudiado en otro análisis, por lo cual sigue siendo controversial. La preparación del proceso de toma de muestras es una de las piedras angulares dentro del protocolo de tamizaje, debido a que, al contar con todos los materiales para realizar el procedimiento, este será mucho más sencillo, disminuyendo de esta manera el margen de error asociado a la toma de la muestra, en el estudio de Rodríguez y Cadena se identificó de igual manera que el 100% de las auxiliares de enfermería sabían que se debía de preparar para la toma de muestras, las cuales refirieron, algodón, alcohol, lanceta estéril, papel filtro específico y ficha de identificación (5).

En este análisis se identificó de igual manera, que la mayor proporción de los encuestados cumplen con el registro de la información en la cartilla, lavado de manos previo al procedimiento, colocación de guantes para realizar el procedimiento, retirar la media y estimulación del talón del bebé, colocación del bebé en posición correcta, desinfección del área de punción del talón, espera cinco segundos sin soplar con la mano, punciona con la lanceta durante tres 66 segundos, no gira y rasga la lanceta al realizar la punción, siendo esta en los bordes laterales del talón, descartar la primera gota con el algodón, espera el flujo espontáneo y recolecta en el papel filtro, verifica que las muestras de sangre estén dentro de los cinco círculos, no tocan la superficie del papel filtro posterior a la recolección de muestra, finalmente coloca una curita en el talón del recién nacido y deja la muestras secando al ambiente, colocando las muestras en el papel filtro posterior al tiempo estipulado, estos hallazgos difieren de los expuestos por Rodríguez y Cadena en el cual las cifras fueron menos en todas las partes del procedimiento con respecto a las cifras expuestas en el presente análisis (5).

## **CONCLUSIONES**

Se concluye que el cumplimiento del protocolo establecido en cuanto a la técnica y procedimiento para realizar el Tamizaje Metabólico Neonatal existe en el Distrito 01D05 y 01D01.

Que los factores más influyentes para el incumplimiento del protocolo se dan cuando se infringe el reglamento establecido

Que la calidad del conocimiento para la realización de la técnica y el procedimiento no son deficientes en el personal de enfermería que labora en los Centros de Salud.

Que los porcentajes descritos en las tablas de acuerdo a las fichas de observación no son excesivamente altos para los dos Distritos evidenciando que la mayoría de los trabajadores de todos los Centros de Salud cumplen con la técnica y procedimientos correctos.

## **Bibliografía**

1. Atchesen LH, Evangelina C, Reyes M. CORREO CIENTÍFICO MÉDICO DE HOLGUÍN Presentación de un paciente con déficit de ornitín transcarbamilasa Presentation of a Patient with Ornithine Transcarbamilase Deficiency.
2. A ORB, Guerrero V, E, Muñoz J, A, Olalla N, et al. Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal – Ministerio de Salud Pública [Internet]. REVSTA MEDICOS ECUATORIANAOS EUGENIO ESPEJO. 2015 [cited 2020 Oct 23]. p. 3. Available from: <https://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>
3. De Jesús R, Hinojosa Z, Azucena C, Moreta Y. UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL TEMA: IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DEL TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL AUTOR.
4. DeLuca JM. Public Attitudes Toward Expanded Newborn Screening. J Pediatr Nurs [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Oct 23];38:e19–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29033105/>
5. Santiago Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Carrera De Enfermería D DE. UNIVERSIDAD CATÓLICA Caratula “CON PIE DERECHO, LA HUELLA DEL FUTURO” TUTORA: LCDA. ROSARIO ERAZO FREIRE MGS.
6. Peñafiel MAE. Universidad Nacional De Chimborazo (motivación). Univ Nac Chimborazo [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 23];112. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1381/1/UNACH-EC-AGR-2016-0002.pdf>
7. Tandazo Solano JE. Conocimiento del programa de tamizaje metabólico neonatal en profesionales de salud y padres de familia que acuden al centro de salud N°3 de la ciudad de Loja, enero - junio 2016 [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 23]. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19516/1/TESIS PARA JENNY TANDAZO.pdf>
8. Externa C, Hospital DEL, Dra M-I, Hidalgo M, Sobre DEP, Síndrome EL. Universidad de guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de enfermería. 2016 [cited 2020 Oct 23]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8168>
9. TOALA DCFCGMC. Universidad de guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de enfermería. 2016;
10. BRAVO MJ, CABRERA MS, CARCHI MP. METABÓLICO NEONATAL EN LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “ VICENTE CORRAL MOSCOSO ”. CUENCA 2014. 2014 [cited 2020 Oct 23];1–79. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21255/1/Tesis Pregrado.pdf>

## Capítulo 22

# ESTUDIO DE LA DEMANDA SOCIAL Y MERCADO OCUPACIONAL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

Silvia Paulina Jimenez Espinoza.<sup>1</sup>  
spjimeneze40@est.ucacue.edu.ec

Katherine Nathaly Guzman Villa.<sup>1</sup>  
knguzmanv60@est.ucacue.edu.ec

Jhojana Rosalí Vintimilla Molina.<sup>1,2</sup>  
jvintimillam@ucacue.edu.ec

Edison Gustavo Moyano Brito<sup>2</sup>  
emoyanob@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** La demanda social de la carrera de Enfermería a nivel internacional se encuentra en un rango elevado, mientras que en el mercado ocupacional existe un amplio número de profesionales que se encuentran laborando. **Objetivo:** Determinar la demanda social y el mercado ocupacional de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca en la Zona 6 durante el periodo de mayo - octubre del 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de cohorte transversal, el universo de estudio estuvo comprendido por 15.300 estudiantes de tercero de bachillerato a nivel de la Zona 6 y 823 Licenciados en Enfermería graduados en la Universidad Católica de Cuenca, la muestra estuvo conformada por 998 estudiantes y 263 profesionales, para la recolección de datos se aplicó 2 encuestas; una dirigida a los estudiantes y otra a los profesionales, los datos fueron ingresadas al Software IBM SPSS versión 15 para obtener los resultados. **Resultados:** El 77.9% de los Licenciados en Enfermería graduados en la Universidad Católica de Cuenca, se encuentran actualmente laborando y el 16.1% de los estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6 de educación desean seguir la carrera de Enfermería. **Conclusiones:** Existe una demanda potencial de la carrera de Enfermería por parte de los estudiantes de tercero de bachillerato encuestados a nivel de la Zona 6 de Educación. También se pudo evidenciar que actualmente existe un buen mercado ocupacional de la carrera.

**Palabras Claves:** Demanda, mercado ocupacional, enfermería, gestión, salud.

## ABSTRACT

**Background:** The social demand for the nursing career at the international level is in a high range, while the occupational market there is a large number of professionals who are working. **Objective:** To determine the social demand and the occupational market of the nursing career of the Catholic University of Cuenca in Zone 6 during the period of, may - october of 2018. **Materials and Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out, the universe of study was comprised of 15.300 students from third year of high school at the level of Zone 6 and 823 Graduates in Nursing graduated from the Catholic University of Cuenca, the sample consisted of 998 students and 263 professionals, 2 surveys were applied for data collection; Data from IBM SPSS version 15 to get the results. **Results:** 77.9% of the graduates in Nursing graduated from the Catholic University of Cuenca, are currently working and 16.1% of the students in the third year of the baccalaureate of Zone 6 of education wish to continue the Nursing Career. **Conclusions:** There is a potential demand for the Nursing career by third-year high school students surveyed at the level of Education Zone 6. It was also possible to demonstrate that there is currently a good occupational market.

**Key Words:** Demand, occupational market, nursing, management, health.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación sobre las necesidades y el mercado laboral de los egresados de enfermería de la Universidad Católica de Cuenca (UCACUE) aporta una nueva perspectiva sobre el proceso de inserción laboral de los profesionales en el ámbito laboral. La importancia de esta investigación es también investigar las habilidades profesionales específicas requeridas por los graduados, que pueden fortalecer los métodos curriculares profesionales. La enfermería existe desde hace muchos años. Surgió como ciencia a mediados del siglo XIX. Su figura icónica es quien es considerada la primera enfermera; Florence Nightingale ha escrito muchos libros y contribuido. Entre ellos, "Nursing Notes" se destaca con su importante contenido. A principios del siglo XX, aparecieron nuevas enfermeras que plantearon teorías que contribuyeron al conocimiento científico y fortalecieron la enfermería como ciencia, es por ello que en la actualidad es considerada como una ciencia (1).

En Ecuador, la enfermería a fines del siglo XX dio el primer paso en la Universidad Central del Ecuador, específicamente en 1965, cuando apareció personal especializado y pasó a formar parte de un equipo de salud con el mismo conocimiento científico y capacidad para trabajar con el equipo de salud. .Tomar una decisión y actuar (2). De esta forma y respondiendo a las necesidades de la población a nivel nacional, han surgido diversas escuelas de enfermería, una de las cuales se encuentra en UCACUE (3). La educación es uno de los pilares básicos del desarrollo social, y su propósito es brindar a las personas profesionales bien capacitados y dispuestos a buscar soluciones a los diversos problemas que enfrentan las personas (4).

Por lo tanto ,la UCACUE como institución de educación superior debe fortalecer su capacidad para lograr eficiencia, efectividad y calidad académica, a fin de lograr un aprendizaje significativo, que pueda resolver problemas sociales generales. Por esta razón, es necesario realizar una investigación de necesidades sociales y determinar las ocupaciones profesionales de UCACUE, especialmente las ocupaciones de enfermería, para satisfacer las necesidades y requisitos de los estudiantes de secundaria en el tercer año. Instituciones públicas y privadas, que requerirán futuras carreras en instituciones de educación superior (4). Exponer todos los elementos y adoptar una actitud proactiva en beneficio de la sociedad que le debe la carrera de enfermería, , se propuso realizar un estudio sobre la demanda social y el mercado laboral, con el propósito de conocer si los estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6 optan por elegir dicha profesión y a su vez, si profesionales de Enfermería graduados en la UCACUE se encuentran actualmente laborando.

En América Latina, aproximadamente el 70% de los países cuentan con los profesionales de la salud necesarios, y en algunos casos incluso superan este nivel. Al mismo tiempo, en Norteamérica hay 110 enfermeras por cada 10.000 habitantes, mientras que en Centro Sur y el Caribe, según el Negociado Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se estima que el 13,8% de las enfermeras y ecuatorianos tienen una profesión de enfermería promedio en 2014. Cuenta con 16.581 personas y una población de 15.266.431, lo que equivale al 10,8% de enfermeras por cada 10.000 residentes (5).

## DESARROLLO

### Marco Teórico

Las enfermeras en la actualidad desempeñan funciones muy importantes en el ámbito de la salud, político y social, demostrando que su nivel de conocimiento les permite dar una atención de calidad al usuario, englobando no sólo su situación física, si no facilitando y brindando al paciente la oportunidad de valerse por sus propios medios en la medida de sus posibilidades.

Aguirre (6), en el año 2017 realizó un estudio titulado “Estudio de la demanda y mercado ocupacional de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Santa (UNS), 2017”, en la subregión Pacífico de Perú, el objetivo del estudio fue “Determinar la demanda social y el mercado ocupacional de la carrera profesional de Enfermería de la UNS”, la metodología que se utilizó fue de tipo descriptiva y comparativa, los resultados muestran que “La demanda social de la carrera de Enfermería ofrecida por la Facultad de Ciencias de la UNS en el año 2016, sólo el 33.6% de los postulantes a esta carrera alcanzan un cupo, quedando un 66.4% sin lograr ocupar una vacante, por lo cual se comprueba que la demanda social es la adecuada”. “La demanda de la carrera de Enfermería de parte de la población estudiantil de la Subregión Pacífico es del 5.5% que representa a 706 estudiantes que postularán a la carrera”. “El mercado laboral de los egresados de Enfermería son las instituciones públicas y privadas, siendo el 81.1% de las egresadas de los años 2011-2015 de la carrera de Enfermería que actualmente se encuentran trabajando y sólo el 18.9% aún no trabaja”. “Del 81.1% de los egresados que están laborando el 66.8% manifiesta que su trabajo actual está relacionado con su profesión, mientras que el 14.3% manifiesto que no”. Concluyendo que existe un mercado laboral a mediano y largo plazo para los profesionales de enfermería.

