



**UNIVERSIDAD  
FAVALORO**

# **ANUARIO 2022**

## **TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

**Realizados por estudiantes de la  
Práctica Final Obligatoria (PFO)  
de la Carrera de Medicina  
durante sus Rotaciones Rurales y  
estudiantes de la Carrera de  
Enfermería.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

---

Editor responsable: **Prof. Dr. Francisco Ricardo Klein**

Comité editorial: **Prof. Dra. Raquel Liliana Vazquez, Prof. Marcelo Pedro Russo**

Universidad Favaloro. Facultad de Ciencias Médicas

Anuario 2022 : Trabajos de Investigación Epidemiológica : realizados por alumnos de la Práctica Final Obligatoria-PFO de la Carrera de Medicina durante sus rotaciones rurales y estudiantes de la Carrera de Enfermería / dirigido por Francisco Ricardo Klein. - 1a edición para el alumno - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad Favaloro, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90111-0-4

1. Epidemiología. 2. Embarazo Adolescente. 3. Hipertensión. I. Klein, Francisco Ricardo, dir. II. Título.  
CDD 610.730711



Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, archivada ó reproducida en forma total ó parcial, sea por medios electrónicos, mecánicos, fotocopiados, ó grabados sin el permiso previo del editor que deberá solicitarse por escrito.

Copyright © 2023 Universidad Favaloro  
Fundación Universitaria Dr. Rene G. Favaloro  
Solís 453 (C1078AAI), CABA, Argentina  
[www.favaloro.edu.ar](http://www.favaloro.edu.ar)

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723  
Libro de edición argentina  
Julio 2023

# ÍNDICE

 AÑATUYA	04
 VILLA ATAMISQUI	22
 CHAMICAL	33
 CHILECITO	46
 FERNÁNDEZ	77
 FRÍAS	94
 LORETO	116
 MONTE QUEMADO	126
 PAMPA DE LOS GUANACOS	145
 TERMAS DE RÍO HONDO	163
 VILLA UNIÓN	168
TRABAJOS DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA	196

# AÑATUYA

## SANTIAGO DEL ESTERO

### Comparación de resultados adversos en el parto entre gestantes adolescentes y no adolescentes del Hospital Zonal de Añatuya, Santiago del Estero desde agosto del 2021 hasta agosto 2022: un estudio observacional y retrospectivo

Investigación durante la rotación rural de las prácticas finales obligatorias  
Sede práctica: Hospital Zonal "Monseñor Jorge Gottau" de Añatuya, Santiago del Estero

#### Autores:

- Francisco Agustín Cerra,
- Francisco José Romero,
- Augusto Pellegrino,
- Damián Chiodini,

#### Docentes supervisores:

- Dr. Hugo Avellaneda  
Hospital Zonal "Monseñor Jorge Gottau" de Añatuya, Santiago del Estero
- Lic. Enzo Agustín Ibáñez,  
Hospital Zonal "Monseñor Jorge Gottau" de Añatuya, Santiago del Estero
- Dr. Francisco Cimbaro (FCM-UF)

#### Resumen

**Introducción:** El embarazo adolescente, que representa un 11,5% del total de las gestantes en Argentina, se considera un problema de salud pública debido a las complejidades e impactos sobre el sistema de salud y a las posibles complicaciones maternas y neonatales.

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo y complicaciones maternas y neonatales en el embarazo adolescente y no adolescente de la población obstétrica del HZA, Santiago del Estero, Argentina en el periodo de agosto del 2021 hasta agosto del 2022.

**Metodología:** Estudio de diseño observacional, retrospectivo y analítico. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Recolección de datos a través del libro de partos e historias clínicas. Se incluyeron los datos sociodemográficos, clínicos, obstétricos, neonatales y complicaciones del parto. Se realizaron los test de Fischer y Mann-Whitney para observar diferencias entre las variables y asociación entre la edad materna y los resultados maternos y neonatales del parto. Nivel de significación  $\alpha < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 857 pacientes con una mediana de edad de 24,9 años. El 18,09% de la muestra eran adolescentes. Se evidenció un mayor riesgo entre el embarazo adolescente y el recién nacido de bajo peso y muy bajo peso, y una

puntuación de Apgar <7 al 1°. Además, presentan un mayor riesgo de parto pretérmino, vaginal y requerimiento de episiotomía.

**Conclusión:** El embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud relevante para Santiago del Estero, resultando necesario establecer intervenciones para su control y prevención. Nuestros hallazgos exigen un mayor control sobre los factores de riesgo para desarrollar un recién nacido macrosómico en pacientes que vivan a menos de 50 km del HZA.

**Palabras clave:** embarazo adolescente; complicaciones maternas; complicaciones fetales; complicaciones del parto

## Introducción

El embarazo adolescente se define como el embarazo que ocurre en mujeres entre los 10 y 19 años de edad.<sup>1</sup> Es considerado un problema de salud pública debido a las complejidades e impactos de las problemáticas relacionadas con él.<sup>2</sup> Entre las adolescentes, el embarazo rara vez es planeado o deseado; en muchos casos, resulta del abuso o violencia sexual, provocando cambios permanentes en sus vidas y creando un ciclo de desigualdad, exclusión social, dificultad para asistir a la escuela, pérdida del trabajo o reducción de la jornada laboral y el potencial desarrollo de trastornos emocionales.<sup>3</sup> El curso de vida del adolescente cambia, lo que eventualmente conduce a la deserción escolar y la perpetuación de la pobreza, la desigualdad y la exclusión.<sup>4</sup>

Estudios previos han informado que el embarazo y el parto en adolescentes están asociados con resultados maternos y neonatales adversos, como bajo peso al nacer, muerte fetal, parto prematuro, anemia materna, depresión posparto, eclampsia, muerte materna y muerte posnatal.<sup>5-11</sup> Sin embargo, existen reportes de hallazgos contradictorios, especialmente en mujeres

≤15 años, debido principalmente al pequeño tamaño de la muestra, las diferencias en los servicios médicos, los antecedentes sociales de las mujeres y poblaciones raciales/étnicas homogéneas.<sup>10,11</sup> El embarazo y el parto en adolescentes no solo se asocian con resultados adversos del embarazo, sino también con bajo rendimiento escolar, mayores costos de atención médica y vivir en la pobreza.<sup>2,9,10</sup>

Se ha sugerido que, debido a la inmadurez de su pelvis, el embarazo adolescente se asocia con un mayor riesgo de trabajo de parto prolongado y parto por cesárea indicado por falta de progreso o descenso.<sup>6</sup> Aunque muchos estudios recientes han encontrado que las madres adolescentes tenían más

probabilidades de tener un parto vaginal.<sup>9,11,14,15</sup>

América Latina y el Caribe (ALC) es la segunda región (después de África) con la tasa de fecundidad adolescente más alta del mundo, con 68 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años.<sup>16</sup> Mientras que en la mayoría de los países de ALC las tasas de fecundidad adolescente disminuyeron en la última década, en Argentina las tasas aumentaron considerablemente desde 2003. Los datos también indican una alta heterogeneidad entre provincias: las tasas para la región noreste de Argentina son casi iguales a las de África Subsahariana.<sup>17</sup>

Según los últimos datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Argentina, Santiago del Estero es una de las provincias con mayor tasa de fecundidad adolescente del país, encontrándose en el quinto puesto luego de Chacho, Formosa, Misiones y Corrientes.<sup>18</sup> Es por esto que resulta necesario ampliar el conocimiento sobre los resultados de los partos en esta población. Sin embargo, actualmente no hay estudios de comparación o asociación de los resultados en el parto entre gestantes adolescentes y no adolescentes en Santiago del Estero, ni en Argentina.

Por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio fue analizar los factores de riesgo y complicaciones maternas y neonatales en el embarazo adolescente y no adolescente de una población obstétrica del Hospital Zonal de Añatuya, Santiago del Estero, Argentina en el periodo de agosto del 2021 hasta agosto del 2022.

## Objetivos

### Objetivo General

- Analizar los factores de riesgo y complicaciones de partos realizados de madres adolescentes y no adolescentes en el Hospital Zonal de Añatuya, Santiago del Estero, Argentina durante el periodo 01.08.2021 - 31.08.2022.

### Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de partos realizados en gestantes adolescentes.
- Evaluar el efecto de la edad y los antecedentes obstétricos de la embarazada sobre los parámetros clínicos y antropométricos del recién nacido al momento de parto.
- Comparar y analizar las características del parto en mujeres adolescentes y no adolescentes.
- Evaluar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales en el parto de acuerdo a la edad y características clínicas de la gestante.
- Evaluar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales en el parto de acuerdo a características

sociodemográficas de la gestante.

Diseño metodológico  
Diseño del estudio

Estudio de diseño observacional, retrospectivo y analítico.

#### Fuente de datos

Todos los datos fueron extraídos del libro de partos, historias clínicas (HC) y libro de derivación de pacientes ingresados previamente en el HZA, desde agosto del 2021. Esta base de datos fue realizada por obstetras y enfermeros del Servicio de Maternidad, Obstetricia y Neonatología.

#### Población

El universo propuesto para el presente estudio está conformado por los partos realizados en Añatuya, Santiago del Estero, en el periodo 01/08/2021-31/08/2022.

La población objeto de estudio, y los criterios de inclusión y exclusión se detallan a continuación. El parto será definido por los siguientes criterios de inclusión:

1) Pacientes con partos realizados dentro del Hospital Zonal de Añatuya sin distinción de edad.

Los criterios de exclusión son:

1) Pacientes derivadas a un centro de mayor complejidad.

2) Pacientes con domicilio actual fuera de Santiago del Estero.

3) Pacientes con partos realizados en ambulancia o domicilio.

#### Variables

La información que se recogió incluye información sobre datos clínicos de la embarazada y el recién nacido. Se recolectaron los siguientes datos para todos los casos:

Gestante

- Datos de identificación: N° Historia Clínica.

- Datos socio-demográficos: fecha de parto, fecha de nacimiento, edad, domicilio (localidad y departamento)

- Datos clínicos: Grupo y factor sanguíneo.

- Antecedentes obstétricos: cantidad de gestaciones, abortos, partos y cesáreas hasta el momento del parto, controles prenatales.

- Parto: hora, tipo de parto, causa de cesárea, elección de ligadura de trompas, episiotomía.

- Observaciones y complicaciones del parto: hemorragia preparto, hemorragia postparto, alumbramiento prolongado, corioamnionitis, oligoamnios, RCIU, flebitis, HIE.

Recién nacido.

- Datos clínicos: sexo, peso, perímetro cefálico, talla, edad gestacional, puntuación APGAR al 1° y 5°.

- Complicaciones del recién nacido en el parto: LAM, SALAM, circular de cordón, tipo de circular de cordón, pasaje a neonatología,

En el siguiente cuadro se muestra la operacionalización de las variables que se utilizaron para caracterizar los pacientes y para evaluar las distintas asociaciones:

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría	Clasificación	Instrumento
Variable sociodemográfica gestante	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Cualquier valor (en años)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Fecha de nacimiento de la madre	Día, mes y año en el que nació la paciente	Cualquier fecha (día/mes/año)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Fecha de parto	Día, mes y año donde se realizó el parto	Cualquier fecha (día/mes/año)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Localidad	División territorial o administrativa genérica para un núcleo específico de población con identidad propia	Sujeta a definición a partir del libro de partos.	-	Simple, cualitativa	Registro de partos Historia clínica
	departamento	División administrativa y de organización dentro de un territorio específico	Sujeta a definición a partir del libro de partos.	-	Simple, cualitativa	Registro de partos Historia clínica
Datos clínicos	Factor sanguíneo	Clasificación sanguínea de acuerdo a las características presentes en la capa exterior de los eritrocitos	Sistema Rh	E8+D8 -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
Antecedentes obstétricos	Grupo sanguíneo	Características de la membrana del eritrocito	Sistema ABO	A; B; AB; 0	Simple, cualitativa, policotómica	Registro de partos Historia clínica
	Cantidad de gestaciones	Número de embarazos previos al actual	número de gestaciones previas	-	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Abortos previos	Expulsión o extracción del feto durante las primeras 22 semanas de gestación o cuando este pese menos de 500 gramos.	número de abortos previos	-	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Partos previos	cantidad de partos previos a la nueva gestación	número de partos previos	-	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría	Clasificación	Instrumento
Antecedentes obstétricos	Partos previos	cantidad de partos previos a la nueva gestación	número de partos previos	-	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Cesáreas previas	tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer al bebe previa a la nueva gesta	número de cesáreas previas	-	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Controles prenatales	Se entiende por control prenatal lo serie de contactos, entrevistas o visitas	Con Controles prenatales	Controles prenatales +	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos
		programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza	Sin Controles prenatales	Controles prenatales -		Historia clínica
	Paridad	Cantidad de partos que ha tenido una mujer. Si el producto del parto no alcanzó los 500 gramos o las 20 semanas de gestación se lo considera un aborto.	Múltipara Nulípara	Múltipara Primigesta	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
Parto	Hora de parto	hora del nacimiento	cualquier valor en (hora: minutos)	Valor numérico	cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Vía de parto	forma de nacimiento	cesárea/vaginal	-	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	tipo de parto	relación del nacimiento con la edad gestacional del recién nacido	a término/ pretérmino/ posttermino		Simple, cualitativa, policotómica	Registro de partos Historia clínica

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría	Clasificación	Instrumento
	Causa de cesárea	Evento de decisión médica para la vía de parto	Sujeta a definición a partir del libro de partos.	-	Simple, cualitativa	Registro de partos Historia clínica
	Ligadura de trompas	Es un método anticonceptivo irreversible que se realiza a través de una cirugía en las trompas uterinas	Con ligadura de trompas Sin ligadura de trompas	ligadura de trompas + ligadura de trompas -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	episiotomía	Una episiotomía es una incisión que se hace en el perineo durante el parto	Con episiotomía Sin episiotomía	episiotomía + episiotomía -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
Observaciones y complicaciones del parto:	Hemorragia preparto	sangrado que ocurre antes del parto o en el momento del parto vaginal o 1,000 mL durante la cesárea	Con Hemorragia preparto Sin Hemorragia preparto	Hemorragia preparto + Hemorragia preparto -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	Hemorragia postparto	pérdida de sangre de 500 mL o más en el término de 24 horas después del parto y representa más del 50 % de los sangrados críticos. La HPP grave se define como la pérdida de sangre de 1000 mL o más dentro del mismo marco temporal.	Con Hemorragia postparto Sin Hemorragia postparto	Hemorragia postparto + Hemorragia postparto -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	Alumbramiento prolongado	consiste en la posterior expulsión de la placenta desde el útero hasta el exterior mayor a 30 minutos posteriores a la expulsión del neonato	Con Alumbramiento prolongado Sin Alumbramiento prolongado	Alumbramiento prolongado + Alumbramiento prolongado -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	Corioamnionitis	La corioamnionitis es una infección de la placenta y del líquido amniótico. Se presenta con más frecuencia cuando el saco amniótico ha estado roto por mucho tiempo antes del nacimiento	Con Corioamnionitis Sin Corioamnionitis	Corioamnionitis + Corioamnionitis -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría	Clasificación	Instrumento
	Oligoamnios	Se define como oligoamnios la disminución del líquido amniótico por debajo de 500 mL. Solo el 5 % son de causa idiopática. La rotura prematura de membranas constituye la causa fundamental	Con Oligoamnios Sin Oligoamnios	Oligoamnios + Oligoamnios -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	RCIU	El feto clasificado como con RCIU (restricción del crecimiento intrauterino) es aquel con un peso fetal estimado entre el percentil 3 y el 10 con alteraciones del doppler o con	Con RCIU Sin RCIU	RCIU + RCIU -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
		un percentil inferior al 3 independientemente del estudio doppler.				
	Flebitis	inflamación de las paredes venosas. A menudo es provocada por la formación de trombos en su interior	Con Flebitis Sin Flebitis	Flebitis + Flebitis -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	HIE	Hipertensión gestacional: Detección de valores de tensión arterial iguales o mayores de 140/90 mm Hg en dos tomas separadas por 6 h, descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación	Con HIE Sin HIE	HIE + HIE -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
Datos clínicos recién nacido	Sexo	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino	Masculino o Femenino	Masculino Femenino	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	Peso	El peso corporal se mide en kilogramos, una medida de masa,	cualquier valor (en kilogramos)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Perímetro cefálico	tamaño del cráneo que tiene relación con la edad gestacional	cualquier valor (en centímetros)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría	Clasificación	Instrumento
	Talla	Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies	cualquier valor (en centímetros)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Edad gestacional	fórmula para calcular la edad en semanas del feto, que utiliza el primer día de la última menstruación (fecha de la última menstruación, FUM), que es aproximadamente 14 días antes de la ovulación. La fecha probable de parto (FPP) se calcula en la semana 40	cualquier valor (en semanas)	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
	Puntuación APGAR	examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno	Valor numérico del 1 al 9	Valor numérico	Simple, cuantitativa	Registro de partos Historia clínica
Complicaciones del recién nacido en el parto	Líquido amniótico meconial	El meconio es la materia fecal estéril de color verde oscuro que se produce en el intestino antes del nacimiento. El meconio se evacúa después del nacimiento, cuando los recién nacidos comienzan a alimentarse, pero a veces se evacúa al líquido amniótico antes del momento del nacimiento o cerca de éste	Con Líquido amniótico meconial Sin Líquido amniótico meconial	Líquido amniótico meconial + Líquido amniótico meconial -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial	se refiere a problemas respiratorios que un recién nacido puede tener cuando El bebé tiene meconio en las deposiciones (heces) hacia el líquido amniótico durante el trabajo de parto o nacimiento	Con SALAM Sin SALAM	SALAM + SALAM -	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Categoría	Clasificación	Instrumento
	Circular de cordón	cordón umbilical se encuentra enrollado alrededor de una parte del cuerpo del feto	Con Circular de cordón Sin Circular de cordón	Circular de cordón bandolero; cuello; pierna; brazo Circular de cordón -	Simple, cualitativa, policotómica	Registro de partos Historia clínica
	Pasaje de recién nacido a neonatología	que el recién nacido requiera mayor atención en el área de neonatología	pasaje a neo pasaje a sala	pasaje a neo pasaje a sala	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica
	feto muerto	A la hora del nacimiento el neonato se encuentre sin signos vitales y no se logra la reanimación del mismo	feto muerto feto vivo	feto muerto feto vivo	Simple, cualitativa, dicotómica	Registro de partos Historia clínica

## Análisis estadístico

### Análisis descriptivo

Las variables de interés se resumieron como estadísticas descriptivas; se calculó la frecuencia absoluta para las variables cualitativas, y la mediana  $\pm$  rango intercuartílico para las variables cuantitativas debido a que se testeó la normalidad y similitud de varianza de la muestra obteniendo que la misma no era normal.

La muestra fue no probabilística por conveniencia. Análisis analítico

Se realizaron las pruebas de test de Fischer para determinar la significación de la relación entre las variables cualitativas. En la asociación significativa se calculó el Odds Ratio con un Intervalo de Confianza de un 95%. Para la comparación de las variables cuantitativas se utilizó el test de Mann-Whitney.

No se realizó la imputación de los datos faltantes; en tales casos, la información correspondiente fue excluida en los análisis puntuales en los cuales faltaban los datos, ya que afectaba la veracidad del estudio.

Inicialmente los datos fueron cargados en Microsoft Excel y, posteriormente, todos los análisis se realizaron en GraphPad Prism® (versión 8) con un intervalo de confianza del 95 % (IC del 95 %). En todos los análisis se aceptó un valor de alpha del 5% para considerar que existe una diferencia estadísticamente significativa.

## Resultados

Durante el período de 1 año, se identificaron 1275 pacientes ingresadas para partos en el servicio de maternidad del HZA. Un total de 400 pacientes fueron excluidos por haber sido derivados a centros de mayor complejidad, 10 por haberse realizado el parto en ambulancia, 5 por haberse realizado el parto en su domicilio y 3 por ser oriundas de otra provincia. Un total de 857 pacientes fueron incluidos en la muestra final, de los cuales 702 (81,19%) eran >20 años y 155 (18,09) eran madres adolescentes (Figura 1).

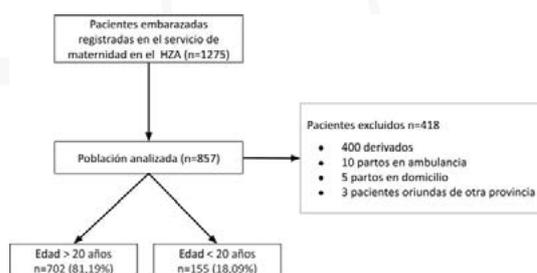


Figura 1. Diagrama de flujo que representa la composición de la muestra.

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de la muestra. Los partos de gestantes adolescentes fueron más frecuentes en los meses de febrero del 2022 (25%), diciembre del 2021 (24,46%) y agosto del 2021 (22,58%) (Figura 2).

El total de la muestra estaba comprendida entre edades de 12 a 44 años (Figura 3). La mediana de la

edad fue 24,90 (21-30,45) años. De las embarazadas adolescentes la edad mínima fue 12,8 años.

El 57,06% (489) de las gestantes pertenecían al departamento de Taboada y el 39,44% (338) pertenecían a la localidad de Añatuya (Figura 4). El 63,87% (99) de las gestantes adolescentes y el 70,94% (498) de las no adolescentes vivían hasta 50 km alejadas desde el HZA.

Del total de las gestantes, el 59,51% tenían el grupo sanguíneo O teniendo en cuenta un n=772, mientras que el 87,4% tenían factor Rh + teniendo en cuenta un n=773.

En relación a los antecedentes obstétricos, de las adolescentes, 35 (22,5%) tuvieron gestas previas, 4 (2,48%) tuvieron abortos, 28 (18,06%) tuvieron partos y 4 (2,58%) tuvieron cesáreas, por lo que, al momento del parto, 120 (77,42%) eran nulíparas y 35 (22,58%) eran múltiparas. Del grupo de gestantes mayor de 20 años, 574 (81,77%) tuvieron gestas previas, 82 (11,68%) tuvieron abortos, 527 (75,07%) tuvieron partos y 56 (7,98%) tuvieron cesáreas, por lo que 128 (18,23%) eran nulíparas y 574 (81,77%) eran múltiparas.

En cuanto a las características de parto, de las adolescentes, 19 (12,26%) fueron partos prematuros, 135 (87,1%) a término y 1 (0,64%) fue posttermino, mientras que, en las gestantes adultas, 38 (5,41%) fueron partos prematuros, 661 (94,16%) fueron a término y 3 (0,43%) fueron posttermino. Entre las adolescentes, 141 (90,97%) tuvieron partos vaginales y 14 (9,03%) fueron cesáreas. Por otro lado, 595 (84,76%) de las gestantes adultas tuvieron partos vaginales y 107 (15,24%) fueron cesáreas. Del total de la muestra de partos vaginales, 3 (0,4%) tuvieron desgarros vaginales, 36 (4,89%) requirieron episiotomía y dentro de las cesáreas totales, 4 (3,31%) decidió ligarse las trompas.

Entre ambos grupos etarios hubo diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de gestas y partos anteriores y en las proporciones de la distancia del domicilio hasta el HZA de 50 a 100 km, grupo O, factor Rh, paridad, edad gestacional <37 semanas y entre 37 y 41 semanas, en los tipos de parto vaginal y cesárea, en el requerimiento de episiotomía en los partos vaginales y en gestas, partos, abortos y cesáreas anteriores. No se encontraron diferencias entre los departamentos, controles prenatales, desgarros vaginales, ligaduras de trompa y embarazos gemelares.

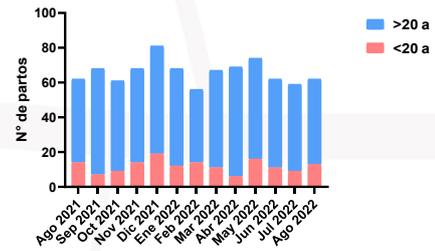


Figura 2. Cantidad de partos por mes según grupo etario.

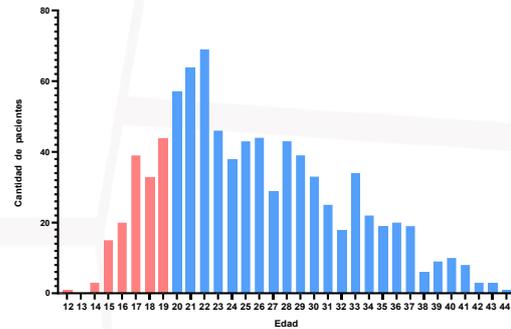


Figura 3. Distribución de la muestra de acuerdo a su edad en el periodo de un año.

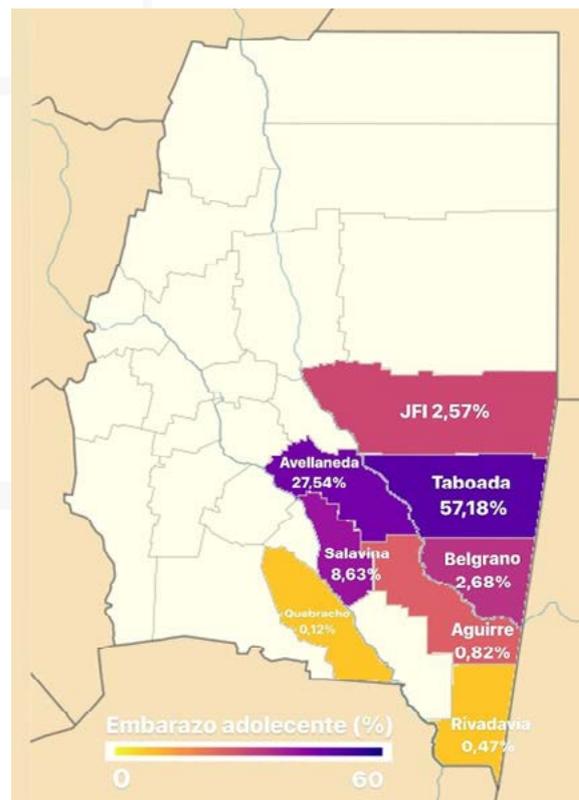


Figura 4. Mapa de Santiago del Estero del porcentaje de embarazo adolescente por departamento.

Tabla 1. Características de las gestantes y los partos

Embarazo adolescente				
Características sociodemográficas	Total	Si (n=155)	No (n=702)	p
Edad (n=857); Me (IQR)	24,90 (21 - 30,45)	17,90 (16,9 - 19,1)	26,6 (22,7 - 31,7)	<0,0001†
<b>Localidad (km) <sup>a</sup> n (%)</b>				
0-50 Km	597 (69,67)	99 (63,87)	498 (70,94)	0,0832
50-100 Km	211 (24,62)	44 (28,39)	167 (23,79)	<0,0001*
100-150 Km	12 (1,4)	1 (0,65)	11 (1,57)	0,3767
> 150 Km	37 (4,32)	11 (7,1)	26 (3,7)	0,06
<b>Departamento <sup>a</sup> n (%)</b>				
Aguirre	7 (0,81)	1 (0,65)	6 (0,85)	0,7931
Avellaneda	237 (27,65)	38 (24,52)	199 (28,35)	0,3344
Belgrano	23 (2,68)	6 (3,87)	17 (2,42)	0,3123
Juan Felipe Ibarra	22 (2,57)	2 (1,29)	20 (2,85)	0,2668
Quebracho	1 (0,12)	0 (0)	1 (0,14)	0,6382
Rivadavia	4 (0,47)	1 (0,65)	3 (0,43)	0,7188
Salavina	74 (8,63)	17 (10,97)	57 (8,12)	0,2532
Taboada	489 (57,06)	90 (58,06)	399 (56,84)	0,78
<b>Características clínicas</b>				
<b>Grupo sanguíneo <sup>a</sup>, (%)</b>	<b>n=772</b>	<b>n=136</b>	<b>n=636</b>	
A	185 (21,59)	31 (22,79)	154 (24,21)	0,7248
B	68 (7,93)	14 (10,29)	54 (8,49)	0,6530
O	510 (59,51)	90 (66,18)	420 (66,04)	0,003*
AB	9 (1,05)	1 (0,74)	8 (1,26)	0,6063
<b>Factor Rh <sup>a</sup> n= 773 n (%)</b>				
+	749 (87,40)	128 (94,12)	621 (97,49)	0,0397*
-	24 (9,80)	8 (5,88)	16 (2,51)	0,0397*
<b>Características obstétricas</b>				
<b>Antecedentes obstétricos n (%) n= 857</b>				
Gestas, Me (IQR)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	<0,0001†
n (%) <sup>a</sup>	609 (71,06)	35 (22,58)	574 (81,77)	<0,0001*
Abortos, Me (IQR)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	0,6119†
n (%) <sup>a</sup>	86 (10,04%)	4 (2,48)	82 (11,68)	0,0006*
Partos, Me (IQR)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	<0,0001†
n (%) <sup>a</sup>	555 (64,76)	28 (18,06)	527 (75,07)	<0,0001*
Cesáreas, Me (IQR)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	0,5642†
n (%) <sup>a</sup>	60 (7,00)	4 (2,58)	56 (7,98)	0,0172*
<b>Tipo de gestante <sup>a</sup> n (%) n=857</b>				
Nulípara	248 (28,93)	120 (77,42)	128 (18,23)	<0,0001*
Múltiparas	609 (71,06)	35 (22,58)	574 (81,77)	<0,0001*
<b>CPN <sup>a</sup> n (%) (n=857)</b>				
Tiene	853 (99,53)	154 (99,35)	699 (99,57)	0,7188
No tiene	4 (0,47)	1 (0,65)	3 (0,43)	
<b>Características del parto</b>				
<b>Tipo de parto <sup>a</sup> n (%) n=857</b>				
Pretérmino	57 (6,65)	19 (12,26)	38 (5,41)	0,002*
Término	796 (92,88)	135 (87,1)	661 (94,16)	0,002*
Postérmino	4 (0,47)	1 (0,64)	3 (0,43)	0,7188
<b>Vía de parto <sup>a</sup> n (%) n=857</b>				
Vaginal	736 (85,89)	141 (90,97)	595 (84,76)	0,0445*

Vaginal	736 (85,89)	141 (90,97)	595 (84,76)	0,0445*
Cesárea	121 (14,12)	14 (9,03)	107 (15,24)	0,0445*
<b>Desgarro vaginal<sup>a</sup> n (%) n=736</b>				
Si	3 (0,40)	1 (0,71)	2 (0,28)	0,44
No	733 (99,)	140 (99,29)	700 (99,72)	
<b>Episiotomía<sup>a</sup> n (%) n=736</b>				
Si	36 (4,89)	15 (10,64)	21 (3,53)	0,0004*
No	700 (95,11)	126 (89,36)	574 (96,47)	
<b>Ligadura de trompas<sup>a</sup> n (%) n=121</b>				
Si	4 (3,31)	1 (7,14)	3 (2,8)	0,3931
No	117 (96,69)	13 (92,86)	104 (97,2)	
<b>Embarazo gemelar<sup>a</sup> n (%) n=857</b>				
Si	12 (1,4)	0 (0)	12 (1,71)	0,1012
No	845 (98,6)	155 (100)	690 (98,29)	

Me: Mediana; IQR: Rango intercuartílico; CPN: Control Prenatal; <sup>a</sup> = Test de Fischer; †= Mann-Whitney test; \*p<0,05

En la Tabla 2 se muestran las características de los recién nacidos (RN) por grupos de edad materna. De los RN, 3 tenían muy bajo peso al nacer, de los cuales 2 eran nacidos de madres adolescentes y 1 de una madre adulta. Hubo diferencias estadísticamente significativas en el peso al nacer, edad gestacional, talla, perímetro cefálico y Apgar al

1<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> y en las proporciones de bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer, macrosomía, RN pretérmino, a término y RN deprimido al primer minuto. No se encontraron diferencias en el sexo, RN con peso normal, microneonatos, RN con edad gestacional >41 semanas, en RN deprimidos a los 5<sup>o</sup> y en la vacunación contra la hepatitis B.

Tabla 2. Características de los recién nacidos.

	Totales	RN en menores de 20 (n= 155)	RN en mayores de 20 (n=702)	p
<b>Sexo<sup>a</sup> n (%)</b>				
Femenino	425 (49,59)	73 (47,1)	352 (50,14)	0,4925
Masculino	432 (50,41)	82 (52,9)	350 (49,86)	0,4925
<b>Peso (gr) n (%)</b>				
Me (IQR)	3400 (3100-3700)	3250 (3000-3500)	3450 (3100-3705)	<0,0001†
Normal <sup>a</sup>	726 (84,71)	135 (87,1)	591 (84,19)	0,3624
Bajo peso <sup>a</sup>	23 (2,68)	9 (5,80)	14 (1,99)	0,0079*
Muy bajo peso <sup>a</sup>	3 (0,35)	2 (1,29)	1 (0,14)	0,0285*
Microneonato <sup>a</sup>	3 (0,35)	1 (0,65)	2 (0,28)	0,4919
Macrosómico <sup>a</sup>	102 (11,90)	8 (5,16)	94 (13,39)	0,0042*
<b>Edad gestacional n (%)</b>				
Me (IQR)	39 (38-39,5)	38 (37,5-39)	39 (38-39,6)	0,0002†
Pretérmino <sup>a</sup>	57 (6,65)	19 (12,26)	38 (5,41)	0,002*
Término <sup>a</sup>	796 (92,88)	135 (87,1)	661 (94,16)	0,002*
Postérmino <sup>a</sup>	4 (0,47)	1 (0,64)	3 (0,43)	0,7188
<b>Talla (cm) (n=852) (n=194) (n=698)</b>				
Me (IQR)	49 (47-50)	48 (46-49)	49 (47-50)	<0,0001†
<b>PC (cm) (n=851) (n=154) (n=697)</b>				
Me (IQR)	34,5 (33-36)	34 (33-35)	35 (34-36)	<0,0001†
<b>Deprimido<sup>a</sup> n (%)</b>				
1 <sup>o</sup> n=851	1 <sup>o</sup> n=851	1 <sup>o</sup> n=155	1 <sup>o</sup> n=700	0,0000*
5 <sup>o</sup> n=853	5 <sup>o</sup> n=853	5 <sup>o</sup> n=153	5 <sup>o</sup> n=700	0,0000*

<b>Apgar</b>	1' n=851 5' n=853	1' n=155 5' n=153	1' n=700 5' n=700	
1' Me (IQR)	7 (7-7)	7 (7-7)	7 (7-7)	0,0048†
5' Me (IQR)	8 (8-9)	8 (8-8)	8 (8-9)	0,0043†
<b>Recibió HB, <sup>a</sup> n (%)</b>	N=853	n=153	n=697	

	<b>Totales</b>	<b>RN en menores de 20 (n= 155)</b>	<b>RN en mayores de 20 (n=702)</b>	<b>p</b>
<b>Sexo <sup>a</sup> n (%)</b>				
Femenino	425 (49,59)	73 (47,1)	352 (50,14)	0,4925
Masculino	432 (50,41)	82 (52,9)	350 (49,86)	0,4925
<b>Peso (gr) n (%)</b>				
Me (IQR)	3400 (3100-3700)	3250 (3000-3500)	3450 (3100-3705)	<0,0001†
Normal <sup>a</sup>	726 (84,71)	135 (87,1)	591 (84,19)	0,3624
Bajo peso <sup>a</sup>	23 (2,68)	9 (5,80)	14 (1,99)	0,0079*
Muy bajo peso <sup>a</sup>	3 (0,35)	2 (1,29)	1 (0,14)	0,0285*
Microneonato <sup>a</sup>	3 (0,35)	1 (0,65)	2 (0,28)	0,4919
Macrosómico <sup>a</sup>	102 (11,90)	8 (5,16)	94 (13,39)	0,0042*
<b>Edad gestacional n (%)</b>				
Me (IQR)	39 (38-39,5)	38 (37,5-39)	39 (38-39,6)	0,0002†
Pretérmino <sup>a</sup>	57 (6,65)	19 (12,26)	38 (5,41)	0,002*
Término <sup>a</sup>	796 (92,88)	135 (87,1)	661 (94,16)	0,002*
Postérmino <sup>a</sup>	4 (0,47)	1 (0,64)	3 (0,43)	0,7188
<b>Talla (cm) (n=852) (n=194) (n=698)</b>				
Me (IQR)	49 (47-50)	48 (46-49)	49 (47-50)	<0,0001†
<b>PC (cm) (n=851) (n=154) (n=697)</b>				
Me (IQR)	34,5 (33-36)	34 (33-35)	35 (34-36)	<0,0001†
<b>Deprimido <sup>a</sup> n (%)</b>				
Al 1'	1' n=851 5' n=853	1' n=155 5' n=153	1' n=700 5' n=700	
Al 1'	76 (8,93)	23 (14,84)	53 (7,57)	0,0039*
A los 5'	18 (2,11)	4 (2,61)	14 (2)	0,6450
<b>Apgar</b>				
1' Me (IQR)	1' n=851 5' n=853	1' n=155 5' n=153	1' n=700 5' n=700	
1' Me (IQR)	7 (7-7)	7 (7-7)	7 (7-7)	0,0048†
5' Me (IQR)	8 (8-9)	8 (8-8)	8 (8-9)	0,0043†
	831 (96,97)	151 (97,42)	680 (97,56)	0,3911

<sup>a</sup>= Test de Fischer; †= Mann-Whitney test; \*p<0,05; HB: vacuna de Hepatitis B;

En la Tabla 3 se muestran las complicaciones maternas y neonatales en gestantes adolescentes y adultas. Hubo asociaciones entre la edad de la gestante y complicaciones maternas y neonatales. En comparación a las madres adultas, las gestantes adolescentes tuvieron mayor riesgo de tener un RN deprimido al primer minuto [p= 0,0039, OR= 2,134 (1,281-3,638)], con bajo peso [p=0,0079 OR=3,029 (1,228-6,957)] y con muy bajo peso [p=0,0285 OR=9,163

(1,056-132,9)]. Además, se encontró que tienen un menor riesgo de tener un RN macrosómico [p=0,0042 OR=0,3520 (0,1685-0,7202)]. En ninguna de las complicaciones maternas se halló una asociación con la edad. En el grupo de las gestantes adolescentes hubo 3 (1,94%) fetos muertos mientras que en el de las adultas hubieron 8 (1,14%), pero no se encontró asociación.

Tabla 3. Asociación entre edad materna y complicaciones maternas y neonatales.

	Total	Edad < 20	Edad > 20	OR (95%IC)	P valor
<b>Complicaciones, n (%) (n=857)</b>	344 (42,63)	61 (7,12)	283 (35,07)	0,9608 (0,6721-1,371)	0,8256
<b>Complicaciones feto <sup>a</sup></b>					
<b>Peso (gr)</b>					
Bajo peso	23 (2,68)	9 (5,80)	14 (1,99)	3,029 (1,228-6,957)	0,0079*
Muy bajo peso	3 (0,35)	2 (1,29)	1 (0,14)	9,163 (1,056-132,9)	0,0285*
Microneonato	3 (0,35)	1 (0,65)	2 (0,28)	2,273 (0,1559-19,62)	0,4919
Macrosómico	102 (11,90)	8 (5,16)	94 (13,39)	0,3520 (0,1685-0,7202)	0,0042*
<b>LAM, n (%)</b>	115 (13,42)	15 (9,68)	100 (14,25)	0,6450 (0,3653-1,150)	0,1311
<b>SALAM, n (%)</b>	1 (0,12)	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0,000- 40,76)	0,6382
<b>Circular de cordón <sup>a</sup>, n (%)</b>	158 (18,44)	30 (19,35)	128 (18,23)	1,061 (0,6851- 1,680)	0,7446
<b>Localización <sup>a</sup>, n (%) (n=158)</b>					
<i>Cuello</i>	139 (87,97)	27 (90)	112 (87,50)	1,286 (0,3461-4,400)	0,7047
<i>Bandolero</i>	17 (10,76)	3 (10)	14 (10,94)	0,9048 (0,2615-3,055)	0,8814
<i>Pie</i>	2 (1,27)	0 (0)	2 (1,56)	0 (0,000-9,285)	0,4908
<b>Tipo de circular <sup>a</sup>, n (%) (n=158)</b>					
<i>Simple</i>	125 (79,11)	21 (70,00)	104 (81,25)	0,5385 (0,2223-1,276)	0,1724
<i>Doble</i>	27 (17,09)	8 (26,67)	19 (14,84)	2,086 (0,8117-5,516)	0,1215
<i>Triple</i>	6 (3,8)	1 (3,33)	5 (3,91)	0,8483 (0,06979-6,687)	0,8825
<b>Distocia de hombros <sup>a</sup>, n (%)</b>	3 (0,35)	0 (0)	3 (0,43)	0 (0-5,236)	0,4149
<b>Pasaje a neonatología <sup>a</sup>, n (%) (n=857)</b>	3 (0,35)	6 (3,87)	11 (1,57)	2,530 (0,9388-6,871)	0,0626
<b>Deprimido <sup>a</sup>, n (%)</b>					
1'	76 (8,86)	23 (14,84)	53 (7,55)	2,134 (1,281-3,638)	0,0039*
5'	18 (2,1)	4 (2,54)	14 (1,99)	1,302 (0,4606-3,748)	0,645
<b>Feto muerto <sup>a</sup>, n (%) (n=857)</b>	11 (1,28)	3 (1,94)	8 (1,14)	1,712 (0,4857-5,672)	0,4256
<b>Complicaciones de las madres <sup>a</sup></b>					
<b>Hemorragia preparto, n (%) (n=857)</b>	1 (0,12)	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0-40,76)	0,6382
<b>Hemorragia postparto, n (%) (n=857)</b>	2 (0,23)	0 (0,00)	2 (0,28)	0 (0-9,805)	0,5059
<b>Alumbramiento prolongado, n (%) (n=857)</b>	1 (0,12)	0 (0,00)	6 (0,85)	0 (0-3,193)	0,2481
<b>Corioamnionitis, n (%) (n=857)</b>	2 (0,23)	0 (0,00)	2 (0,28)	0 (0-9,805)	0,5059
<b>Oligoamnios, n (%) (n=857)</b>	1 (0,12)	0 (0,00)	1 (0,14)	0 (0-40,76)	0,6382
<b>RCIU, n (%) (n=857)</b>	6 (0,7)	0 (0,00)	6 (0,85)	0 (0-3,193)	0,2481
<b>Flebitis, n (%) (n=857)</b>	2 (0,23)	0 (0,00)	2 (0,28)	0 (0-9,805)	0,5059
<b>HIE, n (%) (n=857)</b>	18 (2,1)	1 (0,65)	17 (2,42)	0,2617 (0,02474-1,498)	0,1627
<b>RPM, n (%) (n=857)</b>	8 (0,93%)	1 (0,65%)	7 (1%)	0,6447 (0,05686-4,611)	0,68
<b>Desgarro, n (%)</b>	3 (0,41)	1 (0,65)	2 (0,28)	2,273 (0,1559-19,62)	0,4919

<sup>a</sup>= Test de Fischer; \*p<0,05

Del total de pacientes, aquellas que vivían a una distancia mayor que 150 km desde el HZA presentaban menos probabilidades de tener circular de cordón que aquellas que vivían a una distancia menor a 150 km [p=0,0366 OR=0,2432 (0,0569-0,9224) RR=0,2841 (0,0781-0,9390)].