Este estudio es pertinente, considerando que tienen elementos que involucran las variables de estudio de este trabajo, el autor realiza un análisis en base a una revisión integrativa; en esta investigación se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptiva de cohorte transversal y en base a los resultados obtenidos se pudo lograr el estudio de la demanda y mercado laboral de la carrera de Enfermería.

Así mismo, Vásquez (7), en el año 2015 realizó un estudio titulado “Demanda social y mercado ocupacional de la escuela de Enfermería”, en Chimbote-Perú, el objetivo fue “Determinar la demanda social de la carrera profesional de Enfermería de los egresados de Educación Secundaria de la ciudad de Chimbote”, la metodología que se utilizó fue de tipo cuantitativa descriptiva, los resultados muestran que en Perú existe una mala distribución del personal de salud, identificando en algunos departamentos la necesidad del profesional de enfermería, también, obtuvieron como resultado que el 6% de los estudiantes del quinto año de colegio seguirán la carrera de Enfermería. Concluyendo que la carrera de Enfermería es una profesión con futuro, debido a la necesidad de profesionales de salud y a su vez, que existe un alto porcentaje de jóvenes que continuarán sus estudios del nivel universitario.

Esta investigación es importante en el estudio, ya que presenta información útil y a su vez, se encuentra utilizando una metodología de tipo cuantitativa y descriptiva lo que ayuda a acercarse más a los resultados, evidenciando en sí el cumplimiento de objetivos.

En relación al mismo tema Quintanilla (8), en el año 2015 realizó un estudio titulado “Estudio de mercado ocupacional y demanda social en la región de Arequipa”, en Arequipa-Perú, el objetivo fue “Determinar la demanda de aspirantes a la carrera de enfermería”, la metodología que utilizó fue un estudio descriptivo; en el cual se aplicó 547 encuestas a los alumnos de nivel secundario de doce colegios, obteniendo como resultados que el 13.41% de la población decidieron seguir la carrera de enfermería, mientras que el 86.59% decidieron seguir otras carreras como ingeniería, medicina, entre otras; a su vez, se pudo concluir que 8.189 estudiantes optaron por seguir sus estudios universitarios en una universidad nacional ya que no cuentan con los recursos suficientes, haciendo factible culminar sus estudios superiores; mientras que, 4.545 estudiantes optaron por seguir sus estudios universitarios en una institución privada. Concluyendo que existe un gran número de personas que desean seguir la carrera de Enfermería, lo que indica una alta demanda de la profesión.

Este artículo se basa en medir la demanda y el mercado laboral de la carrera de Enfermería, a su vez, el autor realiza un estudio en base al procesamiento de información en la que utiliza una metodología descriptiva debido a que detalla las características de la población estudiada.

A su vez, Pérez et al(9), en el año 2015 realizó un estudio titulado “Demanda social y mercado ocupacional de la escuela de carreras profesionales, Facultad de Medicina en Hipólito Unanue Universidad Nacional Federico Villareal”, realizado en Lima-Perú, el objetivo fue “Determinar cómo se relaciona la demanda social y el mercado ocupacional de las carreras profesionales de Medicina y Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal”, la metodología que se utilizó fue de tipo descriptiva; los resultados muestran que en Perú existe una mala distribución del personal de salud, identificando en algunos departamentos la necesidad del profesional de Enfermería, obteniendo como resultados que el 90% de los encuestados afirman que su profesión es más rentable en el extranjero que en su propio país y a su vez que la carrera de Medicina tiene una gran demanda pero escasa oferta institucional por lo que en los últimos cinco años sólo ingresaron del 5% al 9% de los postulantes. Concluyendo que la demanda social para los egresados de las carreras profesionales de Medicina y Enfermería desde la percepción de funcionarios y egresados es muy alta dentro y fuera del país por tratarse de personal altamente calificado.

Esta publicación es relativa a la presente investigación, considerando que presenta componentes que introduce las variables del estudio. El autor ejecuta un análisis en base a una comparación entre la carrera de Enfermería y la carrera de Medicina, obteniendo como resultado que la demanda es muy alta, pero la oferta institucional es baja.

De igual manera, Martínez(10), en el año 2002 realizó un estudio titulado “Mercado laboral de enfermería en el estado de Guanajuato”, en Guanajuato-México, el objetivo fue “Conocer cuáles son las instituciones emperadoras de recursos humanos de enfermería en Guanajuato”, la metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal; obteniendo como resultados que las instituciones públicas de salud son las que contratarán el mayor porcentaje de personal con un 56.34% y las del sector privado con un 43.66%, también, obtuvieron como resultados que tanto las instituciones públicas como privadas prefieren contratar en “primer lugar a profesionales de enfermería para que laboren como auxiliares de enfermería; en segundo lugar Licenciados en Enfermería y en tercer lugar Enfermeras Especialistas”.

## Metodología

La presente investigación es aplicada, busca la generación de conocimientos asociados a los factores que influyen en la demanda y mercado laboral; por su naturaleza es de tipo cuantitativa y descriptiva, analiza las tendencias y valores del estudio; a su vez, la medición es de un periodo corto de tiempo, por lo tanto, es de cohorte transversal. Se incluyó a alumnos de tercero de bachillerato de la Zona 6 que firmaron el asentimiento informado y accedieron a participar en la investigación. Profesionales de enfermería de graduados en la UCACUE Matriz Cuenca, Sede Azogues y Extensión Cañar que colaboraron en llenando la encuesta mediante llamadas telefónicas. Excluyendo a alumnos de tercero de bachillerato de la Zona 6, retirados de las Instituciones de Educación y que hayan perdido el año. Profesionales de enfermería graduados en la UCACUE Matriz Cuenca, Sede Azogues y Extensión Cañar que se encuentran fuera del país.

El universo de estudio estuvo comprendido por 15.300 estudiantes de tercero de bachillerato a nivel de la Zona 6 y 823 Licenciados en Enfermería graduados en la Universidad Católica de Cuenca, la muestra estuvo conformada por 998 estudiantes y 263 profesionales, para la recolección de datos se aplicó 2 encuestas; una dirigida a los estudiantes y otra a los profesionales, los datos fueron ingresadas al Software IBM SPSS versión 15 para obtener los resultados.

## RESULTADOS

El 77.9% de los profesionales de enfermería se encuentran actualmente laborando información que contribuye al cumplimiento del objetivo general de la presente investigación al identificar que poco más de las tres cuartas partes de la población se encuentran ocupando una plaza laboral en el mercado de la carrera de Enfermería (tabla 1).

**Tabla N° 1**  
**Número de profesionales de enfermería que se encuentran laborando**

<b>Variable de medición</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	205	77,9%
No	58	22,1%
Total	263	100,0%

**Fuente:** Encuesta a los profesionales de enfermería graduados en la UCACUE

**Elaborado por:** Autoras

La mayoría de los profesionales encuestados se encuentran laborando en instituciones públicas, representando el 74.0%, mientras que en las instituciones privadas existe un menor número de profesionales equivalente al 26.0%; información tomada en consideración sobre los 205 profesionales que se encuentran actualmente laborando; a partir de esta tabla no se toma en cuenta al 22.1% de la población de estudio que no labora. Cumpliendo de esta manera con el segundo objetivo específico de la presente investigación (tabla 2).

**Tabla N° 2****Tipo de institución en la que el profesional de enfermería se encuentra laborando**

<b>Intitución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pública	151	74,0%
Privada	54	26,0%
Total	205	100,0%

**Fuente:** Encuesta a los profesionales de enfermería graduados en la UCACUE

**Elaborado por:** Autoras

El tipo de contrato que la mayoría de los profesionales de enfermería obtienen es el de contrato ocasional con más de la mitad de la población correspondiente al 58.5%, sabiendo que esta población corre el riesgo de no continuar laborando a futuro; y que del total de la población sólo el 18.5% tiene asegurado una plaza laboral al contar con un nombramiento definitivo (Tabla 3).

**Tabla N° 3****Tipo de contrato que el profesional de enfermería tiene en la institución que labora**

<b>Tipo de contrato</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Contrato Ocasional	120	58,5%
Nombramiento Definitivo	38	18,5%
Nombramiento Provisional	42	20,5%
Otros	5	2,5%
Total	205	100,0%

**Fuente:** Encuesta a los profesionales de enfermería graduados en la UCACUE

**Elaborado por:** Autoras

La Universidad Católica de Cuenca, es una de las principales universidades a la que los estudiantes de tercero de bachillerato eligieron para continuar con sus estudios universitarios, equivalente al 37.0%; con ello se observa que la universidad posee una gran demanda por parte de la población de la Zona 6 del Ecuador, seguido de la Universidad de Cuenca con una mínima diferencia a la UCACUE, representando el 35,3% (tabla 4).

**Tabla N° 4****Nombres de las universidades en la que los estudiantes desean continuar sus estudios**

Nombre	Frecuencia	Porcentaje
Universidad Católica de Cuenca	335	37,0%
Universidad de Cuenca	321	35,3%
Universidad del Azuay	45	5,0%
Universidad Politécnica Salesiana	42	4,8%
Unidad Técnica Particular de Loja	13	1,4%
Universidad Nacional de Loja	10	1,1%
Universidad de Guayaquil	41	4,5%
Universidad Técnica de Machala	20	2,2%
Universidad de Santo Domingo	7	0,7%
Universidad San Francisco de Quito	56	6,1%
Otra	18	1,9%
Total	908	100,0%

**Fuente:** Encuesta a los estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6

**Elaborado por:** Autoras

Se puede observar que mediante esta investigación se comprobó la gran demanda que tienen las carreras en el área de la salud; siendo Medicina con el 24.3% y Enfermería con el 16.1% las más representativas de todas las carreras planteadas en el instrumento para la recolección de información que fue aplicado a los estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6 de Educación (tabla 5)

**Tabla N° 5**

**Nombres de las carreras universitarias que los estudiantes desean seguir**

Carreras	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	221	24,3%
Odontología	50	5,6%
Arquitectura	73	8,0%
Mecánica Industrial	48	5,2%
Enfermería	147	16,1%
Mecánica Automotriz	47	5,1%
Psicología	68	7,4%
Turismo	58	6,3%

Administración de Empresas	81	9,0%
Otra	115	13,0%
Total	908	100,0%

**Fuente:** Encuesta a los estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6

**Elaborado por:** Autoras

Interpretación: Se puede observar que mediante esta investigación se comprobó la gran demanda que tienen las carreras en el área de la salud; siendo Medicina con el 24.3% y Enfermería con el 16.1% las más representativas de todas las carreras planteadas en el instrumento para la recolección de información que fue aplicado a los estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6 de Educación.

## DISCUSIÓN

En la Sub región del Pacífico de Perú la demanda de la carrera de Enfermería, de parte de la población estudiantil es del 5.5% que representa a 706 estudiantes que se postularon a esta carrera. Comparando con esta investigación no se observa una similitud en los resultados ya que el 16.1% que representan a 147 estudiantes optaron por la carrera de Enfermería. Teniendo una diferencia de porcentaje con respecto a la población, a su vez, se observa que existe una gran variación por el número de bachilleres que contiene dicho estudio esto se debe que se realizó en una de las 8 subregiones del Perú.

En la Sub región del Pacífico del Perú para poder conocer el mercado ocupacional de los egresados, obtuvieron como resultado que el 81.1% de los encuestados se encuentran laborando, mientras que el 18.9% manifestó que no se encuentra laborando. En relación con esta investigación en el mercado ocupacional es del 77.9% equivalente a 205 profesionales de enfermería que se encuentran laborando, mientras que el 22.1% son de profesionales que no se encuentran laborando. Esto indica que existe un buen mercado laboral para los profesionales de enfermería entre los dos estudios realizados.

En otro estudio realizado en la ciudad de Chimbote-Perú por Vázquez(7), se aplicó encuestas a una muestra de 36.093 enfermeras y 1.500 estudiantes de primero y segundo de bachillerato, pues de acuerdo a este autor desde estos años de escolarización comienzan los pensamientos a futuro; en relación con la investigación se realizó encuestas a 263 enfermeros/as y 998 estudiantes de tercero de bachillerato de la Zona 6 considerando que esta última población están próximos a culminar sus estudios secundarios y deben elegir continuar o no los estudios universitarios.

En relación a los instrumentos aplicados en la investigación de Vázquez y el presente estudio se obtuvo lo siguiente:

Primero con respecto a la investigación de Vázquez en relación al mercado ocupacional existen 36.093 enfermeras de las cuales el 98.09% trabajan en el sector público y el 1.91% en el sector privado; comparando con los resultados de la presente investigación se obtiene que el 74.0% trabajan en el sector público y el 26.0% en el privado, resultados que varían con una diferencia de la cuarta parte poblacional.

Segundo en la investigación de Vázquez con relación a determinar la demanda social, existe un total del 6,7% equivalente a 100 estudiantes encuestados que desean elegir la carrera de Enfermería; comparando con los resultados de la presente investigación el 16.1% equivalente a 147 estudiantes del tercero de bachillerato optan por elegir dicha carrera, presentando una diferencia del casi un 10% entre estas dos poblaciones; aumentando la demanda social en la Universidad Católica de Cuenca.

En relación al estudio realizado por Quintanilla(8), con el título 'Estudio de mercado ocupacional y demanda social en la región de Arequipa', cuya finalidad fue "Determinar la demanda de aspirantes a la carrera de Enfermería"; comparando con la presente investigación los resultados obtenidos son los siguientes:

Se observa que la demanda de los estudiantes tiene una relación semejante ya que el 13.41% de la población decidieron seguir la carrera de enfermería y en el presente estudio el 16.1% de los estudiantes encuestados optaron por esta carrera. De tal manera que las dos investigaciones son analógicas en cuanto a la demanda social la carrera de Enfermería.

En un estudio realizado por Pérez et al(9), llamado 'Mercado laboral de enfermería en el Estado de Guanajuato'; comparando con la presente investigación, se buscó determinar el estudio de la demanda social y mercado ocupacional de la carrera de Enfermería alcanzando los siguientes resultados:

## **CONCLUSIONES**

Existe una demanda potencial de la carrera de Enfermería por parte de los estudiantes de tercero de bachillerato encuestados a nivel de la Zona 6 de Educación.

Se pudo observar que actualmente existe un buen mercado ocupacional para los graduados de la carrera de Enfermería de la UCACUE, ya que la mayoría de los profesionales encuestados se encuentran actualmente laborando.

Existe un alto número de profesionales que se encuentran laborando en instituciones públicas, mientras que son pocos los profesionales que trabajan en instituciones privadas, esto indica que existe un alto índice del mercado laboral de la carrera de Enfermería en las instituciones públicas del país. Se evidencia que la Universidad Católica de Cuenca es una de las instituciones de Educación Superior más elegida por los estudiantes de la Zona 6 del Ecuador.

## Bibliografía

1. Pasquel Rivera Estefany, Esthefania ;Valverde Guevara. SITUACIÓN LABORAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES PRIVADOS DEL DMQ, 2015. [Internet]. 2544 [citado 2020 Oct 23]. Disponible en: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4577/2/06 ENF 677 ARTICULO PERIODISTICO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4577/2/06%20ENF%20677%20ARTICULO%20PERIODISTICO.pdf)
2. Vilchez JEP, Díaz KL, Chinguel LCR. Preferencias de Universidad y Carreras con mayor demanda en la Región San Martín 2017 - 2019. Rev Investig Apunt Univ [Internet]. 2017;7(ISSN: 2225-713):15. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Apuntesuniversitarios/2017/vol7/no1/1.pdf>
3. Universidad Católica de Cuenca. Inicio - Graduados [Internet]. 2018 [citado 2020 Oct 23]. p. 1Disponible en: <https://graduados.ucacue.edu.ec/>
4. Arteaga CE, Armada L, Del Sol JL. La enseñanza de las ciencias en el nuevo milenio. Retos y sugerencias. Rev Univ y Soc [Internet]. 2016 [citado 2020 Oct 23];8(1):169–76. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202016000100025](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000100025)
5. Panamericana de la Salud O. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. [citado 2020 Oct 23]. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)
6. Salinas A. Universidad Nacional- Del Santa Tesistas. 2019 [citado 2020 Oct 23];6:104. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2557/23177.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Limo Vásquez M. Estudio de demanda social y mercado ocupacional de la Escuela Profesional de Enfermería. In Crescendo [Internet]. 2015 Dec 4 [citado 2020 Oct 23];6(2):89. Disponible en: <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/844>
8. Arequipa R, Nacional De San U, Elaborado A, Paulet PQ. Estudio de Mercado Ocupacional y Demanda Social en la Preparado para la Facultad de Enfermería de la [Internet]. Repositorio Institucional SINEACE. Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa - SINEACE; 2015 Oct [citado 2020 Oct 23]. Disponible en: <http://repositorio.sineace.gob.pe/repositorio///handle/sineace/5051>
9. Viaña Pérez JM, Bello Vidal C, Añaños Castilla D, Seminario Rivas R. Demanda social y mercado ocupacional de carreras profesionales, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” Universidad Nacional Federico Villarreal. Cátedra Villarreal [Internet]. 2015 Jul 11 [citado 2020 Oct 23];1(2). Disponible en: <http://revistas.unfv.edu.pe/index.php/RCV/article/view/41>
10. Martínez Hernández I, Reyes Solano E. Percepción y expectativas sobre el mercado laboral de los licenciados en enfermería. Voces la Educ [Internet]. 2017 [citado 2020 Oct 23];2(4):94–101. Disponible en: <https://revista.vocesdelaeducacion.com.mx/index.php/voces/article/view/69>

## Capítulo 23

# FACTORES ASOCIADOS AL CESE DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA.

Gabriela Margoth Uyaguari Matute<sup>1</sup>  
gmuyagarim57@est.ucacue.edu.ec

Marcia Yolanda Cobos Alvarracín<sup>1,2</sup>  
mcobos@ucacue.edu.ec

Karla María Cumbe Guerrero<sup>2</sup>  
Kcumbe@ucacue.edu.ec

1. Licenciada en Enfermería

2. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

**Antecedentes:** La lactancia materna es muy beneficiosa porque aporta a los lactantes los nutrientes que necesitan para un buen crecimiento y desarrollo por lo que es importante conocer los factores que interrumpen dicha práctica. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al cese de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida en madres que acuden al Centro de Salud Parque Iberia en el período Marzo - Agosto 2017. **Metodología:** La metodología de estudio de acuerdo al fin que persigue es de tipo aplicada y de acuerdo al enfoque de investigación es de tipo cuantitativa correlacional porque permite obtener información sobre los factores asociados al cese de la lactancia materna exclusiva, la información se recolectó mediante encuestas, las mismas que se realizaron a las madres que acuden al Centro de salud Parque Iberia. **Resultados:** De 100 madres incluidas en el presente estudio, el 48% de las madres suspendieron la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, quedando un 52% de madres que cumplen con la lactancia materna exclusiva. Se encontró relación con el cese de la lactancia materna exclusiva el ser madre soltera, trabajar fuera de hogar o ser estudiante y ser primípara. **Conclusiones:** Los factores socioculturales, laborales y fisiológicos tienen una relación significativa con el cese de la lactancia materna.

**Palabras claves:** Factores asociados, Lactancia materna exclusiva, Centro de Salud Parque Iberia.

## ABSTRACT

**Background:** Breastfeeding is very beneficial because it contributes the infants the nutrients that they need for a good growth and development for what is important to know the factors that interrupt this practice. **Objective:** To determine the factors associated to the cease of the exclusive breastfeeding in the first six months of life in mothers that go to the Center of Health Park Iberia in the period March - August 2017. **Methodology:** The study methodology according to the end that pursues is of applied type and according to the investigation focus it is of type quantitative descriptive correlational because allows to obtain information about the factors associated to the ceasing of the exclusive breastfeeding, the information was gathered by means of surveys, the same ones that were carried out to the mothers that go to the Center of health Park Iberia. **Results:** Of 100 mothers included study presently, 48% of the mothers suspended exclusive the breastfeeding during the first six months of life, being 52% of mothers that fulfill the exclusive breastfeeding. It was related to the cessation of exclusive breastfeeding to be a single mother, to work outside the home or to be a student and to be a primipara. **Conclusion:** The sociocultural, labor and physiologic factors have a significant relationship with the ceasing of the exclusive breastfeeding.

**Key words:** Associate factors, exclusive breastfeeding, Center of Health Parque Iberia.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la administración de leche materna al niño, la leche materna contiene los nutrientes necesarios para la supervivencia y buen desarrollo del recién nacido (1).

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, con el propósito de que los lactantes tengan un buen crecimiento y desarrollo, luego de los seis meses complementar la lactancia materna con otros alimentos nutritivos hasta los dos años o más (2).

Según la Convención sobre los derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena alimentación, el 45% de las muertes de niños son debido a la desnutrición, se calcula que en 2016 a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 15 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla. Solo un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses son alimentados con lactancia materna exclusiva, evidenciándonos que el cese de la lactancia materna tiene grandes consecuencias, aumentando la mortalidad infantil (3).

En el Ecuador tan solo el 43% de los niños son alimentados únicamente con leche materna hasta antes de los 6 meses, y el 52% de los lactantes solo su primer mes de vida, ubicándose el 48% de los lactantes entre 2 y 3 meses de edad y 34% entre el 4to y 5to mes de edad, por lo que esta mala práctica es un problema de salud pública (4). Es preocupante la elevada prevalencia del cese de la lactancia materna exclusiva, observándose el cese en edades muy tempranas, por lo que se pone en riesgo la vida del lactante, si todos los niños de 0 a 23 meses fueran amamantados de forma óptima, cada año se salvaría la vida a más de 820 000 niños menores de 5 años.

La alimentación del lactante es fundamental para la supervivencia infantil, por lo que es importante la realización de investigaciones sobre este tema para que ayuden a determinar las causas que provocan el cese de la lactancia materna exclusiva. El propósito de esta investigación es proporcionar al personal de Salud información actualizada, para que se pueda buscar estrategias renovadas en la promoción y prevención para solucionar dicha problemática (3).

En el Ecuador tan solo el 43% de los niños son alimentados únicamente con leche materna hasta antes de los 6 meses, y el 52% de los lactantes solo su primer mes de vida, ubicándose el 48% de los lactantes entre 2 y 3 meses de edad y 34% entre el 4to y 5to mes de edad, por lo que esta mala práctica es un problema de salud pública. Muchos son los factores que inciden para que las madres no amamenten a sus hijos, algunas evidencias dan cuenta que es por falta de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna, la falta de apoyo del personal de salud y de la familia, problemas en sistematizar el rol de madre y mujer profesionalista, poca valoración a la lactancia materna, las creencias culturales, mitos sobre el amamantamiento y la promoción de alimentos sucedáneos (4).