Por otro lado, las que vivían entre 0 y 50 km desde el HZA tenían un riesgo mayor de tener un hijo macrosómico en comparación a las que vivían más allá de los 50 km de distancia [p=0,0225 OR=1,787 (1,083-2,922) RR=1,680 (1,074-2,655)] (Figura 5).

En la Tabla 4 se describen las asociaciones entre características clínicas y obstétricas y los grupos por edad materna. Las gestantes adolescentes tenían

más riesgo de un parto prematuro [p=0,002 OR=2,441 (1,358- 4,349) y una menor probabilidad de tener un factor Rh + [p=0,0397 OR=0,4122 (0,1821-0,9342)] y un parto a término [p=0,002 OR=0,4187 (0,2420- 0,7265)] en comparación a las adultas. Las adolescentes tenían mayor probabilidad de tener un parto vaginal [p=0,0445 OR=1,811 (1,029-3,353)]. Además, las madres adolescentes tuvieron un mayor riesgo de requerir episiotomía al momento del parto [p=0,0002, OR= 3,474 (1,781-6,739)].

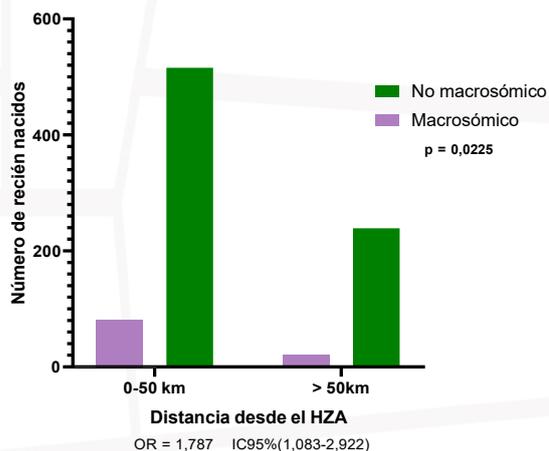


Figura 5. Asociación entre distancia hasta el Hospital Zonal de Añatuya y recién nacido macrosómico.

Tabla 4. Asociación entre características clínicas y obstétricas y edad materna.

	Embarazo adolescente			OR (95%IC)	P
	Total	Si	No		
<b>Características clínicas</b>					
<b>Factor Rh n= 773 n (%)</b>					
+	749 (87,40)	128 (94,12)	621 (97,49)	0,4122 (0,1821-0,9342)	0,0397*
<b>Tipo de gestante (n=857) n (%)</b>					
Nulípara	248 (28,94)	120 (77,42)	128 (18,23)	15,38 (9,974-23,61)	<0,0001*
<b>Características del parto</b>					
<b>Tipo de parto n= 857 n (%)</b>					
Pretérmino	57 (6,65)	19 (12,26)	38 (5,41)	2,441 (1,358- 4,349)	0,002*
Término	796 (92,88)	135 (87,1)	661 (94,16)	0,4187 (0,2420- 0,7265)	0,002*
Postérmino	4 (0,47)	1 (0,64)	3 (0,43)	1,513 (0,1158-10,19)	0,7188
<b>Vía de parto n (%) n=857</b>					
Vaginal	736 (85,89)	141 (90,97)	595 (84,76)	1,811 (1,029-3,353)	0,0445*
Cesárea	121 (14,12)	14 (9,03)	107 (15,24)	0,5521 (0,2982-0,9718)	0,0445*
<b>Episiotomía, n (%)</b>					
	36 (4,89)	15 (9,68)	21 (2,99)	3,474 (1,781-6,739)	0,0002*
<b>Ligadura de trompas, n (%)</b>					
	4 (3,31)	1 (0,65)	3 (0,43)	1,517 (0,1161-10,22)	0,7169

<sup>a</sup> = Test de Fischer; \*p<0,05

## Discusión

Nuestros resultados muestran un porcentaje de embarazo adolescente del 18,09%, lo que se condice con la prevalencia del 11,5% de nacimientos de madres adolescentes en Argentina informado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.<sup>18</sup> En otros estudios se hallan porcentajes de embarazo adolescente similares con cifras del 19%, 10% en India, y del 18,8% en África.<sup>19–21</sup>

Nuestro estudio al igual que otros, demuestran una mayor probabilidad de tener un parto por vía vaginal y menor probabilidad de que sea por cesárea cuando la gestante tiene menos de 20 años.<sup>22,23</sup> Aunque existen estudios contrarios donde se asocia el aumento de la edad materna con una menor probabilidad de necesitar cesárea.<sup>19</sup> Además, demostramos que tienen mayor probabilidad de requerir una episiotomía, al igual que investigaciones anteriores, donde encontraron que las probabilidades de que se realizara una episiotomía eran dos veces mayores entre las gestantes adolescentes en comparación con sus contrapartes adultas. Esto podría explicar por qué era poco probable que los desgarros perineales complicaran los partos de adolescentes en nuestro estudio.<sup>11,14,24,25</sup>

Estudios previos mostraron asociaciones entre gestantes adolescentes y complicaciones maternas.<sup>19,22</sup> Sin embargo, en concordancia con otros autores, dentro de nuestro análisis, ningún grupo de edad mostró relación con alguna complicación materna en concordancia con otros estudios.<sup>6,26</sup>

Las puntuaciones de Apgar que informan el estado fisiológico de los recién nacidos al minuto y a los 5 minutos inmediatamente después del nacimiento resumen cinco componentes: esfuerzo respiratorio, color, tono muscular, frecuencia cardíaca y reflejo.<sup>27</sup> Nuestro estudio muestra que, dentro de las complicaciones neonatales, las adolescentes embarazadas tenían un mayor riesgo de tener un recién nacido con un puntaje Apgar <7 en el primer minuto (deprimido) pero no a los 5 minutos. En otros estudios esto no sucede así, y muestran valores normales de Apgar en ambos todos los grupos.<sup>22,28</sup> La edad gestacional afecta este puntaje y puede reflejarse en un puntaje de Apgar más bajo, lo que a su vez puede aumentar el riesgo relativo de discapacidad neurológica, pero nuestro estudio no encontró asociación entre estas variables.<sup>29</sup>

Otros estudios revelaron una alta prevalencia de resultados neonatales adversos en adolescentes, principalmente en embarazadas con desventaja social.<sup>30</sup> Aunque no hemos investigado las características socioeconómicas de nuestra muestra,

la mayoría de las personas atendidas por el sistema público de salud en Añatuya tienen condiciones económicas bajas. Aun así, no se encontraron diferencias con el grupo de gestantes adultas en relación con las demás complicaciones neonatales. Si bien existen varios estudios que muestran que el embarazo adolescente conlleva un mayor riesgo de tener complicaciones neonatales hay quienes no encontraron diferencias en las complicaciones neonatales entre grupos etarios.<sup>5,28</sup>

Dentro de los partos en nuestro estudio, hubieron 3 (1,94%) fetos muertos dentro del grupo de gestantes adolescentes, mientras que en el de las adultas hubo 8 (1,14%) pero no se asoció a la edad materna ni hubo diferencias significativas en ambos grupos, al igual el estudio realizado en Brasil por Ferreira Simões et al.<sup>23</sup> El estudio realizado por Phipps, et al., encontró un mayor riesgo de muerte postneonatal en madres adolescentes, sin embargo no obtuvimos datos del seguimiento postneonatal.<sup>8</sup>

En concordancia con nuestro estudio, otros autores que han utilizado poblaciones similares, concuerdan en que el embarazo adolescente se asocia a un mayor riesgo de parto pretérmino y un mayor riesgo de bajo peso al nacer y muy bajo peso al nacer.<sup>7,19,20,31–33</sup>

En nuestro estudio el porcentaje de prematuridad en los RN de gestantes adolescentes fue del 12,26%, ligeramente mayor en comparación con el estudio de Danylo José Palma Honorato, et. al, que involucra una cohorte de 758 gestantes adolescentes con una tasa de prematuridad del 10,2%.<sup>28</sup> Sin embargo, hay estudios que muestran tasas de hasta el 22,9%.<sup>23</sup>

A pesar de obtener como resultado una marcada tendencia en la asociación entre gestantes adolescentes y la complicación del pasaje del RN a neonatología, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Esto podría deberse al periodo de tiempo que se utilizó para tomar la muestra del estudio.

Hay estudios que demuestran que vivir a distancias más alejadas del centro de atención y en áreas rurales se asociaron con peores resultados maternos y neonatales.<sup>34–36</sup> En nuestro estudio hallamos datos contradictorios. Por un lado, las mujeres que vivían a menos de 50 km desde el hospital tenían un riesgo aumentado de tener un hijo macrosómico. Esto podría deberse a un control deficiente de los factores de riesgo para macrosomía durante el embarazo. También se halló que quienes vivían a más de 150 km tenían una menor probabilidad de tener un RN con circular de cordón, en discordancia con los estudios previos.

Fortalezas y limitaciones.

Una de las fortalezas del estudio es el tamaño de

la muestra, ya que no sólo abarca a Añatuya sino a más localidades de distintos departamentos de Santiago del Estero. Vale la pena mencionar que

el sistema de salud pública de Añatuya, Santiago del Estero atiende la mayoría de la población que reside dentro del área pragmática del HZA.

Para asegurar la validez interna del estudio, consideramos los siguientes aspectos. Incluimos en el estudio a todos los partos realizados en el HZA y solo excluimos aquellas gestantes oriundas de otra provincia, lo que redujo el sesgo de selección. Verificamos la consistencia de los datos contenidos en el libro de partos e historias clínicas con la información obtenida del equipo de profesionales dentro del Servicio de Maternidad.

Aunque la muestra total fue relativamente grande, no fue representativa ya que se realizó un muestreo por conveniencia por la imposibilidad de llegar a los demás centros de referencia de la provincia. El análisis de subgrupos redujo el tamaño muestral, lo que podría haber influido en algunos de los resultados evaluados. Este estudio tampoco comparó internamente los grupos de edad dentro del rango de la adolescencia ni de la adultez. Tampoco capturamos datos del sector privado, donde también se realizan partos, aunque en menor medida. Por otro lado, tampoco se recabaron datos sobre la evolución acerca de los recién nacidos con complicaciones por lo que no se pudo analizar la evolución, ni los recién nacidos fallecidos, una vez desinstitucionalizados. Además, en el libro de partos, los datos se recolectaron de distinta manera en algunos casos, con una variabilidad interoperador con respecto al registro de las pacientes, dando lugar a un sesgo de medición.

### Conclusión

El embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud relevante en la actualidad en Santiago del Estero, por lo que resulta necesario establecer intervenciones específicas para este grupo etario, como programas de educación sexual y métodos anticonceptivos, tanto en la familia y escuelas como en los centros de atención primaria de salud, para su control y prevención. En este estudio hemos demostrado que las gestantes adolescentes tienen mayor riesgo de tener un parto vaginal, prematuro, requerir episiotomía y menor probabilidad de tener un parto a término.

Además, los recién nacidos de madres adolescentes tenían un mayor riesgo de presentar una valoración de Apgar <7 al primer minuto. Nuestros datos también evidencian que aquellas gestantes que vivían a una distancia menor a 50 km desde el Hospital Zonal de Añatuya tenían un mayor riesgo

de tener un hijo macrosómico. Nuestros hallazgos exigen una mayor conciencia entre los ginecólogos, obstetras, pediatras, parteras y profesionales de atención primaria de salud con el fin de obtener un control más estricto sobre los factores de riesgo para macrosomía en este grupo de pacientes dentro de este rango de kilómetros.

Además, nos gustaría sugerir para investigaciones futuras, que superen los desafíos y las limitaciones del diseño de nuestro estudio utilizando: un estudio prospectivo analizando la implementación de un modelo de prevención de embarazo adolescente. También se recomienda recopilar datos sobre aspectos socioeconómicos, culturales, deseo del embarazo y satisfacción con la atención prenatal. De manera similar, recomendamos que tanto los niños como las madres sean seguidos durante un período considerable de tiempo después del parto para verificar otros resultados importantes relacionados con la salud del recién nacido y complicaciones posteriores a las de la internación posparto.

### Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcome among Adolescents in Developing Countries.; 2011.
2. World Health Organization (WHO). Adolescent Pregnancy. Published online 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
3. Halonen M, Apter D. Multiple challenges of teenage pregnancy and maternity. *Duodecim*. Published online 2010.
4. Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Rocha JSY, Moura MD de. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controlre. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2004;26(8):633-639. doi:10.1590/s0100-72032004000800007
5. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*. 2012;129(5). doi:10.1542/peds.2011-1447
6. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:40-48. doi:10.1111/1471-0528.12630
7. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. "Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes." *Stud Fam Plann*. 1995;26(3):186. doi:10.2307/2137841
8. Phipps MG, Blume JD, DeMonner SM. Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstet Gynecol*. 2002;100(3):481-486. doi:10.1016/S0029-7844(02)02172-5
9. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol*. 2000;96(6):962-966. doi:10.1016/S0029-7844(00)01075-9
10. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million Births. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(2):98-102. doi:10.1016/j.jpog.2011.09.004
11. Torvie AJ, Callegari LS, Schiff MA, Debiec KE. Labor and delivery outcomes among young adolescents. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(1):95.e1-95.e8. doi:10.1016/j.ajog.2015.04.024

12. Maiden K, Gunter WD, Steven SM, B Ehrenthal D. Teen mothers, unintended pregnancies, and costs across Delaware. *Delaware Med J*. Published online 2014.
13. Nord CW, Moore KA, Morrison DR, Brown B, Myers DE. Consequences of Teen-Age Parenting. *1992;62(7):310-318*.
14. Timofeev J, Reddy UM, Huang C-C, Driggers RW, Landy HJ, Laughon SK. Obstetric Complications, Neonatal Morbidity, and Indications for Cesarean Delivery by Maternal Age. *Obs Gynecol*. 2013;122(6):1184-1195. doi:10.1097/AOG.0000000000000017. Obstetric
15. de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;147(2):151-156. doi:10.1016/j.iejogrb.2009.08.006
16. United Nations. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Dep Econ Soc Aff Popul Div New York. Published online 2013.
17. Alzúa ML, Velázquez C. The effect of education on teenage fertility: causal evidence for Argentina. *IZA J Dev Migr*. 2017;7(1). doi:10.1186/s40176-017-0100-8
18. Guevel CG, Cardozo EA, Arriba AM de, et al. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina - Año 2019. Published online 2021:1-84. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletinnumero165.pdf%0Ahttp://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin132.pdf>
19. de la Calle M, Bartha JL, Lopez CM, et al. Younger age in adolescent pregnancies is associated with higher risk of adverse outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16). doi:10.3390/ijerph18168514
20. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health*. 2015;12(2):S8. doi:10.1186/1742-4755-12-S2-S8
21. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: A systematic review and Meta-analysis *11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services*. *Reprod Health*. 2018;15(1):1-17. doi:10.1186/s12978-018-0640-2
22. Tetsuya K, Kathy W, Katherine LG, Helain JL, Chun-Chih Huang. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;209(2):232- 238. doi:10.1001/jama.1969.03160150018005
23. Simões VMF, Silva AAM da, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):559-565. doi:10.1590/s0034-89102003000500003
24. Fouelifack FY, Tameh TY, Mbong EN, et al. Outcome of deliveries among adolescent girls at the Yaoundé central hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1). doi:10.1186/1471- 2393-14-102
25. Daniilidis A, Markis V, Tzafetas M, et al. Third degree perineal lacerations-How, why and when? A review analysis. *Open J Obstet Gynecol*. 2012;02(03):304-310. doi:10.4236/ojog.2012.23064
26. Agbor VN, Mbanga CM, Njim T. Adolescent deliveries in rural Cameroon: An 8-year trend, prevalence and adverse maternofetal outcomes. *Reprod Health*. 2017;14(1):1-8. doi:10.1186/s12978-017-0382-6
27. Carvalho PI de, Pereira PMH, Frias PG de, Vidal SA, Figueiroa JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2007;16(3):185-194. doi:10.5123/s1679-49742007000300005
28. Honorato DJP, Fulone I, Silva MT, Lopes LC. Risks of Adverse Neonatal Outcomes in Early Adolescent Pregnancy Using Group Prenatal Care as a Strategy for Public Health Policies: A Retrospective Cohort Study in Brazil. *Front Public Heal*. 2021;9(April):14-15. doi:10.3389/fpubh.2021.536342
29. Vieira CL, Coeli CM, Pinheiro RS, Brandão ER, Camargo KR, Aguiar FP. Modifying Effect of Prenatal Care on the Association Between Young Maternal Age and Adverse Birth Outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(3):185-189. doi:10.1016/j.jpog.2011.12.070
30. Hacker M, Firk C, Konrad K, et al. Pregnancy complications, substance abuse, and prenatal care predict birthweight in adolescent mothers. *Arch Public Heal*. 2021;79(1):1-9. doi:10.1186/s13690-021-00642-z
31. Roneé EW, Amina PA, Russell SK, Hamisu MS. Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. *Arch Gynecol Obs*. 2008;278(3):231-236. doi:10.1007/s00404-007- 0557-4
32. Gama SGN da, Szwarcwald CL, Leal M do C, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saude Publica*. 2001;35(1):74-80. doi:10.1590/s0034-89102001000100011
33. Wallace JM, Aitken RP, Milne JS, Hay WW. Nutritionally mediated placental growth restriction in the growing adolescent: Consequences for the fetus. *Biol Reprod*. 2004;71(4):1055-1062. doi:10.1095/biolreprod.104.030965
34. Govender T, Reddy P, Ghuman S. Obstetric outcomes and antenatal access among adolescent pregnancies in KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Fam Pract*. 2018;60(1):1-7. doi:10.1080/20786190.2017.1333783
35. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe ATA, Yalew AW. Adverse maternal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2021;16(9 September):1-20. doi:10.1371/journal.pone.0257485
36. Amoadu M, Hagan D, Ansah EW. Adverse obstetric and neonatal outcomes of adolescent pregnancies in Africa: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):1-11. doi:10.1186/s12884-022-04821-w

# VILLA ATAMISQUI

SANTIAGO DEL ESTERO

**Frecuencia de Hipertensión Arterial y su asociación con sobrepeso, obesidad y diabetes en adultos que asisten al Hospital Distrital de Villa Atamisqui, Santiago del Estero. Estudio observacional, descriptivo y transversal.**

#### Autores:

- Cossettini, Franco J.
- Menta, Octavio
- Policano Agustín

#### Docentes supervisores:

- Prof. Dra. Melina Rapacioli
- Tutor: Francisco Cimbaro: (FCM-UF)
- Dr Marcelo Nuñez, Director del Hospital Distrital de V. Atamisqui

#### Resumen

Introducción: las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la primera causa de muerte en Argentina. La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para desarrollarlas y esta relacionada con el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Ausencia de estadística en Atamisqui hace necesario evaluar su frecuencia y asociación. Metodología: diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes de ambos sexos, entre 18 y 90 años atendidos en el Hospital Distrital de Villa Atamisqui (n=424). Se buscó normalidad con test de D'Agostino y similitud de varianza (QQ Plot). Edad se presentó con Media y Desvío Estandar ( $\pm$ DS). Con mediana y Rango intercuartilo ( $\pm$ RIq) se presentó altura (cm), peso (kg), IMC (kg/m<sup>2</sup>). Las variables sexo, normopeso, exceso de peso, diabetes e hipertensión se reportaron con frecuencia y porcentaje; exceso de peso se desglosó

en sobrepeso y obesidad. Se buscó con Test Exacto de Fisher y Odds Ratio (OR) la asociación entre HTA y sobrepeso, obesidad y diabetes. Resultados: 225 (53%) mujeres y 199 (47%) hombres, media de 49.57 años (DS 14.92). Expresados con mediana y rango intercuartilo ( $\pm$ RIq): talla 167 cm (161-173 cm), peso 74 kg (67-83 kg), IMC 26,3 kg/mts<sup>2</sup> (24,1-32,1 kg/mts<sup>2</sup>). En cuanto al IMC, 154 presentaron normopeso (36,32%) y 270 exceso de peso (63,67%); desglosado en sobrepeso (154; 36,32%) y obesos (116; 27,36%). Frecuencia de hipertensión 189 (44,58%), diabetes 68 (16,03%). Asociación de variables cualitativas: odds ratio (OR) 2.15 (IC 95% 1.33-3.45; p<0.002) hipertensión-sobrepeso; 8.08 (4.63-13.83; p<0.0001) hipertensión-obesidad y 2.66 (1.54-4.53; p<0.0003) hipertensión-diabetes. Conclusión: la frecuencia de

hipertensión en Atamisqui fue 44,58%, mayor a

la media nacional. Las variables asociadas con hipertensión reportaron significancia.