El porcentaje de niños que reciben lactancia en Ecuador es mayor en la Sierra que en la costa y es más del doble para hijos de madres indígenas que para los de las madres mestizas (5).

## DESARROLLO

### Marco teórico

Madalen Oribe, Aitana Lertxundi, Mikel Basterrechea, Haizea Begiristain, Loreto Santa Marina, María Villar, Miren Dorronsoro, Pilar Amiano, Jesús Ibarluzea, en el año 2014, en España el estudio "Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los seis

primeros meses” determinaron que la prevalencia fue del 84,8% al alta hospitalaria, el 53,7% a los 4 meses y el 15,4% a los 6 meses de vida. Los factores asociados son la escasa ganancia de peso, hipogalactia, Otros factores que influyen son la intensión previa durante el embarazo de dar lactancia materna exclusiva, el número de hijos y la clase social (6).

Gisela González Ruiz, Luz Ángela Reyes Ríos, Yeis Miguel Borré Ortiz, Haidy Oviedo Córdoba, Loedys Barrios, Lorena Carbonó, Gleydis Martínez Quintero, en el año 2015, en Colombia, realizaron un estudio “Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia”, determinaron de forma que el 94,22% en algún momento recibieron lactancia materna y el 5,77% no lo recibió. Recibieron lactancia materna durante los 3 a 6 meses el 50%; de 7 a 12 meses el 21,1%, el 13,4%, más de un año, y el 9,6%, menos de 3 meses. El factor asociado con mayor prevalencia es la falta de tiempo para lactar, el 84,6% de las madres le incluyeron otro tipo de alimento a los tres primeros meses de vida (1).

Laghi Rey A. y sus colaboradores en el año 2013, realizaron un estudio “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima Perú”, en el que llegaron a determinar que la frecuencia del cese de dicha práctica fue alta. Los factores asociados fueron la prioridad, el pensar que su hijo se encontraba insatisfecho con la leche materna y problemas con el pezón (7).

“Factores asociados a la lactancia materna exclusiva” Autoras Rosa Niño M. y colaboradores en el año 2012, con una muestra de 256 madres lactantes del sector público y 158 de madres lactantes del sector privado, en el que llegaron a encontrar que en el sector privado hubo mayor escolaridad, primiparidad, cesáreas y trabajo fuera del hogar en el sistema privado, el 45,8% de madres mantuvo lactancia exclusiva hasta 6 meses, sin diferencias entre grupos. Las principales causas del cese: por decisión de la madre (27,2%), percepción de producción de leche materna insuficiente (24,1%), factores estéticos (17,3%) y enfermedad del niño (13,0%). Muchas veces el destete está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Las variables socio- demográficas influyen en el cese de la lactancia (8).

Fabio Alberto Camargo Figuera, José Fidel Latorre Latorre, Johanna Andrea Porras Carreño, en el año 2011, en Colombia el estudio “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva”, llegaron a la conclusión que existe una elevada prevalencia del cese de la lactancia materna exclusiva y les permitió determinar como factores asociados la falta de conocimientos sobre la lactancia materna, el nivel socioeconómico bajo y el uso de biberón (9).

### **Tipo de estudio**

Esta investigación es de tipo cuantitativo correlacional porque se le asigna un valor final a la variable de estudio, y correlacional porque establece la relación entre dos variables, este estudio permitió obtener información sobre los factores asociados al cese de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, en el Centro de Salud Parque Iberia. El universo de este estudio de investigación está comprendido por 100 madres con hijos menores de seis meses de edad que acudieron al Centro de Salud Parque Iberia.

En el presente trabajo se incluyó Madres con hijos menores de seis meses de edad que acuden al Centro de Salud Parque Iberia. Madres que quieran participar de forma voluntaria. Excluyendo a madres con hijos mayores de seis meses de edad. Madres que no quieran participar de forma voluntaria. Lactantes que acuden al Centro de Salud con un familiar que no es la madre.

La información se recolectó mediante encuestas, las mismas que se realizaron a las madres que acuden al Centro de salud Parque Iberia.

## RESULTADOS

**Tabla N° 1**  
**Distribución de los niños que se alimentaron con lactancia materna exclusiva**

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	52	52,0%	52,0%	52,0%
No	48	48,0%	48,0%	100,0%
Total	100	100,0%	100,0%	

**Fuente:** Encuesta realizada en el Centro de Salud Parque Iberia.

**Elaborado por:** Autores

En el presente estudio se observó que si existe asociación significativa ( $p=0,018$ ) entre el estado civil de la madre y el cese de la lactancia materna exclusiva, como se muestra en la tabla No 2 la mayoría de las madres solteras presentaron un mayor porcentaje del cese de la lactancia materna debido a que ellas son el sustento económico de su familia y no tienen el apoyo su pareja, evidenciándose un mayor porcentaje de lactancia materna exclusiva en madres casadas.

**Tabla N° 2**  
**Tabla cruzada entre estado civil de la madre y el cese de la lactancia materna exclusiva**

		Se alimenta solo de leche materna		TOTAL
		SI	NO	
Estado civil	Soltero	7	20	27
	Casado	29	18	47
	Divorciado	2	1	3
	Unión libre	14	9	23
TOTAL		52	48	100

$P= 0,018$

En la muestra de estudio se observó que, si existe una asociación significativa ( $0,001$ ) entre la ocupación de la madre y el cese de la lactancia materna exclusiva, en la Tabla No 3 se muestra mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva en madres que son amas de casa, evidenciándose el cese de la lactancia materna exclusiva en madres que trabajan fuera del hogar o son estudiantes.

**Tabla N° 3**

**Tabla cruzada entre ocupación de la madre y el cese de la lactancia materna exclusiva**

		Se alimenta solo de leche materna		TOTAL
		SI	NO	
Ocupación	Ama de casa	42	16	58
	Trabajo fuera del Hogar	9	16	25
	Estudiante	1	16	17
TOTAL		52	48	100

P=0,001

En el presente estudio se observó que si existe una asociación significativa ( $p=0,017$ ) entre la paridad de la madre y el cese de la lactancia materna exclusiva, como se puede evidenciar en la Tabla No 4 las madres primíparas presentaron una mayor frecuencia en el cese de la lactancia materna, presentando las madres múltiparas una mayor frecuencia de lactancia materna exclusiva.

**Tabla N° 4**

**Tabla cruzada entre paridad de la madre y el cese de la lactancia materna exclusiva**

		Se alimenta solo de leche materna		TOTAL
		SI	NO	
Número de hijos	Primípara	19	29	48
	Múltipara	33	19	52
TOTAL		52	48	100

P=0,017

## DISCUSIÓN

Dentro del grupo de factores analizados se pudo observar que las mujeres casadas tienen mayores porcentajes de mantención de la lactancia materna exclusiva debido al apoyo del esposo, por lo que el ser madre soltera tenía relación con el cese de la lactancia materna exclusiva, al ser la madre el pilar económico de su familia, por no tener el apoyo y estabilidad de la pareja, este resultado obtenido tiene similitud con los estudios realizados por Beatriz E. López M. y colaboradores(10), y José Luis Pino V. y colaboradores (11).

En cuanto a la ocupación de la madre se puede evidenciar que las amas de casa son las que más cumplen con la lactancia materna de forma exclusiva, debido a que ellas tienen la facilidad de dar de lactar mientras cumplen con las labores del hogar, mientras que las mujeres que trabajan fuera del hogar o son estudiantes, tienen que cumplir con actividades fuera del hogar, causando el cese de la lactancia materna exclusiva, este factor tiene relación con el estudio realizado por MSc. William Cáceres Fernández y colaboradores (12).

En esta investigación se puede observar que las madres primíparas tienen una mayor frecuencia al cese de la lactancia materna exclusiva, debido a la falta de experiencia en dar de lactar, mientras que las mujeres múltiparas ya tienen experiencia de amamantar por su anterior hijo, este factor tiene relación con estudios realizados en otros países. Laghi- Rey, A y colaboradores(7), determinaron que la primiparidad es el factor más fuertemente asociado al cese de la lactancia materna exclusiva. Hackman NM, Schaefer EW, y colaboradores(13), Alessandra Marcruz de Souza Campos y colaboradores(14), determinaron que las mujeres múltiparas tienen menor riesgo de incorporar otro tipo de alimento hasta los 6 meses de edad, que las mujeres primíparas.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se pudo identificar los principales factores asociados al cese de la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida, los mismos que son los factores socioculturales, laborales y fisiológicos.

En los factores socioculturales, tenemos el estado civil de la madre, el cual tiene una relación significativa con el cese de la lactancia materna exclusiva, las mujeres solteras tienen mayor frecuencia del cese de la lactancia materna debido a que ellas son el sustento económico de su familia y no tienen el apoyo su pareja.

Dentro de los factores laborales, se evidenció que las madres que son amas de casa tienen mayor frecuencia en el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva, mientras que las madres que trabajan fuera del hogar o son estudiantes se relación con el cese de la lactancia materna exclusiva. La paridad es un factor fisiológico que se observó que tiene relación con el cese de la lactancia materna exclusiva, debido a que las madres primíparas no tienen la experiencia de haber dado de lactar, mientras que la múltiparas sí.

## Bibliografía

1. González-Ruiz GE, Borre-Ortiz YM, Reyes-Rios LA, Oviedo-Córdoba HR, Barrios Ditta L, Carbonó L, et al. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2015 [citado 2020 Oct 24];17(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145239088002.pdf>
2. OMS. OMS | Lactancia materna. WHO [Internet]. 2017 [citado 2020 Oct 24]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
3. Salud OM de la. Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Número 342 [Internet]. 2010 [citado 2020 Oct 24];(1):6. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
4. Moreno Manzanares L, Cabrera Sanz MT, García López L. Lactancia materna. *Rev Enferm* [Internet]. 1997 [citado 2020 Oct 24];20(227-228):79-84. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/informes/lactancia-materna>
5. VEGA PAVIA CN. CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA. 2019 [citado 2020 Oct 24];1-346. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/débil-cumplimiento-del-código-internacional-de-sucedáneos-de-leche-materna-en>

6. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 Jan 1 [citado 2020 Oct 24];29(1):4–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.0020213-9111/>
7. Laghi Rey A, Yaipen Ayca A, Risco Denegri R, Pereyra Elías R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. *Arch Med* [Internet]. 2015 [citado 2020 Oct 24];11(3):11. Disponible en: [www.archivosdemedicina.com](http://www.archivosdemedicina.com)
8. Avalos MM, Mariño ER, González JA. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2016 [citado 2020 Oct 24];35(2):170–7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200004)
9. Acosta Silva M, De la Rosa Ferrera JM. Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. *Rev Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2018 Jul 23 [citado 2020 Oct 24];22(4):452–67. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5474>
10. López BE, Martínez L, Zapata NJ. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín Reasons for abandoning early exclusive breastfeeding: an unsolved public health problem in Medellín.
11. Pino Villalón JL, López E. MÁ, Medel I. AP, Ortega S. A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2013 [citado 2020 Oct 24];40(1):48–54. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Fernández WC, Santana M de la CR, Alonso EM, Alonso LA, Molinet LS. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2014 [citado 2020 Oct 24];29(3):245–52. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252013000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000300003)
13. Garcia-Roldan A, Guerrero Etxeberria E, Hernández-Aguilar MT, Legarra Pellicer C, Martínez-Herrera Merino B, Quintana Pantaleón R, Ibargoyen Roteta N FGR. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2017 [citado 2020 Oct 24];316. Disponible en: [http://www.aelama.org/wp-content/uploads/2019/04/1-guia\\_de\\_lactancia\\_materna.pdf%0Ahttp://aelama.org/recursos/otros-documentos/](http://www.aelama.org/wp-content/uploads/2019/04/1-guia_de_lactancia_materna.pdf%0Ahttp://aelama.org/recursos/otros-documentos/)
14. Campos AM de S, Chaoul C de O, Carmona EV, Higa R, do Vale IN. Exclusive breastfeeding practices reported by mothers and the introduction of additional liquids. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado 2020 Oct 24];23(2):283–90. Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)