### Abstract

**Introduction:** chronic non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of death in Argentina. Arterial hypertension (AHT) is the main risk factor for developing NCDs and it's related to overweight, obesity and diabetes. The lack of statistics in Atamisqui makes it necessary to evaluate its frequency and associations. **Methodology:** observational, descriptive, retrospective and cross-sectional design in patients of both sexes, between 18 and 90 years old, whom attended Villa Atamisqui's District Hospital (n=424). Normality was sought with D'Agostino test and similarity of variance (QQ Plot). Age was presented with it's mean and standard deviation ( $\pm$ SD). Height (cm), weight (kg) and BMI (kg/m<sup>2</sup>) were presented with their median and interquartile range ( $\pm$ RIq). The variables sex, normal weight, overweight, diabetes and hypertension were reported with their frequencies and percentages; overweight was broken down into overweight and obesity. Fisher's Exact Test and Odds Ratio (OR) were used to determine the association between AHT and overweight, obesity and diabetes. **Results:** 225 (53%) women and 199 (47%) men, with a mean of 49.57 years (SD 14.92). Expressed with the median and interquartile range ( $\pm$ RIq): height 167 cm (161-173 cm), weight 74 kg (67-83 kg), BMI 26.3 kg/mts<sup>2</sup> (24.1-32.1 kg/mts<sup>2</sup>). In terms of BMI, 154 were normal weight (36.32%) and 270 were overweight (63.67%); broken down into overweight (154; 36.32%) and obese (116; 27.36%). Frequency of hypertension was 189 (44.58%), diabetes 68 (16.03%). Association of qualitative variables: odds ratio (OR) 2.15 (95% CI 1.33-3.45; p<0.002) hypertension-overweight; 8.08 (4.63-13.83; p<0.0001) hypertension-obesity and 2.66 (1.54-4.53; p<0.0003) hypertension-diabetes. **Conclusion:** the frequency of hypertension in Atamisqui was 44.58%, higher than the national average. The variables associated with hypertension were significant.

### Introducción

Hoy en día las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son estadísticamente la causa de mortalidad número uno de la Argentina. Alrededor del 73.4% de las defunciones reportadas<sup>1</sup>. Además, el impacto que producen las ECNT en la salud de la población se puede estimar con la carga de la enfermedad. Así, en el año 2005, por enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular se perdieron en Argentina más de 600.000 años de vida saludable (AVISA) y hubo casi 400.000 años potenciales de vida perdidos (APVP). Más del 71% de los AVISA perdidos y del 74% de los APVP fueron atribuibles a factores de riesgo potencialmente modificables. El de mayor

impacto fue, en ambos géneros, la hipertensión arterial (HTA) que contribuyó aproximadamente con el 37% tanto de los AVISA perdidos como de los APVP 2. Según estudios la HTA es, detrás de la osteoartritis, la segunda ECNT que más años de vida le quita a un paciente con una expectativa de vida de 85 años. Oscilando los 12 años de vida 3.

Se ha asociado a la HTA con la ocurrencia de diversas patologías como la enfermedad cerebrovascular 4, la enfermedad coronaria 5, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las enfermedades de la aorta y arterias periféricas, la demencia, la insuficiencia renal y la retinopatía. En términos de muertes atribuibles, la HTA es responsable del 19% de todas las defunciones a nivel mundial; 10.455.000 defunciones en el año 2016 6,7. Además la prevalencia de HTA en Argentina es de 36.3% 8.

En cuanto a los costes asociados a la hipertensión en Estados Unidos se estimaron en 73.000 millones de dólares para el año 2009 y, puesto que el riesgo de hipertensión a lo largo de la vida es de alrededor del 90%, se prevé que aumenten en los próximos años según envejece la población 9. Existe poca información en América Latina. En México en el año

2003<sup>10</sup>, y en Brasil en el 2005<sup>11</sup>, el costo de la HTA representó el 6,8% y 1,11 % del gasto total en salud, respectivamente.

La HTA, está relacionada con factores de riesgo modificables. El sobrepeso, la obesidad y la diabetes aumentan la probabilidad de que el paciente padezca hipertensión arterial 8.

En nuestro país hay una gran cantidad de estudios que detallan la prevalencia de factores de riesgo que se asocian a HTA. Sin embargo estos estudios fueron realizados en su mayoría en zonas urbanas. Por lo tanto se identifica como problemática la carencia de información sobre la frecuencia de HTA y otros factores de riesgo tales como sobrepeso, obesidad y diabetes en Atamisqui, una zona rural.

### Objetivos

#### Generales:

-Evaluar la frecuencia de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión en adultos registrados en el Hospital distrital de Villa Atamisqui en 2022.

#### Específicos:

- Asociar las variables hipertensión arterial y sobrepeso.
- Asociar las variables hipertensión arterial y obesidad.
- Asociar las variables hipertensión arterial y diabetes.

### Marco Teórico

- Marco Conceptual

- Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT): se denomina así a las enfermedades no infecciosas

de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Se hace referencia principalmente con este término a las enfermedades vasculares (cardíacas, cerebrales, renales), a la diabetes, cáncer y a la enfermedad respiratoria crónica. Todas estas comparten como factores de riesgo la alimentación inadecuada, la actividad física insuficiente, la exposición al tabaco y el consumo excesivo de alcohol 12.

- Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión

13. En este estudio se analizarán Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes.

- Hipertensión arterial: se entiende como una elevación de la presión arterial; siendo la Tensión Arterial Sistólica mayor a 140 mmHg o la Tensión Arterial Diastólica mayor a 90 mmHg. La HTA es una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida. La PA se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo cardiovascular (RCV). Visto el significativo incremento del riesgo asociado con PAS > 140 mmHg, PAD > 90 mmHg, o ambas, estos valores se consideran el umbral para el diagnóstico

1. Los individuos analizados en este estudio se entienden como hipertensos ya que tienen un diagnóstico previo de hipertensión expresado en historias clínicas o que reciben alguna medicación para tratar la HTA. Se eligió este método para identificar a los pacientes con HTA ya que otros métodos como el autoreporte se han relacionados a sesgos 1. No hay un límite para la fecha de este diagnóstico.

- Índice de Masa Corporal (IMC): medida antropométrica que permite, a través de una fórmula matemática, establecer el grado de corpulencia de una persona. Se calcula de la siguiente manera: peso en kilogramos dividido por la altura en metros, elevada al cuadrado.  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (cm)}$  12.

- Exceso de peso: paciente que tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 25 kilogramos por metro cuadrado 14. Se analizará el IMC del paciente en base a la información extraída en la historia clínica (peso y altura).

- Sobrepeso: estrictamente es considerado aquel paciente que tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 25 kilogramos por metro cuadrado 1 4 y menor a 30 kilogramos por metro cuadrado. El procedimiento realizado será el mismo que en la variable exceso de peso.

- Obesidad: se define como un exceso de peso corporal a expensas de acumulo de tejido adiposo. Es considerado obeso aquel paciente que tiene un IMC mayor a 30 kilogramos por metro cuadrado 14. El procedimiento realizado será el mismo que en la variable exceso de peso.

- Diabetes: se puede definir como una glucemia

en ayunas >126 mg/dl de forma estricta en más de 2 ocasiones o una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) luego de 2 hs mayor a 200. Se extraerá esta información de las historias clínicas, según el paciente figure como diagnosticado o no con diabetes.

- Medicación para Hipertensión: hace referencia a la indicación de un personal de salud, explícito en la historia clínica, de algún medicamento que trate la HTA. Estos incluyen IECA (Enalapril y Captopril), Antagonistas de Receptores de la Angiotensina 2 o ARA2 (Isartán, Telmisartán, Losartán, Irbesartán, Olmesartán) y por último Tiazidas (Hidroclorotiazida, Benzotiadiazina, Clorotiazida). Todos estos medicamentos fueron nombrados en el consenso del 2018 de la SAC sobre HTA 15.

- Estado del arte:

#### Exceso de peso y HTA:

La obesidad contribuye a la hipertensión por mecanismos tales como la resistencia insulínica y posterior hiperinsulinemia, el aumento de la actividad adrenérgica y de concentraciones crecientes de aldosterona, la retención de sodio y agua e incremento del gasto cardíaco, alteración de la función endotelial, a través de moléculas como leptina y adiponectina 16.

En el estudio Framingham el 70% de los casos de HTA en el hombre y el 61% en mujeres, fueron atribuidos a un exceso en el tejido adiposo, con un aumento en promedio de la TAS de 4,5 mmHg por cada 5 kg de aumento en el peso corporal 17.

#### Diabetes y HTA:

La hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, afectando el 20-60% de la población con diabetes mellitus. La prevalencia de hipertensión en la población diabética es 1,5-3 veces superior que en no diabéticos. La hipertensión contribuye en el desarrollo y la progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes 18.

Se han propuesto varios mecanismos por los que la resistencia insulínica y/o la hiperinsulinemia inducen un aumento de la presión arterial. Entre estos mecanismos se encuentran el aumento de la reabsorción renal de sodio y agua, el aumento de las respuestas presoras y de la aldosterona a la angiotensina 2, mayor acumulación intracelular de calcio, la estimulación de la actividad nerviosa simpática y la alteración de la vasodilatación 16,19-21.

En el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) se demostró que con la reducción en 10 mmHg de la TAS en el tratamiento intensivo de la HTA en individuos diabéticos, se logra una reducción de riesgo para los accidentes cerebrovasculares de un 44 %, y un 21 % para infarto agudo del miocardio 4. Padecer de diabetes mellitus fue el tercer factor

de riesgo más importante asociado a la hipertensión en un estudio realizado en diabéticos en la ciudad de Matanzas, Cuba 22.

#### Metodología

Diseño de la investigación: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Realizado en el Hospital Distrital de Villa Atamisqui. Durante el período comprendido entre julio y septiembre de 2022.

- Unidad de análisis: pacientes de ambos sexos mayores de 18 años y menores de 90 del Hospital Distrital de Villa Atamisqui.

- Criterios de inclusión: adultos, ambos sexos, mayores de 18 y menores de 90 años consultantes en el Hospital Distrital de Villa Atamisqui entre el año 2020 y 2022.

- Criterios de exclusión: historia clínica incompleta (ausencia de sexo, edad, menos de 2 mediciones de tensión arterial, peso o talla). Que el paciente no pertenezca al departamento de Atamisqui.

- Población: N=10.923 habitantes en el municipio.

- Tamaño muestral y análisis estadístico: análisis de tipo probabilístico aleatorio simple. Teniendo en cuenta que la población es de 10.923 habitantes con un nivel de confianza del

95%, un error del 5% y la frecuencia esperada de la patología a estudiar (HTA) es del 34,6% se calculó con Epiinfo una muestra mínima de 337 pacientes que asisten al Hospital Distrital de Villa Atamisqui 24.

- Población accesible: población que posee una historia clínica en el Hospital Distrital de Villa Atamisqui. n=1607 pacientes.

- Muestra: 424 pacientes.

#### Herramientas de recolección de datos:

- Historias clínicas del Hospital Distrital de Villa Atamisqui. De aquí se analizarán a aquellos pacientes de entre 18 y 90 años. No se hará distinción alguna que pueda llevar a la selección del paciente (el muestreo es de tipo probabilístico aleatorio simple).

- Se diseñó en Excel una hoja de recogida de datos que incluía las siguientes variables: nombre de pila del paciente, sexo, edad del paciente, talla (cm), peso (kg), hipertensión, diabetes. Sexo, hipertensión y diabetes serán calificadas como variables dicotómicas (0:no/femenino y 1:si/masculino) para su posterior análisis estadístico.

- Los datos de la medición se procesaron con el software Prism 25.

#### Aspectos éticos y consentimiento informado

El presente estudio fue autorizado por las autoridades del Hospital Distrital de Villa Atamisqui.

Para cada individuo se garantizará la privacidad y confidencialidad de los datos brindados en

el instrumento; no habrá riesgos o daños a los pacientes durante esta investigación, todos los procedimientos se harán considerando el bienestar físico, psicológico y social del participante.

#### Variables:

Identificación de las variables

Las variables serán estudiadas en los pacientes atendidos en el Hospital Distrital de Villa Atamisqui y que tengan una edad de entre 18 y 90 años. Las variables a analizar serán las siguientes:

- Edad.

- Sexo.

- Altura (cm).

- Peso (Kg).

- IMC.

- Sobrepeso (IMC>25).

- Obesidad (IMC>30).

- Hipertensión.

- Diabetes.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/Instrumento
Edad	Tiempo cronológico del paciente desde su nacimiento hasta el momento del control (ONU, 1999).	Edad	Años	18-65 años	Cuantitativa simple discreta	Revisión de Historias Clínicas.
Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo (OMS 2018).	Género	Sexo	Masculino/Femenino	Cualitativa nominal simple dicotómica	Revisión de Historias Clínicas.
Talla (cm)	Se define como talla a la medida que compone a un individuo en posición vertical desde	Altura	Centímetros	Sin categoría	Cuantitativa simple discreta	Revisión de Historias Clínicas.
	el punto mas alto de la cabeza (techo de la bóveda del cráneo) hasta los pies (incluyendo los talones en posición recta).					

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/Instrumento
Peso (Kg)	Es una medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un objeto. El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo.	Peso	Kilogramos	Sin categoría	Cuantitativa simple discreta	Revisión de Historias Clínicas
Factores de Riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2020).	Estado nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)	Normopeso: 18.5 a 24.9 kg/m <sup>2</sup> . Sobrepeso: 25 a 29,9 kg/m <sup>2</sup> . Obesidad: mayor a 30 kg/m <sup>2</sup> .	Cuantitativa compleja continua	Revisión de Historias Clínicas (en estas se encontraran la talla en centímetros y el peso en kilogramos para calcular el IMC).
		Diabetes		Diabético	Cualitativa	Revisión de
				(diagnóstico explícito en la historia clínica/indicación de medicamentos para el tratamiento de la diabetes en la historia clínica). No diabético	nominal compleja dicotómica	Historias Clínicas.

### Análisis de datos:

El Software para análisis de datos utilizado fue Graphpad Prism 8.

Se analizaron las variables cuantitativas para evaluar normalidad (D'Agostino) y similitud de varianza (QQ Plot).

Para la estadística descriptiva se utilizó en caso de la variable cuantitativa edad Media (+-) Desvío Estandar (DS) y para las edad, talla, peso e IMC Mediana y Rango intercuartil ( $\pm$ RIq), mientras que las variables cualitativas se reportaron como frecuencia absoluta y porcentaje (%).

Se reportaron las variables sexo, normopeso, exceso de peso, diabetes e hipertensión como frecuencia y porcentaje; la variable exceso de peso luego se desglosó en frecuencia de sobrepeso y obesidad.

Con respecto a las variables cualitativas se buscó asociación de la variable HTA con las variables Sobrepeso, Obesidad y Diabetes respectivamente. Este análisis se efectuó con un Test Exacto de Fisher y cálculo de OR con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). El alfa utilizado fue de 5% y se tuvo un valor de corte de  $p < 0,05$ .

### Resultados

Se revisaron 1607 historias clínicas registradas del Hospital distrital de Villa Atamisqui. Se incluyeron 731 historias clínicas de adultos (mayores de 18 años y menores de 90 años), de ambos sexos con registros previos de TA, peso, talla y alguna consulta entre 2020 y 2022. Se excluyeron 307 historias clínicas incompletas; por falta de sexo, edad, menos de 2 mediciones de tensión arterial, peso o talla y resultando así en una muestra total de 424 historias clínicas (Figura 1).

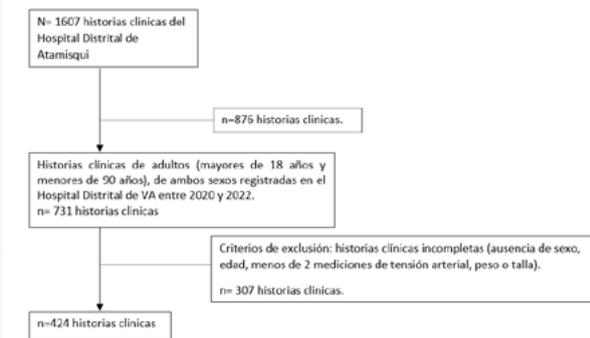


Figura 1: Flujograma. VA: Villa Atamisqui. TA: Tensión Arterial. N: población total. n: muestra.

Las variables fueron analizadas con un test de

normalidad (D'Agostino). De las variables analizadas la única variable normal fue la edad.

De las 424 historias clínicas analizadas (Tabla 1) 225 (53%) corresponden a mujeres y 199 (47%) a hombres. La edad media fue de 49.57 años (DS 14.92). La mediana de talla fue 167 cm ( $\pm$ RIq 161-173 cm). La mediana de peso fue 74 kg (67-83 kg). La mediana de IMC fue de 26,3 kg/mts<sup>2</sup> (24,1-32,1 kg/mts<sup>2</sup>).

Tabla 1: (n= 424)		
Variable	(DS)	
Sexo	Femenino 225 (53%) Masculino 199 (47%)	
Edad (años)	49.57 ( $\mu$ )	14.92 (DS)
Talla (cm)	167 (m)	161-173 ( $\pm$ RIq)
Peso (kg)	74 (m)	67-83 ( $\pm$ RIq)
IMC	26.3 (m)	24.1-32.1 ( $\pm$ RIq)
IMC	Normopeso 154 (36,32%)	
	Exceso de peso 270 (63,67%)	Sobrepeso 154 (36,32%)
		Obesidad 116 (27,36%)
Diabetes	Diabéticos 68 (16,03%)	
	No diabéticos 356 (83,96%)	
Hipertensión	Hipertensos 189 (44,58%)	
	No hipertensos 235 (55,42%)	

Como se detalla en la figura 2, 154 reportaron normopeso (36,32%) y 270 exceso de peso (63,67%); de los cuales 154 tenían sobrepeso (36,32%) y 116 resultaron ser obesos (27,36%).

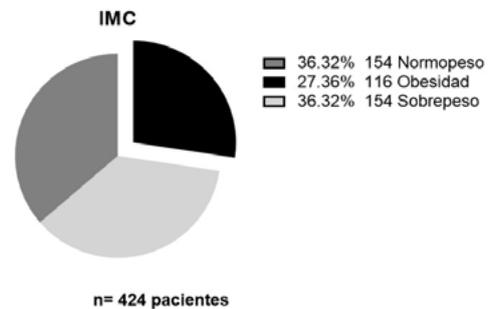


Figura 2: Gráfico de tortas que representa la frecuencia y el porcentaje de cada subgrupo de IMC en la población. La frecuencia de diabetes (Figura 3) e hipertensión (Figura 4) fue de 68 (16,03%) y 189 (44,58%) respectivamente.

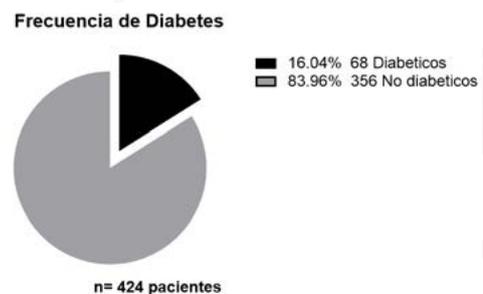


Figura 3: Gráfico de tortas que representa la frecuencia y el porcentaje de Diabetes en la población.

### Frecuencia de Hipertension

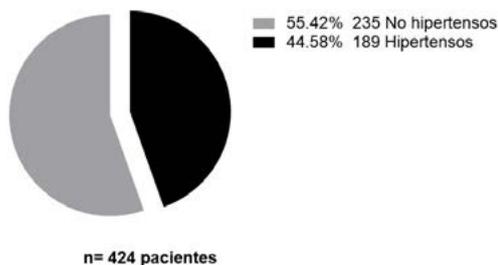


Figura 4: Grafico de tortas que representa la frecuencia y el porcentaje de Hipertensión en la poblacion.

El análisis de las variables cualitativas con el test exacto de fisher para buscar asociación evidencio un OR (Odds ratio) de 2.15 (IC 95% 1.33-3.45;  $p < 0.002$ ) para hipertensión-sobrepeso (Figura 4) y 8.08 (4.63-13.83;  $p < 0.0001$ ) para hipertensión-obesidad (Figura 5) y para la asociación hipertensión-diabetes (Figura 6) fue de 2.66 (1.54-4.53;  $p < 0.0003$ ).

### Asociacion HTA-Diabetes

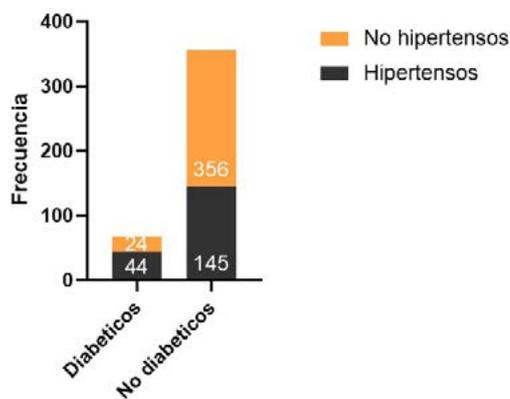


Figura 7. Grafico de barras apiladas que representa la Asociacion HTA-Diabetes. Odds Ratio (OR) 2,668; Intervalo de Confianza (IC95% 1,546-4,533) y  $p$  valor  $< 0,0003$ .

### Asociación HTA-Sobrepeso

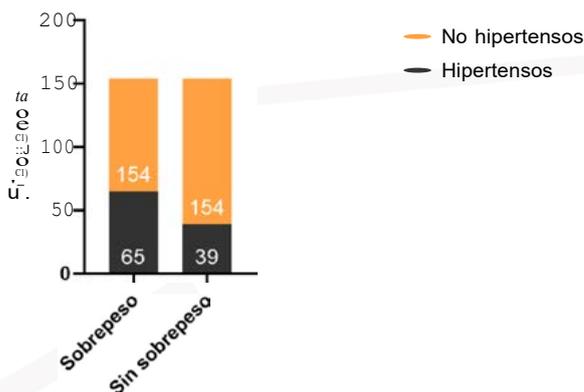


Figura 5. Grafico de barras apiladas que representa la Asociacion HTA-Sobrepeso. Odds Ratio (OR) 2,154; Intervalo de Confianza (IC95% 1,337-3,450) y  $p < 0,0025$ .

### Asociación HTA-Obesidad

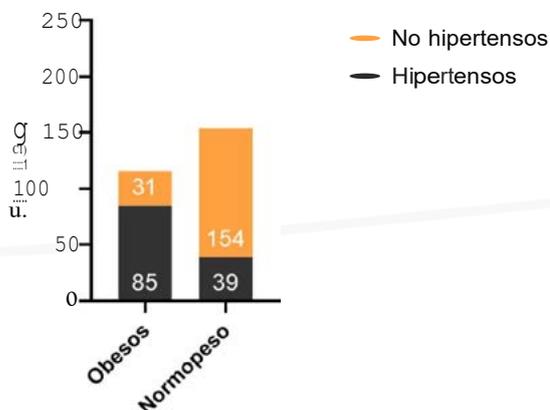


Figura 6. Gráfico de barras apiladas que representa la Asociacion HTA-Obesidad. Odds Ratio (OR) 8,085; Intervalo de Confianza (IC95% 4,633-13,83) y  $p$  valor  $< 0,0001$ .

### Discusión:

Sería idóneo realizar futuras investigaciones en esta población sobre los mismos factores de riesgo por las características propias de ella misma; ser una población rural. Al tratarse Atamisqui de una población que en su mayoría se encuentra alejada del centro urbano donde se encuentra el hospital (Villa Atamisqui) es posible que haya subdiagnóstico de cualquiera de las variables analizadas. Tal como se evidencia en estudios previos 26.

Características antropométricas de la población: Las variables exceso de peso (63,67%), y obesidad (27,36%) fueron mayores a las expuestas por la 4ta ENFR que presentó un exceso de peso del 61,6% (IC95% 60.6-62,6) y una obesidad del 25,4% (IC95% 24,4-26,4)<sup>1</sup>. La variable sobrepeso (36,2%) fue la única que coincide con la media nacional presentada por esta misma encuesta en 2019; siendo esta de 36,2% (IC95% 35,2-37,2). En base a la siguiente evidencia se puede asumir que este mayor índice de exceso de peso se deba a la tendencia al aumento de peso que se expuso en la 4ta ENFR de 2019 comparada con encuestas previas (61,6% en 2018, 57,9% en 2013, 52,4% en 2009 y 49% en 2005). Otra hipótesis a plantear es que esta población posea malos hábitos alimenticios y hábitos sedentarios tan excesivos como para generar estas cifras, ambas costumbres evidenciadas por los investigadores durante sus 2 meses de rotación rural en el Departamento de Atamisqui. Sin embargo, como esta última variable no ha sido analizada sería necesario recabar más información en futuros estudios.

### Frecuencia de HTA:

La frecuencia de HTA (44,58%) fue superior a la hallada en la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2019 (34,6%<sup>1</sup> IC95% 33,7-35,6) y el estudio RENATA 2 (36,3%<sup>8</sup>). Comparado con otros estudios que se evaluó la frecuencia de HTA en poblaciones rurales este estudio presentó una frecuencia superior que Chaco (32.3%<sup>27</sup>), San Javier-Provincia de Misiones (31%<sup>28</sup>), Rauch-Provincia de Buenos Aires (35.8%<sup>29</sup>), Pehuajó-Provincia de Buenos Aires (27.9%, IC95% 24.3-31.6<sup>30</sup>), Gral. Belgrano-Provincia de Buenos Aires (39.8%<sup>31</sup>), Venado Tuerto-Provincia de Santa Fe (35.8%; IC95% 31.0-40.8), Dean Funes-Cordoba 35.3% (IC95% 31.8-38.9)<sup>30</sup>, comparable con el de Oncativo-Provincia de Córdoba (43.6%; IC95% 39.8-47.3<sup>30</sup>) y menor al de Graneros-Provincia de Tucumán (50,0%<sup>32</sup>). También fue superior a la revisión de Carbajal que evaluó 20 poblaciones de Argentina con una frecuencia de entre 29 y 39,8%<sup>33</sup>).

Dada la alta prevalencia de población descendiente aborigen (Quechua) es posible de comparar esta población con poblaciones rurales aborígenes como

la Wichi-Chorote de Santa Victoria Este, Provincia de Salta (28%<sup>34</sup>) o la Toba, Provincias de Chaco-Formosa-Santa Fe (25.2%<sup>35</sup>).

La evidencia permite hipotetizar sobre otros factores de riesgo causantes de HTA como consumo de sodio 8,36-39, consumo de riesgo de alcohol 9,40,41, tabaquismo 42-46 y sedentarismo como posibles factores de riesgo altamente prevalentes en esta población que induzcan un aumento en la frecuencia de HTA comparada con otras poblaciones. Se reitera, más información sería necesaria recabar sobre estos tópicos en futuras investigaciones para generar una afirmación.

### Frecuencia de diabetes:

La frecuencia de diabetes encontrada en nuestra población (16%) fue mayor a la reportada por la 4ta ENFR (12,7% con un IC95% 12,1 - 13,4)<sup>1</sup>.

La elevada frecuencia de diabéticos se correlaciona con la elevada frecuencia de obesos en esta población (116; 27,36%). Esta afirmación se puede efectuar ya que se realizó un test de fisher para buscar asociación entre las variables Obesidad y Diabetes; que evidenció significancia estadística con un valor de  $p < 0,0001$  y un OR de 3,10 (IC95% 1,82-5,24).

A pesar de la asociación ya nombrada todavía es necesario analizar la causa detrás de esta alta tasa de obesidad en Atamisqui. Futuras investigaciones serán necesarias.

### Asociación HTA-Sobrepeso y HTA-Obesidad:

En un estudio realizado en Cuba el 76,1 % de los pacientes hipertensos tenían sobrepeso u obesidad ( $p = 0,0557$ )<sup>47</sup>. La frecuencia de exceso de peso en los hipertensos de Atamisqui es de un 79,37%; es comparable con la presentada por el estudio de Cuba.

El IC95% de la asociación HTA-Sobrepeso en Atamisqui podría ser más estrecho comparado con el estudio realizado en Matanzas-Cuba, que demostró un OR de 2,73 (IC95% 2,56-2,91<sup>22</sup>); sin embargo esta diferencia en el IC95% radica en que la muestra del estudio realizado en Matanzas es mayor ( $n = 2640$ ) vs Atamisqui ( $n = 424$ ).

La frecuencia de obesidad en hipertensos encontrada en un estudio en Perú fue de 28,2%<sup>48</sup>; muy inferior a la frecuencia de Atamisqui que fue de 68,55%.

### Asociación HTA-Diabetes:

La HTA es 2 veces más frecuente en individuos diabéticos que en no diabéticos

49-51. Por otra parte, los individuos hipertensos tienen 2,5 veces más probabilidades de desarrollar diabetes que los no hipertensos 52.

En un estudio en Cuba la prevalencia de HTA en individuos diabéticos fue de un 70% 47.

Estudios realizados en Brasil revelan una prevalencia de hipertensión arterial de 4,75 veces más en los individuos diabéticos que en otros grupos.

### Conclusión

La frecuencia de hipertensión hallada en Atamisqui fue de 44,58%.

Todas las variables con las cuales se asoció hipertensión reportaron significancia estadística: hipertensión-sobrepeso (OR 2.15; IC95% 1.33-3.45;  $p < 0.002$ ), hipertensión-obesidad (OR 8.08; IC95% 4.63-13.83;  $p < 0.0001$ ) y hipertensión-diabetes (OR 2.66; IC95% 1.54-4.53;  $p < 0.0003$ ).

Las intervenciones recomendadas para esta población serían un cambio en los hábitos saludables tales como dieta y ejercicio.

Limitaciones: No se evaluó la dieta ni el sedentarismo por lo tanto se desconoce el porqué de la elevada frecuencia de diabetes en la población. Y en cuanto a la HTA no se evaluaron los factores de riesgo causantes de ella

como tabaquismo, consumo de sodio, consumo de alcohol de riesgo (CAR), condición socioeconómica ni factores protectores como consumo de frutas y verduras. Sería necesario evaluar también la frecuencia de tratamiento de HTA en Atamisqui.

### Bibliografía

1.Argentina. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales resultados [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 2]. Available from:

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10\\_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf)

2.Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina.; Rev Panam Salud Publica. 2010 Apr 1;27(4):237-45.

3.Peranovich AC. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 - 2009. Saúde debate. 2016 Jun;40(109):125-35.

4.Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ. 1998 Sep 12;317(7160):703-13.

5.Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004 Sep 17;364(9438):937-52.

6.Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-104.

7.Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K, et al. Estimate of the cardiovascular disease burden attributable to modifiable risk factors in Argentina. Rev Panam

Salud Publica. 2010 Apr;27(4):237-45.

8.Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, Cerezo G, Fabregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina.Estudio RENATA 2. Rev Argent Cardiol. 2017;85:354-60.

9.Djousse L, Mukamal KJ. Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión:

¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo? Revista Española de Cardiología. 2009 Jun;62(6):603-5.

10.Arredondo A, Zúñiga A. Epidemiologic changes and economic burden of hypertension in Latin America: evidence from Mexico. Am J Hypertens. 2006 Jun;19(6):553-9.

11. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2010 Feb;27(2):125-31.

12.Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA). [Internet]. Ministerio de Salud. 2019 [cited

2020 Jun 3]. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001700cnt-guia-h ta.pdf>

13.Organizacion Mundial de la Salud. Factor de riesgo [Internet]. Organizacion Mundial de la Salud. [cited 2020 Jun 2]. Available from:

[https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/#:~:text=Un%20factor%20de%20riesgo%20es,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:~:text=Un%20factor%20de%20riesgo%20es,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n).

14.Organizacion Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet].

Organizacion Mundial de la Salud. [cited 2020 Jun 3]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

15.Delucchi A, Marín M, Páez O, Bendersky M, Rodríguez P, en representación de los participantes designados por la Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología y Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Principal conclusions of the Argentine Consensus on Arterial Hypertension. Hipertens Riesgo Vasc. 2019 Feb 27;36(2):96-109.

16.López de Fez CM, Gaztelu MT, Rubio T, Castaño A. [Mechanisms of hypertension in obesity]. An Sist Sanit Navar. 2004 Aug;27(2):211-9.

17.Zhang R, Reisin E. Obesity-hypertension: the effects on cardiovascular and renal systems. Am J Hypertens. 2000 Dec;13(12):1308-14.

18.Araya-Orozco M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Revista Costarricense de Ciencias Médicas. 2004 Dec;

19.Vera O. Insulinemia: relation with obesity and high blood pressure. Am J Hypertens. 2002 Apr;15(4):A187.

20.Salvetti A, Brogi G, Di Legge V, Bernini GP. The inter-relationship between insulin resistance and hypertension. Drugs. 1993;46 Suppl 2:149-59.

21. Tarray R, Saleem S, Afroz D, Yousuf I, Gulnar A, Laway B, et al. Role of insulin resistance in essential hypertension. Cardiovasc Endocrinol. 2014 Dec;3(4):129-33.

22. Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados. Municipio Matanzas 2009-2010 [Internet]. [cited 2022 Sep 4]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242013000500002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500002&lng=es).

23. Brandan R. Informe poblacional del Departamento de Atamisqui. 2022.

24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epiinfo app. CDC; 2021.

25. GraphPad Software, Inc. GraphPad Prism 8. GraphPad Software, Inc; 2021.
26. Mainous AG, King DE, Garr DR, Pearson WS. Race, rural residence, and control of diabetes and hypertension. *Ann Fam Med*. 2004 Dec;2(6):563–8.
27. De All J, Lanfranconi M, Bledel I, Doval H, Hughes A, Laroti A, et al. Prevalencia de la hipertensión arterial en poblaciones rurales del norte argentino. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2012 Apr;29(2):31–5.
28. Ferrari FD, Fontela MJ, Lorenzo DS. Prevalencia de hipertensión arterial en la población de San Javier, Misiones. Repositorio de la Fundación H A Barceló. 2019;
29. Carbajal HA, Salazar MR, Riondet B, Rodrigo HF, Quaini SM, Rechifort V, et al. VARIABLES ASOCIADAS A HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA REGION DE LA ARGENTINA. *Medicina (B Aires)*. 2001 Jan 1;61(6):801–9.
30. de Sereday MS, Gonzalez C, Giorgini D, De Loreda L, Braguinsky J, Cobeñas C, et al. Prevalence of diabetes, obesity, hypertension and hyperlipidemia in the central area of Argentina. *Diabetes Metab*. 2004 Sep;30(4):335–9.
31. De Lena SM, Cingolani HE, Almirón MA, Echeverría RF. [Prevalence of arterial hypertension in a rural population of Buenos Aires]. *Medicina (B Aires)*. 1995;55(3):225–30.
32. Soria AG, Guber RS, Tefaha LM, Aragón FF, Romero C de J, Del Valle Toledo R, et al. Prevalence of arterial hypertension and cardiovascular risk factors in a rural population exposed to arsenic in Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021 Dec;38(4):530–6.
33. Carbajal HA. Situación de la hipertensión arterial en Argentina. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2013 Jul;30(3):101–6.
34. *Medicina (B. Aires)* vol.65 número2; S0025-76802005000200003 [Internet]. [cited 2022 Sep 5]. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S0025-76802005000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0025-76802005000200003&lng=es&tlng=es)
35. Bianchi ME, Farías EF, Bolaño J, Massari PU. Epidemiology of renal and cardiovascular risk factors in Toba Aborigines. *Ren Fail*. 2006;28(8):665–70.
36. Valdés Stromilli G. Sal e hipertensión arterial. *Rev Chil Cardiol*. 2009 Apr;28(1).
37. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group. *BMJ*. 1988 Jul 30;297(6644):319–28.
38. Poulter NR, Khaw KT, Hopwood BE, Mugambi M, Peart WS, Rose G, et al. The Kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in blood pressure. *BMJ*. 1990 Apr 14;300(6730):967–72.
39. He J, Tell GS, Tang YC, Mo PS, He GQ. Relation of electrolytes to blood pressure in men. The Yi people study. *Hypertension*. 1991 Mar;17(3):378–85.
40. Núñez-Córdoba JM, Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Beunza JJ, Alonso Á. Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *Revista Española de Cardiología*. 2009 Jun;62(6):633–41.
41. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction*. 1999 Oct;94(10):1551–73.
42. Levenson J, Simon AC, Cambien FA, Beretti C. Cigarette smoking and hypertension. Factors independently associated with blood hyperviscosity and arterial rigidity. *Arteriosclerosis*. 1987 Dec;7(6):572–7.
43. Viridis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des*. 2010;16(23):2518–25.
44. Cryer PE, Haymond MW, Santiago JV, Shah SD. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. *N Engl J Med*. 1976 Sep 9;295(11):573–7.
45. Baer L, Radichevich I. Cigarette smoking in hypertensive patients. Blood pressure and endocrine responses. *Am J Med*. 1985 Apr;78(4):564–46. Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens*. 1992 May;10(5):495–9.
47. Valdés Ramos E, Bencosme Rodríguez N. Frecuencia de la hipertensión arterial y su relación con algunas variables clínicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2009 Jan 1;20(3):77–88.
48. Revilla L, López T, Sánchez S, Yasuda M, Sanjinés G. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2007 Jan 1;
49. Klein BE, Klein R, Moss SE. Blood pressure in a population of diabetic persons diagnosed after 30 years of age. *Am J Public Health*. 1984 Apr;74(4):336–9.
50. The Control of Hypertension in Persons with Diabetes: A Public Health Approach on JSTOR [Internet]. [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://www.jstor.org/stable/4628264>
51. Vaishnava H, Bhasin RC. Hypertension in Indian diabetics. *J Chronic Dis*. 1969 Feb;21(9):691–702.
52. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: an update. *Hypertension*. 2001 Apr;37(4):1053–9.

# CHAMICAL

## LA RIOJA

**Prevalencia de la hipertensión arterial y su relación con la alimentación en pacientes que asisten al hospital Dr. Luis Agote, Chamental, La Rioja, durante agosto del 2022. Diseño observacional, descriptivo, transversal.**

---

**Autores:**

- Conde Sofia
- Ogresta María Victoria
- Kauf Micaela
- Codarini Sofia Milena

**Docentes supervisores:**

- Dra. Rossi María Laura (FCM-UF)
  - Dra. Nieves Mariela - Hospital Zonal "Luis Agote"- Chamental
  - Dr. Abdala Gabriel - Hospital Zonal "Luis Agote"- Chamental
-

### Resumen:

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo en términos de mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares. La ingesta excesiva de sal es uno de los principales factores implicados en la HTA. De igual modo, se estima que el consumo de frutas y verduras tiene un efecto reductor sobre la presión arterial.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de HTA y evaluar su asociación con la alimentación en pacientes mayores de 18 años que asisten al Hospital Dr. Luis Agote, en Chamical, La Rioja, durante agosto del 2022.