## Capítulo 24

### **ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

Daniela Geovanna Peláez Vera<sup>1</sup>  
dgpelaezv55@est.ucacue.edu.ec

María José Mera Navarrete<sup>2</sup>  
maría.mera@ucacue.edu.ec

Fanny Cecilia Rodríguez Quezada<sup>2,3</sup>  
frodriguezq@ucacue.edu.ec

1. Interna de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca

2. Licenciada en Enfermería

3. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

La enfermedad de Kawasaki afecta directamente a las arterias ya que es una vasculitis sistémica, se ven comprometidas las arterias de pequeño, mediano y grande calibre siendo mas frecuente la vasculitis en las arterias coronarias ocasionando una poliarteritis nodosa dando como resultado células inflamatorias en diferentes órganos y tejidos como pericarditis, miocarditis y linfadenopatias dando como consecuencia un infarto al miocardio. **Objetivo:** Analizar la evolución del caso de un paciente con enfermedad de Kawasaki ingresada en el Hospital de Especialidad José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, mediante la revisión de la historia clínica elaborando un plan de cuidados de enfermería estandarizado aplicando la metodología NANDA NIC-NOC. **Caso Clínico:** Usuario de sexo femenino de 15 años de edad acude a esta casa de salud por presentar desde hace 5 días alza térmica por lo que la madre usando medios físicos logra ceder el cuadro, presentando hace 48 horas astenia generalizada, hiporexia y deposiciones líquidas por 6 ocasiones repetidas en moderada cantidad, hace 4 horas presenta nuevamente alzas térmicas por lo que es traída inmediatamente por la madre. **Conclusiones:** el análisis y el plan de cuidados de enfermería fue de suma importancia aplicando los cuidados necesarios en paciente con enfermedad de Kawasaki, como en la disminución de la fiebre y la percepción del paciente.

**Palabras claves:** Kawasaki, arterias, Enfermedad, células inflamatorias.

## ABSTRACT

Kawasaki disease directly affects the arteries since it is a systemic vasculitis, the arteries of small, medium and large caliber are compromised, vasculitis in the coronary arteries being more frequent causing a polyarteritis nodosa resulting in inflammatory cells in different organs and tissues such as pericarditis, myocarditis and lymphadenopathy resulting in a myocardial infarction. **Objective:** To analyze the evolution of the case of a patient with Kawasaki disease admitted to the José Carrasco Arteaga Specialty Hospital in the city of Cuenca, by reviewing the clinical history, preparing a standardized nursing care plan applying the NANDA NIC- methodology. NOC. **Clinical Case:** A 15-year-old female user comes to this health center for presenting thermal rise for 5 days, so the mother, using physical means, manages to give up the picture, presenting 48 hours ago generalized asthenia, hyporexia and liquid stools for 6 repeated occasions in moderate quantity, 4 hours ago it presented thermal rises again so it is immediately brought by the mother. **Conclusions:** the analysis and the nursing care plan was of utmost importance, applying the necessary care in a patient with Kawasaki disease, such as reducing fever and patient perception.

**Keywords:** Kawasaki, arteries, Disease, inflammatory cells.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki se da mayormente en niños y en adolescentes siendo la principal causante de una cardiopatía adquirida. Esta inflamación o vasculitis de las arterias afecta en un 80% a niños que se encuentran en los primeros 5 años de vida con una incidencia anual de 32,5 por 1.000 niños, pero también puede presentarse en etapa neonatal y la adolescencia. El primer caso de Enfermedad de Kawasaki se da en el año 1961 en Japón, en un niño con adenopatía cervical, erupción cutánea, alteraciones de labio y boca, descamación y fiebre de origen o etiología desconocido, creyendo que esta enfermedad es iniciada por algún agente infeccioso de origen viral desencadenando superantígenos los cuales estimulan al sistema inmunitario para una respuesta anormal y que algunos individuos pueden padecerla (1).

“En Japón se reportan aproximadamente 12 000 casos nuevos al año, 229,9 x 105 menores de cinco años, Corea (113,1 x 105) y Taiwán (69,0 x 105) constituyen el segundo y tercer país con mayor incidencia a nivel mundial, en Estados Unidos (EU) se registran 20,8 x 105 diagnósticos por año. Datos estadísticos internacionales revelan que el 50% de los pacientes debutan antes de los dos años de edad y el 80% antes de los cuatro, la relación niño/nina es de 1,5:1” (2).

## DESARROLLO

### Marco Teórico

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica que afecta a las arterias de grande, mediano y pequeño calibre que se complica con la aparición de aneurismas en arterias coronarias y de las arterias periféricas siendo causante de cardiopatías, la EK presenta una fase aguda febril en la cual aparece de forma brusca con un cuadro clínico de irritabilidad y alza térmica que al pasar los días se van añadiendo otras manifestaciones clínicas como astenia, pericarditis y miocarditis. El análisis a nivel analítico se puede presentar una leucocitosis, hemoglobina disminuida, dándose esto en la primera- segunda semana. La fase subaguda aparece lo que es la descamación de manos y pies y la fiebre desaparece una vez tratado con gammaglobulina. A nivel analítico se da una trombocitosis, anemia. En esta fase empiezan a formarse los aneurismas (tercera- sexta semana). En la fase final de convalecencia los pacientes están asintomáticos, a nivel analítico se normalizan los exámenes y los aneurismas coronarios pueden desaparecer o presentar infarto de miocardio (3).

La etiología de la EK es desconocida, pero sugieren una etiología de origen infecciosa por exposición a un agente viral anteriormente padecido es decir por antecedentes de una enfermedad respiratoria previa, también se lo a vinculado con otros virus como sarampión, citomegalovirus, herpes virus entre otros, sin demostración de implicación (4)(5).

La respuesta inmune anormal se activa por dicho agente en donde los neutrófilos son los primeros en invadir la pared arterial seguidos de los monocitos, y macrófagos produciendo cambios en las paredes de las arterias ocasionando una inflamación de la capa media dando como resultado edema y necrosis del musculo liso en donde la arteria pierde la integridad de la pared, favoreciendo la dilatación y formación de aneurismas hasta producir estenosis estos cambios pueden limitar el flujo sanguíneo y ocasionar daños a los tejidos y órganos. Esta inflamación también puede darse en arterias renales, mesentéricas, ilíacas, pancreáticas y hepáticas (1)(6).

El diagnóstico es netamente clínico, según la Real Academia Americana de Pediatría (2004) para diagnosticar EK debe tener fiebre persistente de al menos cinco días de duración y al menos cuatro de los siguientes criterios: Cambios en las extremidades (eritema de palmas y plantas, edema de pies y manos), subagudos (descamación periungueal de manos y pies en dos a tres semanas, Exantema polimorfo, Cambios en labios y en la cavidad oral: eritema, labios fisurados, lengua fambresada, enantema, linfadenopatía cervical, diarrea y exclusión de otras enfermedades con hallazgos similares (7)(8).

De todas formas algunos exámenes complementarios pueden ayudar para su diagnóstico a nivel analítico se puede encontrar leucocitosis, elevación de reactantes de proteína C reactiva, anemia por lesiones coronarias, aumento de transaminasas, hipoalbuminemia, elevación de la troponina, elevación de enzimas hepáticas, HDL elevado y hipoalbuminemia (6).

Ecocardiograma: Debe hacerse en el momento de sospecha de EK, y se puede encontrar desde una evidencia de aneurismas coronarios (6).

El tratamiento con gammaglobulinas es altamente eficaz ya que algunos estudios han demostrado que se debe administrar gammaglobulinas en la fase aguda de la enfermedad para poder así evitar la aparición de aneurismas de un 15-25% conjuntamente con el ácido acetilsalicílico que tienen un efecto antiinflamatorio, antiagregante y antitrombótico. Según estudios los corticoides son el tratamiento de elección cuando los pacientes no responden con una mejoría ante las gammaglobulinas (9).

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, procedente de la ciudad de Cuenca-Ecuadoriana, soltera, estudiante, católica. Ingres a esta casa de salud en donde se le realiza el examen cefalocaudal observando a nivel de cara: facies rubicundas, piel caliente al tacto. A nivel abdominal: abdomen blando depresible, doloroso a la palpación. Miembros inferiores: tono y fuerza muscular disminuida 3/5. Antecedentes familiares: abuela materna con DM2. Alergias: Ninguna.

En los exámenes de laboratorio mediante química sanguínea se encontró una leucocitosis, linfocitosis, neutrofilia, aumento de transaminasas, LDH elevado, hipoalbuminemia y elevación de la troponina. Médico diagnóstica Enfermedad de Kawasaki (EK) dando como tratamiento ácido acetilsalicílico, inmunoglobulina, paracetamol.

## REPORTE DE ENFERMERÍA

### SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES	VALORES	JUSTIFICACION
FRECUENCIA CARDIACA	132	TAQUICARDIA, no se encuentra dentro de los parámetros normales. (70-80)
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	EUPNEICO, dentro de parámetros normales
SATURACIÓN DE OXÍGENO	95	NORMOXEMICO, no se encuentra dentro de parámetros normales.

TEMPERATURA	39,5	HIPERTERMIA: No se encuentra dentro de parámetros normales.
TENSIÓN ARTERIAL	85/50	HIPOTENSIÓN no se encuentra dentro de los parámetros normales (118-132/70-82)

<b>VALORACIÓN</b>	Usuario de 15 años de edad diagnóstico de kawasaki, igil, activo, orientado en tiempo, espacio y persona, refiere taquicardia
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de riesgo: Enfermedad cardiovascular</li> <li>- Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir amenazas de una enfermedad cardiovascular.</li> <li>- Control de la presión arterial</li> <li>- Control de la frecuencia cardiaca</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar los signos vitales con frecuencia</li> <li>- Observar los signos y síntomas del gasto cardiaco</li> <li>- Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	El paciente estará controlado para evitar una enfermedad cardiovascular.

<b>VALORACIÓN</b>	Usuario de 15 años de edad diagnóstico de kawasaki, vigil, activo, orientado en tiempo, espacio y persona, refiere diarrea
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Diarrea relacionado con infección manifestado por perdidas de heces liquidas > 3 en 24 horas.
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Función Gastrointestinal</li> <li>- Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimento, absorber nutrientes, y eliminar productos de desecho.</li> <li>- Frecuencia de deposiciones</li> <li>- Color y consistencia de deposiciones</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar al paciente o familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>- Identificar los factores que pueden ocasionar la diarrea.</li> <li>- Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	El paciente será capaz de identificar los factores que le pueden ocasionar la diarrea.

<b>VALORACIÓN</b>	Usuario de 15 años de edad diagnóstico de kawasaki, vigil, activo, orientado en tiempo, espacio y persona, refiere fiebre
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Hipertermia relacionado con enfermedad manifestado por letargia
<b>NOC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del riesgo: hipertermia</li> <li>- Acciones personales para comprender evitar, eliminar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta.</li> <li>- Identifica signos y síntomas de la hipertermia</li> <li>- Identifica los factores de riesgo de hipertermia</li> </ul>
<b>NIC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar la temperatura y otros signos vitales</li> <li>- Administrar medicamentos antipiréticos</li> <li>- Fomentar el consumo de líquidos</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	El paciente será capaz de identificar signos de alarma y consumir líquidos.