**Población y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal. La muestra final fue conformada por 112 pacientes, cuya selección fue no probabilística, por conveniencia. Para el análisis de datos se utilizó el test estadístico Chi cuadrado con un  $p < 0,05$  y se calculó la asociación mediante el Odds Ratio (OR) con un Intervalo de Confianza (IC) de 95%.

**Resultados:** La mayoría fue de sexo femenino, con una edad media de  $46,4 \pm 15,9$  años. La prevalencia de HTA fue del 68,0%, de los cuales el 88,7% realiza tratamiento farmacológico. Se advirtió que el 29,09% abandona el tratamiento al presentar bienestar. Se observó significancia estadística ( $p=0,0018$ ) entre la presencia de HTA y el consumo de sal, con un OR de 4,05 (IC95% 1,68-9,78), así como significancia estadística ( $p=0,02$ ) entre la presencia de HTA y la cantidad de porciones de frutas y verduras consumidas diariamente y un OR de 3,60 (IC95% 1,24-10,42).

**Conclusión:** La HTA es un factor de riesgo cardiovascular prevalente. La alimentación no saludable y el elevado consumo de sodio incrementa la posibilidad de desarrollar esta patología y plantea el desafío de realizar políticas públicas que regulen entornos y favorezcan cambios saludables.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial, alimentación, sal, frutas y verduras.

### Abstract:

**Introduction:** Arterial hypertension is the main risk factor in terms of mortality attributable to cardiovascular disease. Excessive salt intake is one of the main factors implicated in hypertension. Similarly, it is estimated that the consumption of fruits and vegetables has a lowering effect on blood pressure.

**Objective:** Determine the prevalence of hypertension and evaluate its association with a healthy diet in patients over 18 years of age attending the Hospital Dr. Luis Agote, in Chamical, La Rioja, during August 2022.

**Population and methods:** An observational, cross-

sectional study was carried out. The final sample consisted of 112 patients, whose selection was non-probabilistic, by convenience. For data analysis, the Chi-square statistical test was used with a  $p < 0.05$  and the association was calculated using the Odds Ratio (OR) with a Confidence Interval (CI) of 95%.

**Results:** The majority were female, with a mean age of  $46.4 \pm 15.9$  years. The prevalence of hypertension was 68.0%, of which 88.7% underwent pharmacological treatment. It was noted that 29.1% abandoned treatment when they felt well. Statistical significance ( $p=0.0018$ ) was observed between the presence of hypertension and salt consumption, with an OR of 4.05 (95%CI 1.68-9.78), as well as statistical significance ( $p=0.02$ ) between the presence of hypertension and the number of portions of fruits and vegetables consumed daily, with an OR of 3.60 (95%CI 1.24-10.42). **Conclusion:** Hypertension is a prevalent cardiovascular risk factor. Unhealthy diet and high sodium intake increase the possibility of developing this pathology and propose the challenge of implementing public policies that regulate the challenge of implementing public policies that regulate environments and promote healthy changes.

**Key words:** Arterial hypertension, diet, salt, fruits and vegetables.

### Introducción:

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo en términos de mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares, por lo que se considera uno de los mayores problemas de la Salud Pública (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera a la HTA como la primera causa de muerte a nivel mundial con cifras de 7,5 millones de muertes, lo que supone el 12,8% del total de las defunciones; a su vez representando 57 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) o 3,7% de los AVAD totales (2). Dentro de los factores de riesgo cardiovasculares, la HTA es el principal factor de riesgo modificable; la reducción de la presión arterial sistólica (PAS) y de la presión arterial diastólica (PAD) a niveles inferiores a 140/90 mmHg se asocia con una disminución de las complicaciones cardiovasculares (3).

En 2014, la Sociedad Americana de Cardiología dispuso a la HTA como el principal factor de riesgo poblacional para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, con una prevalencia de 40,6% (4). Asimismo, la OMS en 2013 determinó que aproximadamente el 62% de las enfermedades cerebrovasculares y un 49% de la enfermedad isquémica cardíaca están atribuidas a la HTA (5). En cuanto a la Epidemiología, más del 80% de la carga mundial atribuida a esta patología sucede en países

no desarrollados, siendo Latinoamérica la región con más prevalencia (6). La prevalencia argentina de HTA es del 28,1%, siendo sólo un 54% de los afectados conscientes de dicho padecimiento. Aún más, el factor de riesgo cardiovascular que más se asocia a la HTA en la Argentina es el sobrepeso, con un 19,7% (7).

La HTA no debe ser considerada una enfermedad aislada; por su evolución natural incrementa de manera considerable el riesgo de lesión a diferentes órganos, así como la invalidez y las cifras de muerte por causa cardiovascular. La HTA se puede prevenir al modificar factores de riesgo relacionados como la alimentación inadecuada, el abuso de alcohol, el tabaquismo o la inactividad física (8). El no emprender acciones para reducir la exposición a estos factores resulta en el aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial (9).

Por su parte, la alimentación no saludable (10) condiciona la aparición de hipertensión arterial, aumento del colesterol, diabetes, sobrepeso y obesidad, a través de una ingesta elevada de sodio, grasas saturadas y trans e hidratos de carbono simples, y de una ingesta insuficiente de frutas, verduras y de otros alimentos ricos en fibras y grasas poliinsaturadas (11). El departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos estableció el consumo de cinco porciones de frutas y verduras diariamente para la base de una alimentación saludable (12).

La ingesta excesiva de sal a través de la dieta, en forma de cloruro sódico o sal común, es uno de los principales factores implicados en la HTA; la sal es la principal fuente de sodio del régimen alimentario (90%). En cuanto al consumo de sal en nuestro país, se estima que es de 11 gramos diarios por día por persona, mientras que la recomendación de la OMS es de hasta 5 gramos diarios. Este dato no incluye el uso de sal en la cocción que, según estudios "cualitativos", puede ser una fuente importante de sodio en América Latina. La reducción del consumo a 5 g/día tiene un efecto reductor de la tensión arterial sistólica, moderado (1-2 mmHg) en individuos normotensos, y algo más pronunciado (4-5 mmHg) en pacientes hipertensos (13). De igual modo, se estima que el consumo de frutas y verduras tiene un efecto reductor sobre la presión arterial ya que mejora la función del endotelio debido al aporte de potasio, magnesio y fibra dietética. Los valores en los cuales se considera que el consumo es óptimo son de entre 200 y 400 gr por día, lo cual ha demostrado tener un efecto protector en pacientes con aumento de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica (14).

Hasta la fecha no se ha encontrado suficiente información disponible sobre la prevalencia de la

HTA y su relación con la alimentación en pacientes oriundos de Chamental, La Rioja. Por lo tanto, esta investigación parte de la recolección de datos en el Hospital Dr. Luis Agote con el objetivo de conocer la prevalencia de este factor de riesgo cardiovascular y su relación con la alimentación en la población Chamentalense.

#### **Objetivos:**

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de hipertensión arterial y evaluar su asociación con la alimentación en pacientes mayores de 18 años que asisten al Hospital Dr. Luis Agote, en Chamental, La Rioja, durante agosto del 2022.

#### **Objetivos específicos:**

- Determinar la condición de los pacientes con hipertensión, el tratamiento higiénico-dietético, farmacológico y la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

- Describir el consumo de sal durante la cocción.

- Describir el consumo diario de frutas y verduras de los encuestados.

- Describir la percepción de los encuestados sobre su alimentación y las causas de alimentación poco/nada saludable.

- Establecer asociación entre la presencia de hipertensión arterial y el consumo de sal.

- Establecer asociación entre la presencia de hipertensión arterial y la recomendación de consumo diario de porciones de frutas y verduras.

#### **Materiales y Métodos:**

Diseño de investigación:

- El diseño del estudio fue observacional, porque no se realizó una intervención; descriptivo, porque se busca especificar las propiedades importantes de un grupo sometido a análisis; y transversal porque no existe continuidad en el eje de tiempo (15).

Población:

- Población diana: pacientes que asistieron a control ambulatorio al Hospital Dr. Luis Agote de Chamental durante agosto del 2022.

- Población accesible: pacientes adultos mayores a 18 años que asisten al Hospital Dr. Luis Agote durante agosto del 2022.

Muestra:

- En este trabajo de investigación la muestra fue de tipo no probabilística, por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos mayores de 18 años de ambos sexos que consultaron en los consultorios y guardiadel Hospital Dr. Luis Agote durante agosto del 2022.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no firmaron el consentimiento

informado.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes con encuestas incompletas.
- Pacientes que nunca controlaron su presión arterial.

Recolección de datos e instrumentos utilizados:

La recolección de datos se realizó a través de 28 preguntas de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2018, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Dicha encuesta está compuesta por 18 bloques, de los cuales solo se utilizaron 2 para esta investigación: "Hipertensión arterial" y "Alimentación", a través de una planilla de Google Forms. Durante la recolección de datos se contó con la presencia de un miembro del equipo de trabajo que fue conduciendo la encuesta.

En primer lugar, el conocimiento del diagnóstico de hipertensión arterial se midió basándonos en la cantidad de veces que los pacientes presentaron presión elevada (ninguna; solo una vez; más de una vez), considerando hipertensos a aquellos que hayan presentado más de una vez o solo una vez la presión elevada. De igual manera, se interrogó el uso de algún tratamiento, y de ser así, el tipo del mismo (higiénico-dietético y/o farmacológico). Además, se investigó en aquellos que utilizan tratamiento farmacológico, la adherencia del mismo en situaciones de malestar y bienestar general. En continuidad, se preguntó dónde se realizan los controles de salud con opciones preestablecidas.

La alimentación fue evaluada a través del consumo de sal durante la cocción de los alimentos y la frecuencia de consumo de porciones de frutas y verduras (diariamente). También, se estudió la percepción que los encuestados tienen sobre su alimentación, cuya escala de puntuación fue: muy saludable; bastante saludable; poco saludable; nada saludable, y se analizó la causa de la misma.

#### Análisis Estadístico:

Los datos fueron cargados en una base ad hoc en Microsoft Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico en Prism - GraphPad. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencia absoluta y relativa (n y %). Se describieron las variables cuantitativas, luego de realizar pruebas para evaluar su normalidad con el test de Shapiro-Wilk, mediante media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico según correspondiera. El análisis se realizó mediante el test estadístico Chi cuadrado para determinar la dependencia entre las variables, con un  $p < 0,05$ .

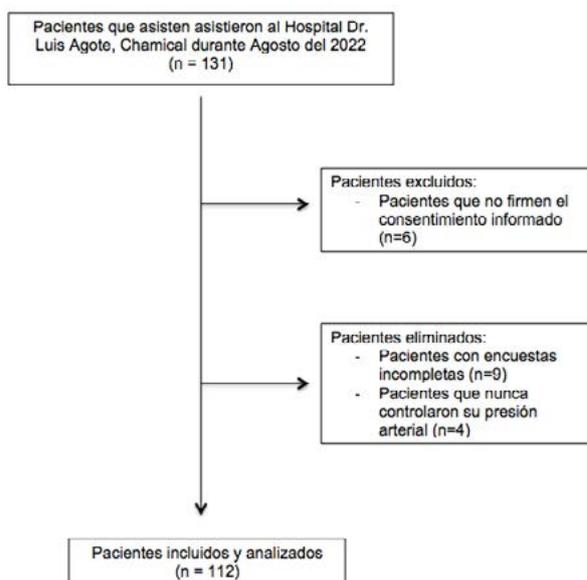
En los casos de variables dependientes, se evaluó la presencia de asociación significativa mediante el Odds Ratio (OR) con un Intervalo de Confianza (IC) de 95%.

Aspectos Éticos:

Este estudio se realizó siguiendo los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la última declaración de Helsinki (16). Los participantes firmaron y aceptaron los términos del consentimiento informado, asegurando su participación de carácter voluntario y confidencial, con el cumplimiento de la Ley 25.326 sobre la protección de los datos personales (17).

Resultados:

La muestra final fue conformada por 112 pacientes que consultaron de forma ambulatoria al Hospital Dr. Luis Agote, Chamental, La Rioja durante el mes de agosto de 2022. El diagrama de flujo se presenta a continuación (Figura 1).



Con respecto a las características sociodemográficas, la mayoría de los participantes fueron de sexo femenino, con una edad media de  $46,4 \pm 15,9$  años. La prevalencia de HTA en los encuestados fue del 68,0% (n=75). Entre los pacientes que realizan tratamiento, se observó que el 38,7% (n=24) no realiza tratamiento higiénico-dietético; sin embargo el 88,7% (n=55) realiza tratamiento farmacológico. Por otro lado, se estudió la adherencia al tratamiento farmacológico y se advirtió que el 29,1% (n=16) abandona el tratamiento al presentar bienestar general, y el 3,6% (n=2) abandona el tratamiento al presentar malestar general (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas con respecto a la hipertensión arterial en la muestra, Chemical, La Rioja, 2022.

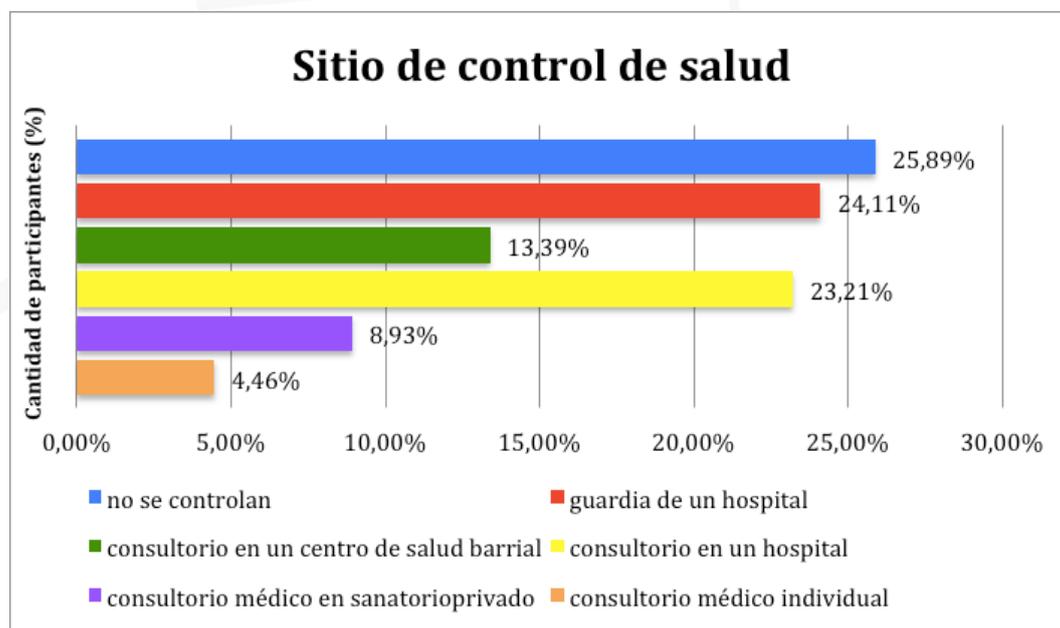
Variable	Categoría	Grupo de estudio
Sexo	Femenino, n (%)	65 (58,0)
	Masculino, n (%)	47 (42,0)
Edad (años), media (DE)		46,4 (15,9)
Presencia de HTA referida, n (%)	Más de una vez	59 (53,7)
	Solo una vez	16 (14,3)
	Ninguna	37 (33,0)
Realiza tratamiento, n (%)	Si	62 (78,5)
	No	17 (21,5)
Tratamiento Higiénico-Dietético, n (%)	Si	38 (61,3)
	No	24 (38,7)
Tratamiento Farmacológico, n (%)	Si	55 (88,7)

No	7 (11,3)
Abandono del tratamiento con bienestar, n (%)	
Si	16 (29,1)
No	39 (70,9)
Abandono del tratamiento con malestar, n (%)	
Si	2 (3,6)
No	53 (93,4)

\*DE: desviación estándar, HTA: Hipertensión arterial.

Otro aspecto analizado fueron los sitios de control de salud general, donde se identificó que el 25,9% (n=29) no se controla, y el 24,1% (n=27) solos se controla en la guardia del hospital (Figura 2).

Figura 2. Sitio de control de salud de los participantes



Al analizar la alimentación de los participantes, se encontró que el 73,2% (n=82) consume sal durante la cocción de los alimentos y el 84,8% (n=95) no consume la cantidad de porciones de verduras y frutas por día recomendadas, presentando un promedio de consumo de  $2,9 \pm 1,3$  porciones por día. El 56,2% (n=63) percibe su alimentación como poco o nada saludable, siendo la principal causa los precios elevados de los alimentos saludables (Tabla 2).

Tabla 2. Características de la alimentación en la muestra de Chamental, La Rioja, 2022.

Variable	Categoría	Grupo de estudio
Consumo de sal durante la cocción, n (%)	Si	82 (73,2)
	No	30 (26,8)
Porciones de frutas y verduras por día, n (%)	Menos de 5 porciones por día	95 (84,8)
	5 o más porciones por día	17 (15,2)
Percepción de su alimentación, n (%)	Muy saludable	5 (4,5)
	Bastante saludable	44 (39,3)
	Poco saludable	51 (45,5)
	Nada saludable	12 (10,7)
Causas de alimentación poco o nada saludable, n (%)	Falta de tiempo para comprar y/o cocinar	11 (15,5)
	En su casa o trabajo no se come comida saludable	3 (4,2)
	Come muchos alimentos altos en azúcar, grasas, sal	9 (12,7)
	Dificultad para conseguir alimentos saludables cerca de los lugares que frecuenta	3 (4,2)
	Pocas opciones de comida saludable en lugares donde come	3 (4,2)
	Los precios de los alimentos saludable son muy altos	23 (32,4)
	Las comidas saludables no lo llenan	6 (8,4)
	No le gustan las comidas saludables	10 (14,1)
	No le interesa tener una alimentación saludable	3 (4,2)

Como se puede observar en la Tabla 3 se observó significancia estadística con un pvalor de 0,0018. El OR calculado resultó 4,05 con un IC95% de 1,68-9,78. Esto determinó una asociación directa significativa entre la presencia de HTA y el consumo de sal (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación entre la HTA y el consumo de sal.

	HTA, n (%)		OR	IC 95%	p valor
	Si	No			
Consume sal	62 (55,4)	20 (17,9)	4,05	1,68 – 9,78	0,0018
No consume sal	13 (11,6)	17 (15,2)			

\* HTA = hipertensión arterial

De esta manera se observó significancia estadística con un p valor de 0,02 y un OR calculado de 3,60 con un IC95% de 1,24-10,42. Esto determinó una asociación directa significativa entre estas dos variables (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre la HTA y la porción de frutas y verduras.

	HTA, n (%)		OR	IC 95%	p valor
	Si	No			
Menos de 5 porciones/día	68 (60,7)	27 (24,1)	3,60	1,24 – 10,42	0,02
5 o más porciones/día	7 (6,3)	10 (8,9)			

\* HTA = hipertensión arterial

#### Discusión:

En el presente estudio fueron encuestados 112 participantes adultos, pudiendo encontrarse hipertensión arterial en más de la mitad de los encuestados (68,0%), de los cuales el 88,7% realiza tratamiento farmacológico y sólo un 61,3% respeta el tratamiento higiénico dietético. Por otro lado, se estudió la adherencia al tratamiento farmacológico, se advirtió que el 29,1% abandona el tratamiento al presentar bienestar general y un 3,6% con malestar general. Así mismo, el 25,9% de los encuestados no se realiza controles de salud. En cuanto a la alimentación, se encontró que el

promedio de la cantidad de porciones de frutas y verduras consumidas por día fue de 2,9 porciones, y que el 84,8% no consume la cantidad de porciones recomendada por la OMS por día. Igualmente, se determinó una asociación significativa entre el consumo de sal y la presencia de HTA, y entre esta patología y el consumo insuficiente de frutas y verduras.

El resultado de la prevalencia de hipertensión arterial por autorreporte en la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (19) fue de 34,7%, siendo este valor menor al obtenido en el presente trabajo. En relación con otros estudios existentes, la

prevalencia de HTA encontrada en la población rural del norte argentino fue de 32,3% (18).

Los resultados del consumo de frutas y verduras por día de nuestro estudio y de los resultados encontrados en la Encuesta Nacional (19) y otros artículos (12) concuerdan que solo la minoría de la población cumple la recomendación de la OMS de más de cinco porciones de frutas y verduras al día. Sin embargo, en el presente trabajo, el promedio de frutas y verduras consumidas por día fue de 2,9, a diferencia de la Encuesta Nacional que fue de 2,0 porciones.