<b>S</b>	El Sra. Manifiesta: “Mi hija tiene fiebre desde hace 5 días, he tratado de bajarle conmedios físicos, pero no le pasa, y se siente cansada también tiene diarrea y no quiere comer.
<b>O</b>	Al examen físico se observa facies rubicundas y piel caliente al tacto.
<b>A</b>	Hipertermia relacionada con enfermedad manifestado por letargia
<b>P</b>	Controlar la temperatura y otros signos vitales
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar la temperatura y otros signos vitales</li> <li>- Administrar medicamentos antipiréticos</li> <li>- Fomentar el consumo de líquidos</li> </ul>
<b>E</b>	El Usuario será capaz de identificar signos y síntomas de la hipertermia y consumir abundantes líquidos.
<b>R</b>	Reevaluación: Etapa final del proceso en el cual se identifican los cambios esperados.

## RESULTADOS

En este estudio de caso se logro conocer mas a la enfermedad y sus manifestaciones clínicas que se puede presentar ya que es el primer caso de EK en la ciudad de Cuenca en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, se realizó un plan de cuidados basados en las necesidades primordiales del paciente detectados en este estudio de caso siendo los resultados positivos.

## DISCUSIÓN

Según De Pedro (2018) “especialista en cardiología destaca que hasta el momento el único tratamiento que ha demostrado eficacia y que es de primera línea es la inmunoglobulina intravenosa con el ácido acetilsalicílico actuando de manera simultánea se ha evidenciado en estudios anteriores como

coadyuvante pero que a pesar de este tratamiento un 20% siguen presentando fiebre, siendo necesario acudir a los corticoides pues disminuye la incidencia de anomalías coronarias quedando a elección de un criterio clínico en escasa respuesta de la inmunoglobulina ya que no existe una pauta de tratamiento bien definida” (10).

Según Matiz (2016) “el 15% de los pacientes no responde clínicamente a la administración de inmunoglobulina GIV; se manifiestan con persistencia de fiebre y signos de inflamación luego de 24 a 48 h de la infusión. Son los pacientes de este grupo quienes tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria” (11).

En el Hospital Infantil de Stanford (2019) “se dice que no está claro qué causa la enfermedad de Kawasaki. Los científicos creen que un virus o una bacteria pueden ser los responsables, pero aún hay muchas investigaciones en curso actualmente. La enfermedad de Kawasaki no parece ser contagiosa, ni tampoco hereditaria”. (Stanford Children's Health, 2019) mientras Barrios et. al. (2018) “explica que, independientemente de que el origen o desencadenante infeccioso sea sugerido por hallazgos clínicos, de laboratorio y las características epidemiológicas de la enfermedad, en la actualidad “no se ha podido identificar un agente etiológico infeccioso único” ni tampoco existe evidencia de “que la enfermedad se asocie a la exposición a fármacos, o que se desarrolle en respuesta a un superantígeno” (12).

## CONCLUSIÓN

La enfermedad de Kawasaki es poco frecuente en nuestro país, se debe tener en cuenta los criterios clínicos clásicos para diagnosticar esta enfermedad de forma oportuna y precisa en los primeros diez días del comienzo de la fiebre (fase aguda) para disminuir alteraciones coronarias evitando tratamientos tardíos ya que puede empeorar el pronóstico.

El plan de cuidados de enfermería jugó un papel importante en el manejo del paciente con ENFERMEDAD DE KAWASAKI aplicando sus respectivos cuidados.

Conflicto de interés

Este trabajo cumple con los requisitos sobre consentimiento informado.

## Bibliografía

1. Mendoza A, Arteaga R. Kawasaki. Revbolped [Internet]. 2005 [cited 2020 Sep 6];44:14–20. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752005000300015](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000300015)
2. Urrutia O, Cabreja N, Torres A, Duran D. Comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad de Kawasaki. Rev ccm [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 13];21(2):345–56. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000200002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812017000200002&script=sci_arttext&tlng=pt)
3. Sociedad Argentina de Cardiología. Enfermedad de Kawasaki: Consenso Interdisciplinario e Intersociedades (Guía Práctica Clínica). Rev Arg Card [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 6];2–12. Available from: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/enfermedad-de-kawasaki-consenso-interdisciplinario-e-intersociedades-gu-iacutecia-pr-aacutectica-cl-iacutenica.pdf>

4. Matiz Mejía S, Ariza Correa C, Salinas Suárez C, Huertas Quiñones M, Sanguino Lobo R. Enfermedad de Kawasaki. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2020 Sep 6];24(3):307.e1-307.e6. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-enfermedad-kawasaki-S0120563316300572>
5. González-Mata A, Ulloa-Gutierrez R, del Castillo JB, Soza G, Tremoulet AH. Orígenes e importancia de la Red de Enfermedad de Kawasaki en América Latina (REKAMLATINA). *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2013 May [cited 2020 Nov 13];30(4):402–4. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000400008&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182013000400008&script=sci_arttext)
6. Prego J. Enfermedad de Kawasaki Referencia histórica. *Rev Emerg Pediatr* [Internet]. 2003 [cited 2020 Nov 13];77–80. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v74n2/prego-kawasaki-pad.pdf>
7. Caballero-Mora FJ, Alonso-Martín B, Tamariz-Martel-Moreno A, Cano-Fernández J, Sánchez-Bayle M. Enfermedad de Kawasaki y factores de riesgo de aparición de aneurismas coronarios. *An Pediatr* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2020 Sep 6];74(4):232–8. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-enfermedad-kawasaki-76-pacientes-factores-articulo-S169540331000562X>
8. Troncoso L, Santafé F, Salazar R, Paredes P. Enfermedad de Kawasaki: caso clínico Kawasaki disease: case presentation. *Rev CAMBIOS HCAM* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 6];57–60. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-5921-1721>.
9. Álvarez EP, Rey F, Peña SC, Rubio A, Calvo C, Collado P. ¿La enfermedad de Kawasaki ha perdido su afectación articular? *Rev Reumatol Clin* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2020 Nov 13];13(3):145–9. Available from: <http://www.reumatologiaclinica.org/es-la-enfermedad-kawasaki-ha-perdido-articulo-S1699258X16300171>
10. Del Valle P. Manejo de la enfermedad de Kawasaki. Consenso Nacional | SEPEAP - Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2018 [cited 2020 Nov 10];55–9. Available from: <https://sepeap.org/manejo-de-la-enfermedad-de-kawasaki-consenso-nacional/>
11. Matiz Mejía S, Ariza Correa C, Salinas Suárez C, Huertas Quiñones M, Sanguino Lobo R. Enfermedad de Kawasaki. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2020 Nov 13];24(3):307.e1-307.e6. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563316300572>
12. Litardo C, Baños W, Baños K, Ponce E. Tratamiento del síndrome Kawasaki en pediatría | RECIAMUC. *Rev Cient act del mundo* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 13];3(2):358–75. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/344/444>



## Capítulo 25

### OSTEOMIELITIS: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Ricardo Benito López Juca<sup>1</sup>  
rblopezj20@est.ucacue.edu.ec

Karla Johanna Criollo Peralta<sup>2</sup>  
karla.criollo@ucacue.edu.ec

Fanny Cecilia Rodríguez Quezada<sup>2,3</sup>  
frodriguezq@ucacue.edu.ec

1. Interna de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca
2. Licenciada en Enfermería
3. Docente de la Universidad Católica de Cuenca - Carrera de Enfermería



## RESUMEN

La Osteomielitis es la infección de hueso causada principalmente por una complicación bacteriana o micótica, según los últimos estudios las articulaciones más afectadas por esta complicación médica son las caderas, los hombros, las rodillas, piernas y codos, hay que tomar en cuenta a las mujeres embarazadas que tengan esta afección médica debido a que, debido a la debilitación ósea, una infección crónica del hueso se da principalmente porque no se trató de manera adecuada la infección aguda, el cuadro puede prevenirse con un tratamiento oportuno y el manejo óptimo de las infecciones localizadas y de tejidos blandos, teniendo como tratamiento más adecuado para este tipo de complicación la cirugía, encarga de eliminar las zonas afectadas por la infección y posterior a esto la administración de antibióticos; Objetivo Elaborar un caso clínico con un diagnóstico de osteomielitis manejado en el establecimiento de salud tipo B de la ciudad de Cuenca, mediante la revisión de la historia clínica y la entrevista a la usuaria, proponiendo un plan de cuidados de enfermería estandarizado aplicando la metodología NANDA NIC – NOC Caso clínico Paciente femenino perteneciente a Cuenca – Azuay, acude al establecimiento de salud de atención primaria con diagnóstico de osteomielitis crónica por referir asistencia para curación de herida quirúrgica además refiere dolor pulsátil en la extremidad inferior derecha EVA 8/10, piel caliente al tacto e hipersensible . Conclusiones el diagnóstico de enfermería nos ayudó a buscar una recuperación favorable para la paciente mediante los cuidados estandarizados y personalizados para ella, y nos ayudó a tratar con mayor precisión esta complicación médica.

**Palabras claves:** osteomielitis, infección, articulación, sistema inmunitario.

## ABSTRACT

Osteomyelitis is the bone infection caused mainly by a bacterial or fungal complication, according to the latest studies the joints most affected by this medical complication are the hips, shoulders, knees, legs and elbows, women must be taken into account pregnant women with this medical condition should be considered because, due to bone weakening, A chronic infection of the bones es given mainly because it was not treated in an adequate way the acute infection, the picture can be prevented with an opportune treatment and the optimal management of the located infections and of soft tissues, having as more suitable treatment for this type of complication the surgery, it takes charge of eliminating the zones affected by the infection and later to this the administration of antibiotics; Objective To elaborate a clinical case wit a diagnosis of osteomyelitis managed in the type B health facility in the city of Cuenca, Through the revision of the clinical history and the interview to the user, proposing a standardized nursing care, plan applying the NANDA NIC-NOC methology, attends the primary health care facility with a diagnosis of chronic osteomyelitis by referring assistance for surgical wound healing in addition to referring pulsatile pain in the lower right extremity EVA 8/10, skin warm to the touch and hypersensitive.. Conclusions The nursing diagnosis helped us to seek a favorable recovery for the patient through standardized and personalized care for her, and helped us to more accurately treat this medical complication.

**Key words:** osteomyelitis, infection, joint, immune system

## INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una patología de cuidado y rara que muy pocas veces se da en neonatos, lactantes y en adultos, producida por una infección localizada o generalizada ya sea del hueso o la médula ósea; en los neonatos o niños se manifiesta esta enfermedad debido a un déficit en su estado inmunitario, y en los adultos se da por reiteraciones quirúrgicas mal tratadas o prótesis, sin embargo esta enfermedad en las personas las pueden llevar toda la vida si nunca recibió un tratamiento adecuado durante su niñez, llegando a tener procedimientos invasivos para ayudar a su recuperación (1)(2).

Según los últimos estudios las articulaciones más afectadas por esta complicación médica son las caderas, los hombros, las rodillas, piernas y codos, hay que tomar en cuenta a las mujeres embarazadas que tengan esta afección médica debido a la debilitación ósea puede llevar a tener lesiones óseas ayudando de esta manera diseminar y propagar más la infección. También pudiendo afectar al feto, produciendo estrés fetal o simplemente exponerse a la infección (3).

Los huesos son los órganos más fuertes del organismo ante infecciones, pero este puede verse afectado en los niños por un debilitado sistema inmunitario y en las personas adultas se ve afectado según avanza la edad a continuación detallamos los factores asociados a esa patología (4).

El tratamiento más adecuado para este tipo de complicación es la cirugía, encarga de eliminar las zonas afectadas por la infección y posterior a la administración de antibióticos por vía venosa en un hospital para luego de su recuperación continuar con el uso de antibióticos orales para controlar la infección (5).