Los resultados obtenidos sobre el consumo de sal y su asociación significativa con la presencia de hipertensión arterial difieren con un estudio observacional, analítico, retrospectivo (20) el cual mostró una asociación no significativa causal entre la HTA y los consumidores de sal en relación con los que no la consumen, así como con el tiempo prolongado de uso aumentan las probabilidades de padecer HTA. Sin embargo, en la Encuesta Nacional, el consumo de sal durante la cocción fue de 68,9%, presentando un valor similar al de este estudio (73,2%).

Dentro de las limitaciones del presente trabajo se encuentra que la muestra al ser no probabilística, por conveniencia y de base hospitalaria está restringida a aquellos individuos que acuden al hospital, así mismo se vio limitada por el relato del paciente. Por otro lado, la insuficiente bibliografía sobre las estadísticas en La Rioja, específicamente en la ciudad de Chamental, generó dificultades para poder comparar los resultados obtenidos con investigaciones previas.

### Conclusión:

En la presente investigación se determinó que la prevalencia de hipertensión arterial en los pacientes que concurren al Hospital Dr. Luis Agote fue del más de la mitad de los encuestados. Se evidenció una asociación directa significativa entre el consumo de sal y presencia de HTA y el consumo de menos de cinco porciones de frutas y verduras por día con la presencia de HTA.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente. La alimentación no saludable y fundamentalmente el elevado consumo de sodio en la dieta incrementan la posibilidad de desarrollar esta patología y plantea el desafío de realizar políticas públicas que regulen entornos y favorezcan cambios saludables. De esta manera, se podría prevenir o retrasar el desarrollo de la HTA, al mejorar además el control de salud en aquellos individuos que ya la padecen.

### Bibliografía:

1. Zubeldía Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;Vol. 90:1-11
2. Lira MT. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Rev Med Clin*. 2015;26 (2):156-163.
3. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia de salud de la familia. *Enferm glob*. 2016;11 (26):2-10.
4. Tsao CW. Heart Disease and Stroke Statistics—2022 Update: A Report From the American Heart Association. *AHA Journals*. 2022;145 (8):153-639.
5. Argüelles J, Nuñez P, Perillán C. Consumo excesivo de sal e hipertensión arterial: Implicaciones para la salud pública. *Rev Mex de Trastornos Alimen*. 2018;9 (1):119-128.
6. Lawes C, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease. *The Lancet*. 2008;371 (9623):1513-1518.
7. Sanchez R, Ayala M, Baglivo H, Velasquez C, Burlando G, Kohlmann O, Jimenez J, Jaramillo P, Brandao A, Valdes G, Alcocer L. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol*. 2010;29 (1):117-144.
8. Martinez Gomez N, Vilema Vizueta EG, Guevara Zuñiga LE. Hipertensión arterial e incidencia de los factores de riesgo en adultos mayores. *Dilemas contemp educ. política valores*. 2021;8 (3).
9. De la Rosa Ferrera JM, Acosta Silva M. Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. *Rev. Arch Med Camagüey*. 2017;21 (3):1-9.
10. Márquez-Sandoval F, Bulló M, Vizmanos B, Casas-Agustench P, Salas-Salvadó J. Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropo*. 2008;16 (1):11-22.
11. Jerab S. Consumo de sodio en la dieta de un argentino promedio y su relación con la Hipertensión Arterial. Incidencia de los alimentos, aguas y bebidas. *Art AADYND*. 2016;34 (154):1-3.
12. Adrogué C, Orlicki M. Factores relacionados al consumo de frutas y verduras en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina. *Rev Pilquen*. 2019;22 (3):70-82.
13. He FJ, Campbell NRC, MacGregor GA. Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease. *RevPanam Salud Publica*. 2012;32(4):293-300
14. Pienovi L, Lara M, Bustos P, Amigo H. Consumo de frutas, verduras y presión arterial: Un estudio poblacional. *ALAN*. 2015;65 (1):21-26.
15. Hernandez Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6.ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014.
16. World Medical Association D. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310 (20):1-4.
17. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina C. Ley 25.326: Protección de los Datos Personales [Internet]. Información Legislativa. 2000 [citado 2 septiembre 2022]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>
18. De All J, Lanfranconi M, Bledel I, Doval H, Hughes A, Laroti A, Sanchez Aramburu V, Gnoochi D, Dubra L, Gorosito F, Henry N, Leguia M, Francs J, Gonzalez Viana H, Saavedra F. Prevalencia de la hipertensión arterial en poblaciones rurales del norte argentino. *SHE*. 2012;29 (2):31-35.
19. INDEC . Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. INDEC. 2018 [citado 4 septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
20. Vega Candelario R, Vega Jiménez J, Jiménez Jiménez U. Caracterización epidemiológica de algunas variables relacionadas con el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos . *CorSalud*. 2018;10 (4):300-309.

### Anexos:

Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2019:

#### Hipertensión Arterial:

1. ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

- Sí
- No

2. ¿Cuántas veces un médico, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía la presión alta?

- Sólo una vez
- Más de una vez
- Ninguna

3. ¿En las últimas dos semanas, estuvo haciendo algún tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su presión arterial?

- Sí
- No

4. ¿El tratamiento es con dieta, ejercicios, reducción de peso?

- Sí
- No

5. ¿El tratamiento es con medicamentos?

- Sí
- No

6. Por lo general, cuando usted se siente bien, ¿deja de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

- Sí
- No

7. Por lo general, cuando usted se siente mal, ¿deja de tomar la medicación para controlar su presión arterial?

- Sí
- No

8. Excluyendo tomarse la presión arterial, ¿a qué lugar va habitualmente a hacerse controles?

- Un consultorio médico individual
- Un consultorio médico dentro de una clínica o sanatorio privado
- Un consultorio en un hospital
- Un consultorio en un centro de salud comunitario, de barrio o centro vecinal
- Un servicio de guardia de un hospital o clínica

#### Alimentación:

1. Habitualmente, ¿le agrega sal a las comidas durante la cocción?

- Sí
- No

2. ¿Cuántas porciones de fruta come en un día?

- Porciones: .....

3. ¿Cuántas porciones de verdura come en un día?

- Porciones: .....

4. Pensando en su alimentación o dieta habitual o de todos los días, ¿considera que es...

- Muy saludable
- Bastante saludable
- Poco saludable
- Nada saludable

5. ¿Cuál es la razón principal por la que considera que su alimentación o dieta habitual es poco o nada saludable?

- Falta de tiempo para comprar y/o cocinar
- En su casa o trabajo no se comen comidas saludables
- Comen muchos alimentos altos en azúcar, grasas y sal
- Dificultad para conseguir alimentos saludables cerca de los lugares que frecuenta
- Pocas opciones de comidas saludables en lugares donde come habitualmente
- Los precios de los alimentos saludables son muy altos
- Las comidas saludables no lo llenan
- No le gustan las comidas saludables
- No le interesa tener una alimentación saludable

### **Consentimiento Informado:**

Estimado/a:

Lo/a invitamos a participar del estudio sobre la prevalencia de Hipertensión Arterial y su relación con la alimentación en los pacientes que asisten al Hospital Zonal Luis Agote. Los resultados obtenidos servirán como marco de referencia para determinar el grado de afectación, y brindar distintas estrategias para mejorar esta situación. Para formar parte de este estudio es necesario contar con su consentimiento o autorización. Si usted acepta participar, responderá una encuesta individual anónima donde se le realizarán preguntas referentes a su demografía, su alimentación y sus controles de presión arterial. Estas actividades estarán coordinadas por especialistas en la materia de salud pertenecientes a la provincia de La Rioja bajo la dirección de María Victoria Ogresta, Sofia Conde, Sofia Codarini y Micaela Kauf. Ya que su participación en este estudio es voluntaria y gratuita; a continuación, queremos informarle sus derechos como participante:

- Usted puede realizar o hacer preguntas y/o consultas libremente
- Puede no contestar preguntas que no desee
- Usted participará de la evaluación siempre y cuando lo autorice firmando la presente nota.

Además, le garantizamos que la información será confidencial y que se utilizará exclusivamente para los fines de este estudio. Es decir, que no se revelará ningún dato respecto de la identidad ni de la información aportada. Si usted está de acuerdo, por favor indíquelo firmando a continuación

Declaro que yo ..... he recibido suficiente información y que luego de haberla leído y comprendido, estoy de acuerdo con formar parte del estudio.

Firma voluntaria: .....

Tipo y DNI Voluntario: .....

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Testigo de la toma CI:

Nombre y Apellido:.....

DNI: .....

Firma: .....

## Variables:

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
<b>Características sociodemográficas</b>	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas-culturales que están presentes en la población sujeta al estudio (Rabines Juárez, 2002)	Edad	Edad (años)		Privada Cuantitativa Policotómica Continua	Cuestionario estructurado validado
		Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Privada Cualitativa Dicotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado
<b>Hipertensión arterial</b>	Elevación sostenida de la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) o de ambas, que afecta a una parte muy importante de la población adulta (Rozman Borstnar, 2020)	Presencia de HTA referida por los participantes	Cantidad de veces con presión elevada	Ninguna Solo 1 vez Más de 1 vez Ns/Nc	Cualitativo Policotómica Ordinal	Cuestionario estructurado validado
		Tratamiento de la HTA	Realización de tratamiento	Si No	Cualitativo Dicotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado
		Tipo de tratamiento de la HTA	Higiénico - dietético	Si No	Cualitativo Dicotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado
			Farmacológico	Si No	Cualitativo Dicotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado
		Adherencia al tratamiento	Abandono del tratamiento con bienestar general	Si No	Cualitativo Dicotómico Nominal	Cuestionario estructurado validado
			Abandono del tratamiento con malestar general	Si No	Cualitativo Dicotómico Nominal	Cuestionario estructurado validado
		Sitio de control de salud	Sitio de control de salud	Consultorio médico individual Consultorio médico dentro de la clínica privada Consultorio en un hospital Consultorio en el centro de atención comunitario Servicio de guardia de un hospital	Cualitativa Policotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado

<b>Alimentación saludable</b>	Alimentación saludable es la que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que las personas puedan llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sanas (INDEC, 2019)	Consumo de sal	Consumo de sal durante la cocción de los alimentos	Si No	Cualitativa Dicotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado
		Consumo de frutas	Frecuencia de consumo diario	Cantidad de porciones	Cuantitativa Policotómica Racional Discreta	Cuestionario estructurado validado
		Consumo de verduras	Frecuencia de consumo diario	Cantidad de porciones	Cuantitativa Policotómica Racional Discreta	Cuestionario estructurado validado
		Percepción de la alimentación	Percepción saludable	Muy saludable Bastante saludable Poco saludable Nada saludable Ns/Nc	Cualitativa Policotómica Ordinal	Cuestionario estructurado validado
		Causa de alimentación poco o nada saludable	Falta de tiempo para comprar y/o cocinar En su casa o trabajo no se comen comidas saludables Comen muchos alimentos altos en azúcar, grasas y sal Dificultad para conseguir alimentos saludables Pocas opciones de comidas saludables en lugares donde come Los precios de los alimentos saludables son muy altos Las comidas saludables no lo llenan No le gustan No le interesa tener una alimentación saludable	Cualitativa Policotómica Nominal	Cuestionario estructurado validado	

# CHILECITO

## LA RIOJA

### Determinación de barreras de acceso para la prueba de cribado de cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito de agosto a septiembre del año 2022: Estudio observacional y transversal

#### Autores:

- Lo Feudo Florencia;
- Maffioli Lucia;
- Peretto Mercedes;
- Piccagli Candela;
- Ruiz De Larrea Julieta;
- Zunino Bianca

#### Docente supervisora:

- Dra. Carrizo Lorena Martha Natalia  
Hospital Eleazar Herrera Motta - Chilecito

#### Resumen

Introducción. El cáncer cérvicouterino constituye un problema de salud pública. En Argentina la mortalidad por cáncer de cuello de útero no ha tenido descensos significativos en los últimos cuarenta años. Uno de los principales problemas es la baja cobertura del tamizaje por la existencia de barreras de acceso.

Objetivo Determinar las barreras de acceso para la prueba de cribado de cáncer cervicouterino asociadas a características sociodemográficas en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, de agosto a septiembre del año 2022.

Material y método. Diseño Observacional Transversal Prospectivo. Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, tamaño 206 mujeres. Se excluyeron aquellas que no residen en el departamento de

Chilecito. Se midió la existencia de barreras de acceso y las variables sociodemográficas con el Instrumento BACACE. Análisis por SPSS. Prueba de  $\chi^2$ , test exacto de Fisher, OR IC 95%.

Resultados. 206 mujeres. Se encontró que existe la presencia de barrera de conocimiento en casi la mitad de las mujeres encuestadas 53,9% (n=111). Se reportó la existencia de barrera cultural en el 7,3% de los casos (n=15) y de acceso demográfico en el 22,3% de los casos (n=46). Se observó que ser ama de casa es un factor de riesgo para la existencia de barrera de conocimiento (OR = 2,27; IC95% 1,04-5,15), de acceso demográfico (OR= 3,41; IC95% 1,7-6,36) y de cultura (OR= 2,98; IC95% 1,57-5,43). Se encontró que estar soltera es un factor protector para la presencia de barrera de conocimiento (OR= 0,50; IC95% 0,26 - 0,98), de acceso demográfico (OR= 0,44; IC95% 0,25-

0,77) y de cultura (OR= 0,48; IC95% 0,28 - 0,85). Se evidenció que no tener estudios universitarios es un factor de riesgo para la presencia de barrera de acceso demográfico (OR= 4,05; IC95% 1,99 -8,77) y de cultura (OR= 4,25; IC95% 2,03 -8,68), y un factor protector para la barrera de conocimiento (OR= 0,16; IC95% 0,08-0,33). No se vio asociación con la edad en ninguna de las barreras ( $\chi^2$  p >0 .05).

Conclusión. Se evidenció que existe la presencia de barrera de conocimiento, de cultura y de acceso sociodemográfico en mujeres del Departamento de Chilecito para la realización del cribado de cáncer de cuello uterino. Se halló asociación entre ocupación, estado civil y último grado de estudios con respecto a las tres barreras estudiadas. La edad no se asoció a estas últimas.

Palabras clave: PAP, Papanicolaou, barreras de acceso

#### ABSTRACT

Introduction. Cervical cancer is a public health problem. In Argentina, mortality due to cervical cancer has not had significant decreases in the last forty years. One of the main problems is the low coverage of screening due to the existence of access barriers.

Objective To determine the access barriers for the cervical cancer screening test associated with sociodemographic characteristics in a group of women from the department of Chilecito, La Rioja, from August to September 2022.

Material and method. Cross-sectional observational design. Non-probabilistic convenience sampling, size 206 women. Those who do not reside in the department of Chilecito were excluded. The existence of access barriers and sociodemographic variables were measured with the BACACE Instrument. Analysis by SPSS.  $\chi^2$  test, Fisher's exact test, OR CI 95%.

Results. 206 women. It was found that there is a knowledge barrier in almost half of the women surveyed 53.9% (n=111). The existence of a cultural barrier was reported in 7.3% of the cases (n=15) and of demographic access in 22.3% of the cases (n=46). Being a housewife was found to be a risk factor for the existence of a knowledge barrier (OR = 2.27, 95% CI 1.04 -5.15), demographic access (OR = 3.41, 95% CI 1.7 - 6.36) and culture (OR= 2.98; 95% CI 1.57 -5.43). Being single was found to be a protective factor for the presence of a knowledge barrier (OR= 0.50; 95% CI 0.26-0.98), demographic access (OR= 0.44; 95% CI 0, 25-0.77) and culture (OR= 0.48; 95% CI 0.28 - 0.85). It was found that not having a university education is a risk factor for the presence of a demographic access barrier (OR= 4.05; 95% CI 1.99 -8.77) and culture (OR= 4.25; 95% CI 2.03 - 8.68), and a protective factor for the knowledge barrier (OR= 0.16; 95% CI 0.08- 0.33). No association with age was found in any of the

barriers ( $\chi^2$  p >0.05).

Conclusion. It was evidenced that there is a barrier of knowledge, culture and sociodemographic access in women from the Department of Chilecito to perform cervical cancer screening. Association was found between occupation, marital status and last grade of studies with respect to the three barriers studied. Age was not associated with the latter.

Keywords: PAP, Papanicolaou, access barriers

#### Introducción

El cáncer cérvicouterino (CCU) constituye un problema de salud pública y salud reproductiva de la mujer. Conforme a la Agencia Internacional de investigación sobre el Cáncer (IARC) el CCU es la cuarta causa de enfermedad y muerte por cáncer en el mundo de mujeres de todas las edades; presenta una incidencia del 13,1 y una mortalidad del 6,9 por 100.000 mujeres (1). En Argentina, cada año se diagnostican alrededor de 4.000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero y mueren aproximadamente 1.800 mujeres a causa de la enfermedad. El 82% de las muertes ocurre en mujeres mayores de 40 años (2).

Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta un cáncer invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana por medio de la prueba del Papanicolaou (PAP), interrumpir el curso de la enfermedad (3).

Existe suficiente evidencia científica de que el tamizaje de las lesiones precursoras del cáncer cervical entre los 35 y 64 años mediante la citología convencional en un programa de alta calidad reduce la incidencia del cáncer cervical en un 80% o más (4).

En Argentina la mortalidad por cáncer de cuello de útero no ha tenido descensos significativos en los últimos cuarenta años (5) y la distribución de la carga del cáncer de cuello de útero es extremadamente desigual: las tasas de mortalidad de las provincias de las regiones Noreste y Noroeste (alrededor de 15/100.000) son entre tres y cuatro veces más altas que la de la Ciudad de Buenos Aires (4/100.000) (6). Uno de los principales problemas en estas regiones es la baja cobertura del tamizaje: según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009, en las regiones Noreste y Noroeste, sólo el 46% de las mujeres entre 35 y 64 años sin cobertura de salud se había realizado un PAP en los dos años anteriores a la encuesta, mientras que, en otras regiones, la cobertura es mayor. Por ejemplo, en las regiones Sur y Centro, la misma supera el 60% (7).

Es importante considerar el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer de cuello de útero por la influencia que puede tener en la realización del

PAP (8) y en todo el proceso de atención. De nada sirve una alta cobertura de realización de PAP si las mujeres no retiran los resultados o abandonan el tratamiento. Brindar información adecuada a través de múltiples estrategias de comunicación y educación para la salud no sólo aumenta la cobertura sino que también favorece las instancias de seguimiento y tratamiento (9).

A pesar de la baja cobertura del tamizaje y tratamiento que presentan las regiones de Argentina más afectadas por la enfermedad, la evidencia acerca de las barreras de conocimiento, cultura y de acceso que tienen las mujeres de estas áreas sobre la prevención y tratamiento del cáncer de cuello de útero es prácticamente inexistente.

#### OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es determinar las barreras de acceso para la prueba de cribado de cáncer cervicouterino asociadas a características sociodemográficas en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, de agosto a septiembre del año 2022.

#### Objetivos específicos:

- Analizar la presencia de barrera de conocimiento sobre la prueba de cribado de cáncer cervicouterino asociada a características sociodemográficas en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, de agosto a septiembre del año 2022.
- Determinar la presencia de barrera cultural que influye en la realización de la prueba de cribado de cáncer cervicouterino asociada a características sociodemográficas en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, de agosto a septiembre del año 2022.
- Identificar la presencia de barrera de acceso demográfico a la prueba de cáncer cervicouterino asociada a características sociodemográficas en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, de agosto a septiembre del año 2022.
- Establecer la edad en años, ocupación, nivel de educación alcanzado y estado civil de un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, de agosto a septiembre del año 2022.

#### FUNDAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

##### 1. Cáncer Cervicouterino

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina. El cuello uterino está compuesto por dos partes y está cubierto con dos tipos diferentes de células:

- El endocérvix es la abertura del cuello uterino que lleva hasta el útero, y que está cubierto de células glandulares.
- El exocérvix (o ectocérvix) es la parte externa del cuello uterino que un médico puede observar durante

un examen con espéculo (prueba del Papanicolau), y que está cubierto de células escamosas.

El punto en el que estos dos tipos de células se encuentran en el cuello uterino se llama zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que usted envejece y si da a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación (10).

##### 1.1. Precánceres de cuello uterino

Las células de la zona de transformación no se hacen cancerosas repentinamente, sino que primero las células normales del cuello uterino van desarrollando gradualmente cambios anormales que son llamados cambios precancerosos. Existen varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia.

Cuando los precánceres se revisan en el laboratorio, se clasifican en una escala de 1 a 3 en función de la cantidad de tejido del cuello uterino que se ve anormal.

En la CIN1 (también llamada displasia leve o SIL de bajo grado), no hay mucho tejido que se vea anormal, y se considera el precáncer de cuello uterino menos grave.