Es primordial realizar estudios de casos en las unidades de salud debido a que hace falta conocimiento científico y práctica clínica, es uno de los procesos infecciosos donde hay dificultad para dar con su diagnóstico debido a la presencia de otras complicaciones pudiendo llevar a dificultar su pronóstico de salud; y debido a esas anomalías generan cambios en la etiología de la enfermedad (6).

## DESARROLLO

### Marco teórico

**La Osteomielitis** es la infección de hueso causada principalmente por una complicación bacteriana o fúngica, dándose con menor insistencia por parásitos o micobacterias.

Se puede apreciar dos tipos de complicaciones:

- **Osteomielitis aguda hematógena:** Es la complicación más reiterativa en la niñez.
- **Osteomielitis secundaria:** Después de una complicación o traumatismo abierto, siendo esas unas complicaciones menos frecuentes en niños y dándose en las personas adultas.
- **Insuficiencia vascular:** patología muy rara dada en los niños (7)(8).

La osteomielitis se da de manera sintomática o asintomática, haciendo llegar el microorganismo infeccioso hasta el hueso siempre siendo localizados con mayor frecuencia en la metafisis de los huesos largos (fémur, tibia y humero).

El agente infeccioso se transporta por los tejidos capilares óseos, donde el transporte es lento y por ende se produce la inflamación del mismo. Para luego circular a través de los túneles vasculares y posteriormente se adhiere al tejido cartilaginoso donde se produce la infección (9).

Una infección crónica del hueso se da principalmente porque no se trató de manera adecuada la infección aguda, los factores inflamatorios incrementan la presión interósea generando estasis sanguínea y trombosis, produciendo necrosis ósea.

En la osteomielitis aguda los signos y síntomas se van dando de manera gradual, donde los pacientes refieren dolor sordo en el lugar de la afección, siendo los signos locales la; sensibilidad, calor, eritema e hinchazón. Otros síntomas serían fiebre, escalofríos, limitación en la deambulación (10)(11).

Está dada por la propagación de tejidos infecciosos ya sea de fistulas o prótesis. También se deben a microorganismos presentes en la sangre o heridas abiertas por fracturas contaminadas o cirugías óseas. Por ende, los pacientes con esta complicación clínica se les ve afectado la deambulación, siendo el principal microorganismo causante el *Staphylococcus aureus* dándose con mayor frecuencia en los niños, pero también a las personas adultas (12)(13).

Los huesos son los órganos más fuertes del organismo ante infecciones, pero este puede verse afectado en los niños por un debilitado sistema inmunitario y en las personas adultas se ve afectado según avanza la edad a continuación detallamos los factores asociados a esa patología.

- **Edad**
- **Economía**
- **Enfermedades crónicas como diabetes descompensada**
- **Lesiones continuas**
- **Consumo de estupefacientes**
- **Procesos quirúrgicos óseos**
- **Sistema inmunitario debilitado (14)**

La Química sanguínea nos ayuda a observar los niveles incrementados de glóbulos blancos donde se puede interpretar que el organismo está luchando con una infección, si se debe a una infección sanguínea, estos exámenes pueden revelar los microorganismos causantes de la complicación. (15)

### **Exámenes de diagnóstico por imágenes**

**Radiografías:** En ella podremos interpretar el daño que está presente en el hueso.

**Imágenes por resonancia magnética (IRM):** En este procedimiento se dan imágenes con mayor resolución y más detalladas de las extremidades afectadas por lo que será mucho más fácil su interpretación.

**Tomografía computarizada:** Solo se las realiza en caso de que el paciente no se pueda realizar una IRM. (16).

**Biopsia ósea:** Este tipo de examen para su procediendo requiere la aplicación de anestesia para poder llegar al hueso en donde se extrae una muestra para realizar un cultivo en donde se puede identificar el germen causante de la patología y poder darle el tratamiento farmacológico adecuado (17).

El tratamiento más adecuado para este tipo de complicación es la cirugía, encarda de eliminar las zonas afectadas por la infección y posterior a esto administración de antibióticos por vía venos en un hospital para luego de su recuperación continuar con el uso de antibióticos orales para controlar la infección (18).

### **Cirugía**

- **Drenaje:** Consta en abrir la zona afectada en donde el medico podrá drenar el pus o sustancia estancada generada por la infección.
- **Extirpación del tejido:** Es el desbridamiento del hueso afectado, si hay presencia de infección en el tejido circundante también será eliminado (19).
- **Extirpación de objetos extraños:** Si existe la presencia de prótesis, tornillos, placas colocados en cirugías anteriores.
- **Amputación de la extremidad:** En caso de que no haya más recursos para su recuperación es necesario eliminar la extremidad afectada con la finalidad de que la infección avanece (19).

### **Medicamentos**

El tratamiento farmacológico con antibióticos se dará luego de saber cuál es el microorganismo causante de la enfermedad, con la finalidad de que el efecto sea el adecuado. (20)

## **CASO CLÍNICO**

Paciente femenino de nacionalidad peruana con residencia en la ciudad de cuenca de estado civil casada con edad de 32 años, perteneciente a la parroquia de Bellavista – Cueca – Azuay, acude al centro de salud por referir dolor en la extremidad inferior derecha, al examen físico observamos, piel humectada e hidratada, cabeza simétrica, cuero cabelludo con coloración regular, tiene muy buena implantación de cabello, no hay presencia de lesiones, se encuentra limpio; cuello con presencia de pulsos carotídeos, se encuentran simétricos, sin ingurgitación yugular ni adenopatías; la vista se encuentran reactivas a la luz, conjuntivas rosadas y con presencia de movimientos oculares; en la boca las mucosas orales se encuentran semihúmedas con presencia de placa dental en los molares; fosas nasales permeables; a la palpación el tórax se encuentra simétrico, con una expiación adecuada en la inspiración y expiración, a la percusión presenta un sonido timpánico, no presentan ruidos agregados; al examen cardiaco se auscultan los ruidos cardiacos palpándolos en 5° espacio intercostal izquierdo a nivel la línea media clavicular, se evidencia un ritmo cardiaco regular en 2 tiempos sin soplos; se palpa abdomen blando, depresible e indoloro no se encuentran masas, hay presencia de ruidos hidroaéreos normales, palpamos el bazo y no hay evidencia de esplenomegalia; genitales no valorados; en la extremidad inferior izquierda hay limitación en la deambulación debido al dolor pulsátil con un EVA de 8/10 se observa deambulación con uso de muletas por la intervención quirúrgica en la extremidad inferior derecha a nivel anterior de la tibia, de todas formas con presencia de buen tono muscular.

No siendo lo mismo en la extremidad inferior derecha en donde presenta una cicatriz y poca implantación de vello;

## REPORTE DE ENFERMERÍA

### SIGNOS VITALES

Signos vitales	Valores	Valores	Justificación
Peso	56.5 kg	56	Estable para la talla que tiene la paciente.
Talla	145 cm	145 cm	Normal para su contextura
IMC	26.8	26.6	Sobre peso
Temperatura	37 °C	37 °C	Normo térmico
Pulso	77 x min	74 x min	Normobárico
Saturación de oxígeno	97%	97%	Normo- sémico
Frecuencia respiratoria	20 x min	19 x min	Eupnea
Presión arterial	120/70 mmHg	100/60 mmHg	Normotenso
Perímetro abdominal	87.3 cm	87 cm	Se encuentra dentro de un valor máximo saludable,
Perímetro torácico	90 cm	90 cm	Simétrico.
Perímetro de cadera	89 cm	89 cm	
Índice cintura cadera	0.98	0.98	Obesidad abdominovisceral
Glicemia	105 mg/dl	90 mg/dl	El azúcar en la sangre se encuentra dentro de los parámetros normales.
Inspección general	Paciente de contextura endomorfo, pequeña, con expresión facial de preocupación, facies normales, se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, su higiene limpio y conservado, ropa limpia de acorde para la edad, para el clima y la condición médica, su postura no es la adecuada debido a que usa muletas para su movilización debido a la complicación medica como es la osteomielitis, por ende, su movilidad se encuentra limitada.		

## Diagnóstico de enfermería

16/07/2020

<b>VALORACIÓN</b>	<p>Usuario de 32 años de sexo femenino, acude a la unidad de salud para su respectiva curación de osteomielitis CIE 10 M86, presentada en la extremidad inferior derecha a nivel de la tibia anterior, la usuaria se encuentra orientado en sus tres esferas que son tiempo, espacio y persona, se observa lesiones anteriores por intervención quirúrgica en la misma extremidad por reiteración de la patología, debido al dolor expresa fatiga y cansancio debido q a que no puede deambular con normalidad por la utilización de muletas, al palpar la extremidad afectada refiere dolor al tacto por ello el procedimiento de limpieza y curación de la herida</p>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046), relacionado con factores mecánicos que provocan el traumatismo, manifestado por alteración de la integridad cutánea por la destrucción de las capas de la piel</p>
<b>NOC</b>	<p style="text-align: center;"><b>Integridad tisular: piel membranas y mucosas (1101)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (110101)</li> <li>• Sensibilidad (1101102)</li> <li>• Hidratación (110104)</li> <li>• Integridad de la piel (110113)</li> <li>• Lesiones cutáneas (110115)</li> </ul>
<b>NIC</b>	<p style="text-align: center;"><b>Cuidado de heridas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, calor, tamaño y olor) (366001).</li> <li>• Limpiar la zona de la herida con solución salina fisiológicas, guantes estériles y seguir las técnicas de asepsia para evitar infecciones (366006).</li> <li>• Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida (366011).</li> <li>• Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida (366017).</li> <li>• Fomentar la ingesta de líquidos para ayudar en la hidratación (366022).</li> <li>• Educar al paciente y familia sobre los signos y síntomas de infección (366029).</li> <li>• Educar al paciente sobre la alimentación que debe seguir para ayudar en la cicatrización de la herida.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<p>Con las intervenciones brindadas por parte del personal de enfermería, el paciente empezó cicatrizar de manera adecuada la laceración, y también tomo en cuenta la alimentación siendo un factor importante en la recuperación de tejido muscular y epitelial.</p>

<b>VALORACIÓN</b>	Se acudió a visitar a la paciente en su domicilio, en donde ella estaba orientada, con una vestimenta de acorde a la edad, se procedió a realizar el control de los signos vitales encontrándose dentro de los parámetros normales, sin ninguna complicación respiratoria debido a la emergencia sanitaria, se realizó también un examen céfalo-caudal en donde su cabeza esta normocefálica simétrica sin evidencia de lesiones y con una muy buena implantación de cabello, se palpo los pulso carotídeos encontrándose simétricos y sin adenopatías, Pupilas isocóricas reactivas a la luz, conjuntivas rosadas y con presencia de movimientos oculares; A la palpación el tórax se encuentra simétrico, con una expansión adecuada en la inspiración y expiración, a la percusión presenta un sonido timpánico, no presentan ruidos agregados.
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Deterioro de la deambulacion 00088; relacionado por el procedimiento quirúrgico y manifestado por dificultad para caminar y el uso de dispositivos en donde hay disminución de la amplitud de movimientos.
<b>NOC</b>	<p><b>Nivel de movilidad (0208)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento del equilibrio (20801)</li> <li>• Movimiento muscular (20803)</li> <li>• Movimiento articular (20804)</li> <li>• Ambulación (20806)</li> <li>• Coordinación (20809)</li> <li>• Marcha (20810)</li> </ul>
<b>NIC</b>	<p><b>Terapia de ejercicios ambulación (00221)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el traslado (22109).</li> <li>• Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones (22102).</li> <li>• Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario (22111).</li> <li>• Instruir al paciente acerca del uso correcto de los dispositivos de ayuda para la deambulacion (22108).</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	Con la intervención establecida ayudamos al paciente a tener una mejor postura, y que calzado sería el adecuado para su movilización, y que siempre la ayuda esté disponible para cuando ella lo requiera en su movilización y con esto garantizamos una movilización segura.

S	<p>Usuario de 32 años a la unidad de salud para pedir que le ayuden en una curación refiere que tuvo una intervención quirúrgica por presentar edema a nivel de la pierna derecha a nivel de la pantorrilla, además refiere dolor al tacto.</p>
O	<p>En el examen físico se vio que la paciente se encontraba orientada en las tres esferas, se observa tufismo a nivel de la extremidad inferior derecha a nivel de la tibia, sus facies se encontraban húmedas sin presencia de palidez, con autonomía respiratoria saturando 97 %, mucosas orales húmedas, campos pulmonares ventilados, abdomen indoloro a la palpación, extremidades inferiores simétricas, con llenado capilar de tres segundos.</p>
A	<p>Deterioro de la integridad cutánea (00046), relacionado con factores mecánicos que provocan el traumatismo, manifestado por alteración de la integridad cutánea por la destrucción de las capas de la piel.</p>
P	<p>La paciente tiene limitación de movimiento en la extremidad inferiores derecha debido a la intervención quirúrgica por osteomielitis infecciosa, por ello se le recomendó acudir todos los días a realizarse las curaciones respectivas con la finalidad de cicatrizar y recuperar el tejido muscular y epitelial.</p>
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, calor, tamaño y olor)</li> <li>• (366001)</li> <li>• Limpiar la zona de la herida con solución salina fisiológicas, guantes estériles y seguir las técnicas de asepsia para evitar infecciones.</li> <li>• (366006)</li> <li>• Aplicar un vendaje apropiado al tipo de la herida.</li> <li>• (366011)</li> <li>• Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</li> <li>• (366017)</li> <li>• Fomentar la ingesta de líquidos para ayudar en la hidratación. (366022)</li> <li>• Educar al paciente y familia sobre los signos y síntomas de infección.</li> <li>• (366029)</li> <li>• Educar al paciente sobre la alimentación que debe seguir para ayudar en la cicatrización de la herida.</li> </ul>
E	<p>Con las intervenciones brindadas por parte del personal de enfermería, el paciente empezó cicatrizar de manera adecuada la laceración, y también tomo en cuenta la alimentación siendo un factor importante en la recuperación de tejido muscular y epitelial.</p>

## RESULTADOS

Mediante la aplicación de las intervenciones y los cuidados brindados por parte del personal de enfermería la paciente presento una mejoría en la cicatrización de su extremidad recuperando el tejido epitelial y su movilidad esta poco a poco siendo recuperado debido a que hay riesgo de dolor al momento de deambular sin las medidas adecuadas debido a la infección.

**Imagen 1**



Autor: IRE. Ricardo López  
Osteomielitis identificada a nivel de la tibia en la extremidad inferior derecha

**Imagen 2**



Autor: IRE. Ricardo López  
Recuperación del tejido muscular y epitelial, pero con deformidad a nivel muscular.

## DISCUSIÓN

El artículo de Jocays Caldera refiere que el mejor tratamiento a emplearse en Colombia ante una osteomielitis crónica es el tratamiento conjugado de una intervención quirúrgica acompañada de una remoción de tejidos necróticos, abscesos acompañado de un tratamiento antimicrobiano y curaciones continuas bajo procesos estériles cubriendo adecuadamente el área intervenida, por lo mencionado se expone que el proceso de cicatrización tras la intervención quirúrgica acompañado con el tratamiento antibiótico y las curaciones de heridas, han demostrado que en el caso expuesto fue el tratamiento que fue útil debido a que mediante los cuidados brindados por parte del personal de enfermería, la usuaria pudo regenerar el tejido epitelial y muscular, con lo medicamentos adecuados y las intervenciones de enfermería, siendo estas empleadas con conocimiento científico y juicio crítico, por tal razón se le llamaba todos los días durante un mes para realizarle las curaciones respectivas cada día con el objetivo de que su tejido sea regenerado y que vuelva realizar las actividades físicas para que no pierda movilidad de la extremidad y pueda integrarse de manera rápida a la sociedad. Los medicamentos proporcionados por parte del personal médico ayudo de manera eficiente ente el proceso infeccioso y a la regeneración de la extremidad afectada (21).

## CONCLUSIÓN

Es necesario conocer las definiciones sobre la osteomielitis debido a que es una complicación clínica frecuente en nuestro medio, para de esta manera poder brindar una atención de calidad a los usuarios del centro de salud, garantizando un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

El diagnóstico de enfermería nos ayudó a buscar una recuperación favorable para la paciente mediante los cuidados estandarizados y personalizados para ella, y nos ayudó a tratar con mayor precisión esta complicación médica.

El examen céfalo caudal nos ayuda a ver y apreciar la actitud, estado físico y emocional del usuario con la finalidad de hacer una buena anamnesis, la cual nos permita elaborar los cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades de la misma, con la única finalidad de incorporarle de manera oportuna con la sociedad.

### **Conflicto de interés**

Este trabajo cumple con los requisitos sobre el consentimiento informado

### **Bibliografía**

1. Mormeneo Bayo S, Ferrer Cerón I, Martín Juste P, Lallana Dupla J, Millán Lou MI, García-Lechuz Moya JM. A review of difficult-to-treat post-traumatic osteomyelitis: Role of *Clostridium celerecrescens*. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2020 Jul 1;64(4):281–5.
2. Causal A. Características Clínicas Según Grupos De Edad , Y Hallazgos Radiológicos De. 2016;(619):303–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162s.pdf>
3. Tao F, Ma S, Tao H, Jin L, Luo Y, Zheng J, et al. Chitosan-based drug delivery systems: From synthesis strategy to osteomyelitis treatment – A review [Internet]. Vol. 251, *Carbohydrate Polymers*. Elsevier Ltd; 2021 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2020.117063>

4. Hofmann SR, Kapplusch F, Girschick HJ, Morbach H, Pablik J, Ferguson PJ, et al. Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis (CRMO): Presentation, Pathogenesis, and Treatment. Vol. 15, Current Osteoporosis Reports. Current Medicine Group LLC 1; 2017. p. 542–54.
5. Roig-Abraham N, Méndez-Hernández M, Martínez-Morillo M. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis in pediatrics: A diagnostic challenge. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2019 Nov 1;63(6):447–50.
6. Renapurkar S, Pasternack MS, Nielsen GP, Kaban LB. Juvenile Mandibular Chronic Osteomyelitis: Role of Surgical Debridement and Antibiotics. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2020 Nov 22];74(7):1368–82. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278239116001191>
7. Calzado I MAP, , Jesús Alberto Alonso Morell III TRC. Osteomielitis neonatal: a propósito de un caso. 2016;1–92. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc164g.pdf>
8. Casuriaga A, González K, Giachetto G, Costa F. Osteomielitis por *Mycobacterium tuberculosis*. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 22];88(6):322–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.31134/AP.88.6.4>
9. Lorenzo. DCAÁLIDRSR-CIDY de la CG. Osteomielitis: enfoque actual. *Rev Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 22];vol.22 no.(5):1025–0255. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100013)
10. Gallego-Goyanes A, Caeiro-Rey JR. Tratamiento de la osteomielitis crónica de tibia: a propósito de un caso y revisión bibliográfica. *Rev Colomb Ortop y Traumatol* [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Nov 22];31(1):41–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120884517300068>
11. Qiao Y, Liu X, Li B, Han Y, Zheng Y, Yeung KWK, et al. Treatment of MRSA-infected osteomyelitis using bacterial capturing, magnetically targeted composites with microwave-assisted bacterial killing. *Nat Commun* [Internet]. 2020 Dec 7 [cited 2020 Nov 22];11(1):4446. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41467-020-18268-0>
12. Portillo ME, del Pozo JL. Infecciones por estafilococo. *Med* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2020 Nov 22];12(49):2890–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541218300210>
13. Calderón ML, Salas G. RM. Trombosis venosa profunda asociado a osteomielitis aguda. *Salus* [Internet]. 2017;21(1):30–6. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375952385007.pdf>
14. Osteomielitis crónica multifocal recurrente: caso clínico pediátrico. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 22 de Nov de 2020];116(5). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n5a21.pdf>
15. Tröltzsch M, Eichhorn M, Probst F, Messlinger K, Otto S, Tröltzsch M. Sistema óseo y esquelético: desde la embriología hasta la osteoporosis: Parte 1: anatomía, histología, fisiología y fisiopatología. *Quintessence Publ Int Odontol*. 2016;4(4):296–305.

16. Rojas Solano MJ, Badilla García J, Rojas Solano MJ, Badilla García J. Osteomielitis Aguda: Características Clínicas, Radiológicas y de Laboratorio. *Med Leg Costa Rica*. diciembre de 2018;35(2):54-61.
17. Lázaro-Martínez JL, Tardáguila-García A, García-Klepzig JL. Actualización diagnóstica y terapéutica en el pie diabético complicado con osteomielitis. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 1 de febrero de 2017;64(2):100-8.
18. Moya Machado A, Hernández García M, Esquivel Sosa L. Osteomielitis Crónica Multifocal Recurrente: Presentación De Caso. 16 de febrero de 2018 [citado 22 de Nov de 2020]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/1174359>
19. Lévano O, Alejandra M. Manejo farmacológico y quirúrgico de Osteomielitis de los maxilares: Etiología, diagnóstico y tratamiento. *Repos Inst - UIGV* [Internet]. 19 de septiembre de 2017 [citado 22 de Nov de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uigy.edu.pe/handle/20.500.11818/1483>
20. Osteomielitis del maxilar secundaria a rinosinusitis en la infancia. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 22 de Nov de 2020]; Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n2a17.pdf>
21. Caldera Jocays, Vásquez Yrene, Guevara Rafael N., Silva Marisela, Landaeta Maria E.. Osteomielitis Crónica en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev. Soc. Ven. Microbiol.* [Internet]. 2007 [citado 2020 Nov 14]; 27(1): 349-363. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-25562007000100005&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562007000100005&lng=es).

Otros títulos de la colección Ciencias Sociales y  
Humanidades



***Violencia Intrafamiliar. Beneficios de un Proyecto Social***

Vanessa Quito Calle, Mónica Tamayo Piedra y Olga Neira Cárdenas

***Hitos de la Constitución ecuatoriana***

Colectivo de autores

***El Perfeccionamiento de los Contratos***

Fernando Moreno Morejón

Otros títulos de la colección Salud y Bienestar



***Correlación entre la Medicina de Laboratorio y las Ciencias Básicas y Clínicas***

Julio César Sempértegui Vega, Sandra Patricia Ochoa Zamora, Poleth Estefania Sempértegui Alvarado y Mateo Esteban Zea Cabrera

***Patología Estructural Básica***

Yolanda Vanegas Cobeña, Nancy Vanegas Cobeña y Leonardo Morales Vanegas

***Esquizofrenia. El enigma continua***

Douglas Calvo de la Paz

Otros títulos de la colección Ciencias, Ingenierías y Medio Ambiente



***Análisis de Funciones Especiales***

Carlos Fernando Méndez Martínez

***Topografía aplicada a las Ciencias Agrícolas***

Carlos Eloy Balmaseda Espinosa

***Bioestadística***

Froilán Segundo Méndez Vélez, Milton Bolívar Romo Toledo y Gabriela Alejandra Ortega Castro

***Desafiando a la Ciudad Letrada. Formas antagonistas de urbanismo en América Latina***

Antonio di Campli

Este libro se terminó de imprimir en los talleres de  
Imprenta de la Editorial Universitaria Católica  
de Cuenca (EDÚNICA).

Cuenca - Ecuador





ISBN: 978-9942-27-114-3



9 789942 271143