En la CIN2 o CIN3 (también llamada displasia moderada/grave o SIL de alto grado) hay más tejido que se ve anormal; SIL de alto grado es el precáncer más grave.

Aunque los cánceres del cuello uterino se originan de células con cambios precancerosos, sólo algunas de las mujeres con cambios precancerosos de cuello uterino padecerán cáncer. En la mayoría de las mujeres, las células precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Sin embargo, en algunas mujeres los precánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivos). El tratamiento de los precánceres de cuello uterino puede prevenir casi todos los cánceres (10).

##### 2. Virus del Papiloma Humano

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo de virus relacionados entre sí. Pueden causar verrugas en diferentes partes del cuerpo. Existen más de 200 tipos. Cerca de 40 de ellos afectan a los genitales. Estos se propagan a través del contacto sexual con una persona infectada. También se pueden propagar a través de otro contacto íntimo de piel a piel. Algunos de ellos pueden ponerle en riesgo desarrollar un cáncer (11).

Existen dos categorías de VPH de transmisión sexual. El VPH de bajo riesgo puede causar verrugas en o alrededor de los genitales, el ano, la boca o la garganta. El VPH de alto riesgo puede causar varios tipos de cáncer:

- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer del ano
- Algunos tipos de cáncer de boca y de garganta
- Cáncer de vulva
- Cáncer de vagina
- Cáncer del pene

La mayoría de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas y no causan cáncer. Pero a veces las infecciones duran más. Cuando una infección por VPH de alto riesgo dura muchos años, puede provocar cambios en las células. Si estos cambios no se tratan, pueden empeorar con el tiempo y convertirse en cáncer (11).

#### 2.1. VPH y CCU

Diferentes estudios han comprobado que la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria del cáncer cérvico-uterino (12). Se ha demostrado una asociación de más del 99% entre el VPH y el cáncer de cuello de útero (4).

La infección por VPH es muy común en mujeres sexualmente activas, afecta entre el 50 y el 80% de las mujeres al menos una vez en su vida. La principal vía de infección es la transmisión sexual y no se ha comprobado la eficacia del preservativo como método de prevención, ya que el virus puede ubicarse en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por el preservativo (2).

Actualmente se han identificado más de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 afectan el tracto anogenital femenino y masculino. De estos 40, alrededor de 15 son considerados de alto riesgo oncogénico; entre ellos, los más comunes son los VPH 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cérvico-uterino en todo el mundo, seguidos por los VPH 31 y 45 (13). Los VPH de bajo riesgo están comúnmente presentes en las lesiones benignas (condilomas y neoplasias intraepiteliales de bajo grado), con mínimo riesgo de progresión maligna. Contrariamente, los VPH de alto riesgo se encuentran en lesiones benignas y de bajo grado, pero tienen casi la exclusividad en las lesiones malignas (2).

La mayoría de las lesiones de bajo grado experimentan una regresión o no progresan, especialmente en las mujeres más jóvenes portadoras de infecciones transitorias. Esto sucede cuando los mecanismos de defensa del organismo erradican el virus. Se estima que el 5% de las mujeres infectadas con VPH de alto riesgo contraen infecciones persistentes (14). Las lesiones de alto grado, son menos comunes y pueden surgir tanto por una progresión de las displasias de bajo grado, o directamente de la infección persistente por VPH. Algunas de estas lesiones de alto grado progresan a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes (4).

El tiempo de evolución de una displasia hacia un carcinoma de cuello uterino es de entre 10 y 20 años, lo que hace que el cáncer cérvicouterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir, y es la razón fundamental del tamizaje (15).

#### 3. Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou es un procedimiento de tamizaje en el que se obtienen células del cuello uterino con el fin de observarlas cuidadosamente en el laboratorio y determinar si hay cáncer o precáncer.

##### 3.1. Pasos de la prueba de Papanicolaou

La Primero, el médico (u otro profesional de atención médica) colocará un espéculo dentro de la vagina. Este es un instrumento de metal o plástico que mantiene la vagina abierta mientras se hace la prueba, de manera que el cuello uterino pueda verse bien. Después, se obtiene, mediante un ligero raspado, una muestra de células y de la mucosidad del exocérvix con una pequeña espátula o cepillo. Luego, se inserta en la abertura del cuello uterino un pequeño cepillo o una torunda de algodón para tomar una muestra del endocérvix. Si su cuello uterino fue extirpado (debido a cervicectomía o histerectomía) como parte del tratamiento del cáncer de cuello uterino o precáncer, la muestra se tomará de las células de la parte superior de la vagina (conocida como el manguito vaginal). Finalmente, las muestras se examinan en el laboratorio. Debido a que es posible que se pase por alto algunas anomalías (aun cuando las muestras sean examinadas en los mejores laboratorios), es recomendable hacerse esta prueba con regularidad de acuerdo con las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (16).

##### 3.2. Frecuencia de realización de Papanicolaou

Se recomienda que se realicen este estudio las mujeres a partir de los 25 años. Si durante 2 años seguidos el PAP da negativo, se puede espaciar a 3 años. El riesgo de desarrollar cáncer de cuello de útero aumenta con la edad y es mayor en las mujeres de más de 50 años, por eso es importante que las mujeres después de la menopausia se realicen este estudio (17).

#### 4. Barreras de acceso al tamizaje de detección precoz del cáncer cérvicouterino

Las barreras de acceso son factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan el acceso a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud. La actuación en el ámbito de las principales barreras de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población (18).

En este contexto no sólo el personal médico y sanitario tiene una importante participación, se requiere de

la acción comunitaria y de muchos actores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes o barreras de acceso a la realización del tamizaje cérvico-uterino. Por lo tanto, al conceptualizar los determinantes o barreras de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

Dentro de las barreras para el tamizaje cérvico-uterino se pueden exponer:

- Barrera cultural
- Barrera conocimiento
- Barrera de acceso sociodemográfico

Las barreras culturales juegan un papel importante en la toma de decisiones de la mujer de realizarse o no el PAP. En un estudio se identificaron como barreras culturales para el acceso al examen de Papanicolaou, la percepción de ser susceptible, el miedo al procedimiento, la incomodidad, la falta de preocupación o vergüenza de que el examen sea por un hombre (19). En contraste, en otro estudio, se encontró que una mayor adherencia al tamizaje tiene relación significativa con el sentimiento de bienestar al estar cuidando la salud, la percepción de menor cantidad de barreras para tomarse el PAP particularmente en mujeres que adhieren en el sistema privado, la percepción del riesgo personal de desarrollar la enfermedad, saber que los síntomas no son un requisito para el PAP, y la motivación dada por profesionales de salud (20).

En la Barrera de conocimiento, el desconocimiento al examen y su procedimiento, así como la imaginación de lo que podría pasar, causa que las mujeres prefieren no realizarlo y quedarse sin saber si han contraído el virus o no (21). En una investigación realizada en Perú, se observó asociación entre un bajo nivel de conocimientos sobre la toma del PAP y tener un menor nivel educativo, así como una historia de PAP inadecuada. Sin embargo, no se encontró asociación con el número de parejas sexuales o la edad de inicio de relaciones sexuales (22). En relación a las barreras para adherir al tamizaje, en un grupo de mujeres chilenas, se determinó que la principal fue la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida, seguido por la falta de conocimiento en cuanto a la frecuencia que debe tomarse el PAP y en tercer lugar el largo tiempo de espera para ser atendida (23).

La barrera de acceso sociodemográfico trata del entorno donde se desarrolla el ser humano para el

crecimiento y convivencia con la sociedad, el limitado acceso a los servicios de salud o la información de no poder ser atendidas, constituyen barreras para una buena cobertura (24). Un estudio realizado en Chile en 2015 acerca de los determinantes sociales en la adherencia al tamizaje de cáncer cérvico uterino reportó que el acceso limitado a los servicios de salud y la información de no poder ser atendidas constituyen barreras sociodemográficas para el acceso a una buena cobertura (25). En un segundo estudio se encontraron como obstáculos para la realización del Papanicolaou en la consulta médica el tiempo insuficiente para la atención integral, la falta de información respecto a la promoción de la detección y la deficiente información del reporte de Papanicolaou a la paciente, así como el envío a un segundo nivel de atención (26). Otras barreras de acceso identificadas fueron los tiempos prolongados en sala de espera y la distancia al servicio de salud (27).

## Metodología

### 1. Diseño

La presente investigación es de tipo observacional, descriptiva con un diseño prospectivo de corte transversal, basado en mediciones de auto-reporte.

### 2. Descripción del ámbito de estudio

El presente estudio se realizó a mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, Argentina durante los meses de agosto y septiembre del año 2022. En el mes de agosto se llevó a cabo la recolección de datos. A fines de agosto y principios de septiembre se realizó el análisis estadístico y redacción de resultados, finalizando con la elaboración de la discusión, comparando los resultados obtenidos con estudios existentes y las conclusiones pertinentes en respuesta al objetivo.

### 3. Unidad de análisis

Mujeres de la provincia de La Rioja

#### 3.1. Criterios de inclusión

Jóvenes y adultos (28), de sexo femenino al momento del nacimiento, residentes en el departamento de Chilecito, La Rioja durante los meses de agosto y septiembre del año 2022, que den voluntariamente consentimiento informado para el uso de la información con fines científicos y demás aspectos soportados por la declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica (29).

#### 3.2. Criterios de exclusión

Mujeres que no residen en el departamento de Chilecito.

#### 3.3. Criterios de eliminación

Presentar encuestas con información insuficiente para el presente estudio

### 4. Población accesible

Jóvenes y adultos de 18 a 65 años de edad, de sexo

femenino al momento del nacimiento, residentes en el departamento de Chilecito, La Rioja, Argentina, durante el periodo comprendido entre agosto y septiembre del año 2022. La población total del Departamento de Chilecito es de 49.432 habitantes según el Censo 2010 INDEC. El total de mujeres es de 24.920, siendo 11.848 pertenecientes al rango etario evaluado en la presente investigación.

#### 4.1. Muestra

Dada la magnitud de la población y el tiempo disponible para la recolección de datos, se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

#### 5. Definición operacional de las variables y categorías.

En cuanto a las variables que mide el presente estudio se encuentran las barreras de acceso, cuyas dimensiones son barrera conocimiento, barrera cultural y de acceso demográfico y, por otro lado, las características sociodemográficas cuya dimensión engloba características sociales.

La operacionalización de variables se observa en la Tabla 1. La versión completa se encuentra en ANEXOS (ANEXO 1: Tabla 3).

Tabla 1: Operacionalización de variables, dimensión e indicador

Variable	Dimensión	Indicador	
<b>BARRERAS DE ACCESO</b>	Barrera conocimiento	El VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección	
		El VPH aparece generalmente en genitales y boca.	
		El VPH significa Virus del Papiloma Humano	
		El cáncer cervicouterino le da solo a las mujeres	
		El Papanicolaou y prueba del VPH/papiloma sirve para detectar cáncer cervicouterino	
		Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino.	
		El hombre es el portador del VPH.	
		Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas.	
		Me debo realizar el Papanicolaou 1 vez al año.	
		Existencia barrera conocimiento según según total	
		Barrera cultural	Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou.
			Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou
			A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería.
	Tengo miedo del resultado del Papanicolaou.		
	Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou		
	Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas		
	Me hago el Papanicolaou solo cuando mi pareja me lo pide o "me da permiso"		
	Barrera de acceso demográfico	Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso.	
		Mi religión me prohíbe realizarme el Papanicolaou porque solo mi pareja puede ver mis partes íntimas	
		El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos.	
Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda.			
Existencia barrera cultural según total			
Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que me realicen el Papanicolaou.			
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	Características sociales	Edad en años	
		Ocupación	
		Ultimo grado de estudios	
		Estado civil	
		En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material.	

## 6. Selección de técnica e instrumento de recolección de datos

La presente investigación midió la existencia de barreras de acceso para la prueba de cribado de cáncer cervicouterino asociadas a características sociodemográficas en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, La Rioja, mediante el uso de un cuestionario estructurado validado. Los cuestionarios fueron anónimos para garantizar la confidencialidad y fiabilidad de los datos.

### 6.1 Determinación de barreras de acceso para pruebas de cribado de cáncer cervicouterino

Instrumento BACACE (Barreras Cáncer Cervicouterino). Se trata de una herramienta diseñada para ser auto administrada. Su aplicación dura entre 10 y 15 minutos. Validado por Gutiérrez Granados María Mónica y Juárez Lira Alberto para mujeres de 25 a 64 años para la toma de pruebas de tamizaje de cáncer cervicouterino. El instrumento consta de 1 apartado de datos sociodemográficos y 3 dimensiones a considerar: 9 ítems de conocimiento,

11 de aspectos culturales y 5 de acceso a los servicios de salud, en escala de tipo Likert, obteniendo un instrumento de 25 ítems. El alfa de Cronbach global fue de 0.71. Este nivel de confiabilidad puede ser considerado respetable de acuerdo a la escala de valores propuesta por DeVellis (30) (ANEXO 2).

### 6.2. Características sociodemográficas

Se utilizó el apartado de información sociodemográfica del instrumento mencionado anteriormente: BACACE.

### 7. Cronograma de actividades

Tareas a realizar	Actividades a realizar	Tiempo destinado de realización
<b>Elaboración del proyecto Búsqueda Bibliográfica</b>	Armado de introducción, objetivos marco teórico y estado del arte. Armado de metodología, selección de instrumentos.	agosto
<b>Trabajo de campo</b>	Entrega de encuestas validadas a participantes	Agosto-septiembre
<b>Codificación, carga y procesamiento de los datos</b>	Carga de datos	septiembre
	Codificación	
	Procesamiento de datos	
<b>Análisis de los datos</b>		septiembre
<b>Redacción del informe final</b>		septiembre

## 8. Aspectos éticos

El proyecto de investigación, implementó distintas estrategias para garantizar los aspectos éticos del estudio. En una primera instancia, a cada participante se le informó los objetivos y finalidad del mismo, así como sus beneficios y posibles inconvenientes ocasionados. Se focalizó en la libertad de participar y de retirarse del estudio en cualquier momento que lo deseen.

Se explicó y garantizó la completa confidencialidad de los datos, siendo utilizados exclusivamente para los fines de este estudio. Es decir, que no se reveló ningún dato respecto de la identidad ni de la información aportada. Cada uno de los sujetos participantes debió firmar un formulario de Consentimiento Informado (ANEXO 3: Aspectos

éticos) que ha sido confeccionado siguiendo los lineamientos de la Guía de Investigación en Salud Humana y los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos según la última declaración de Helsinki (31).

### 9. Análisis estadístico

Se cargaron los datos en una base ad hoc en Excel. Los datos se analizaron con SPSS Versión 24.0 y GraphPad Prism 8.0.2 para Windows. En primer lugar, se evaluó el ajuste a la normalidad por test de Kolmogorov Smirnov, obteniendo una distribución no paramétrica en la variable edad, por consiguiente, rechazamos la hipótesis nula para la distribución de datos.

En segundo lugar, se realizó un análisis de

estadística descriptiva. Las variables categóricas como ocupación, último grado de estudios, estado civil, existencia de barrera de conocimiento, cultura y de acceso demográfico se expresaron como proporciones y la variable edad por ser cuantitativa se expresó como mediana (Q2) acompañada del rango intercuartil (IQ) como medida de dispersión. Luego, para explorar las asociaciones significativas entre las características sociodemográficas (categóricas nominales) y la presencia de barreras de acceso (categóricas nominales) se utilizó el test de Chi Cuadrado y el test exacto de Fisher. Las estimaciones de las fortalezas de las asociaciones se demostraron mediante el odds ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. El nivel de significación estadístico se fijó en  $p < 0,05$ .

## Resultados

### 1. Análisis descriptivo

El total de población accesible fueron 233 mujeres durante agosto y septiembre del 2022. Por presentar encuestas con información insuficiente para el presente estudio, 15 mujeres no fueron evaluadas, siendo finalmente evaluadas por elegibilidad un total de 218 mujeres. Se excluyeron a 12 de ellas por no residir en el Departamento de Chilecito quedando conformada una muestra final de 206 participantes (Figura 1).

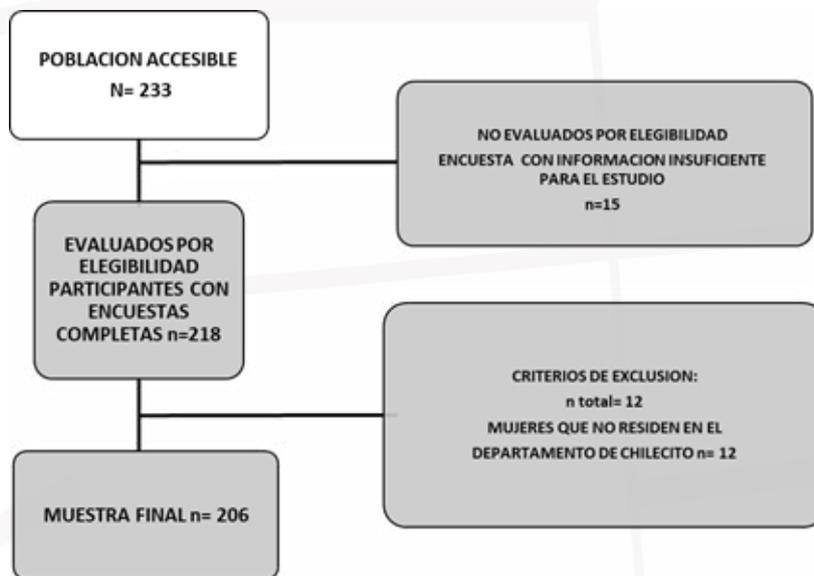


Figura 1 Flujograma población y muestra de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Las variables sociodemográficas de la muestra de estudio se exponen en la Tabla 4. La mediana de edad de las mujeres encuestadas fue de 38 (IQ=23) años. La mayoría de ellas eran solteras 49% (n=101) y empleadas 47% (n=97).

El último grado de estudios de la mitad de las participantes fue nivel secundario (n=103). (Tabla 4).

Tabla 4 Análisis descriptivo (mediana y rango intercuartil; n y %) de variables sociodemográficas de mujeres del Departamento de Chilecito agosto-septiembre 2022 (n=206).

<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	
<b>Edad en años Me (IQ)</b>	38 (23)
<b>Ocupación n (%)</b>	
Ama de casa	59 (28)
Empleada	97 (47)
Negocio propio	50 (25)
<b>Ultimo grado de estudios n (%)</b>	
Ninguno	8 (4)
Preescolar	1 (0)
Primaria	47 (23)
Secundaria	103 (50)
Universitaria	39 (19)
Otra	8 (4)
<b>Estado civil n (%)</b>	
Soltera	101 (49)
Casada	91 (44)
Viuda	14 (7)

De los 206 participantes, predominó la existencia de barrera de conocimiento con el 43,2% (n=89) seguido de la probable existencia de barrera (32,5% n=67) (Figura 2).

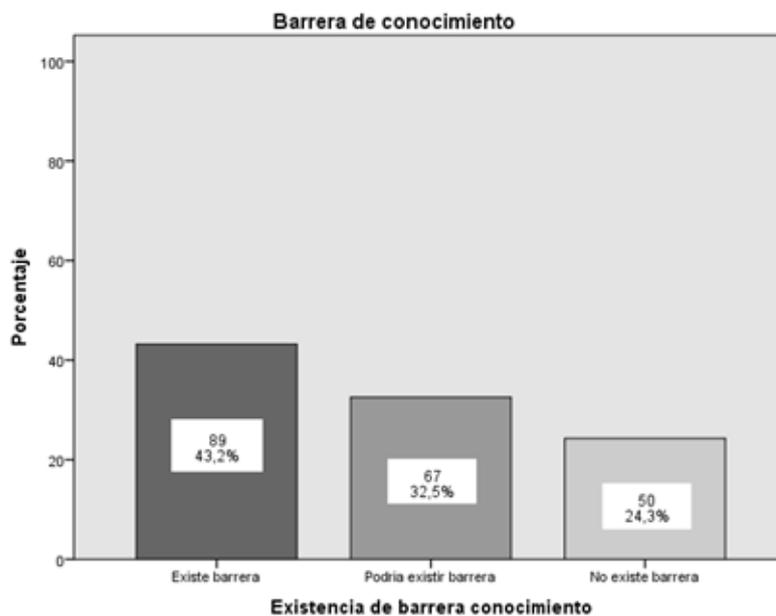


Figura 2 Grafico de barras. Existencia de barrera conocimiento en mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Se observó que no existe barrera cultural en un 53,9% de los casos (n=111) y la existencia de barrera en el 7,3% de los casos (n=15) (Figura 3).

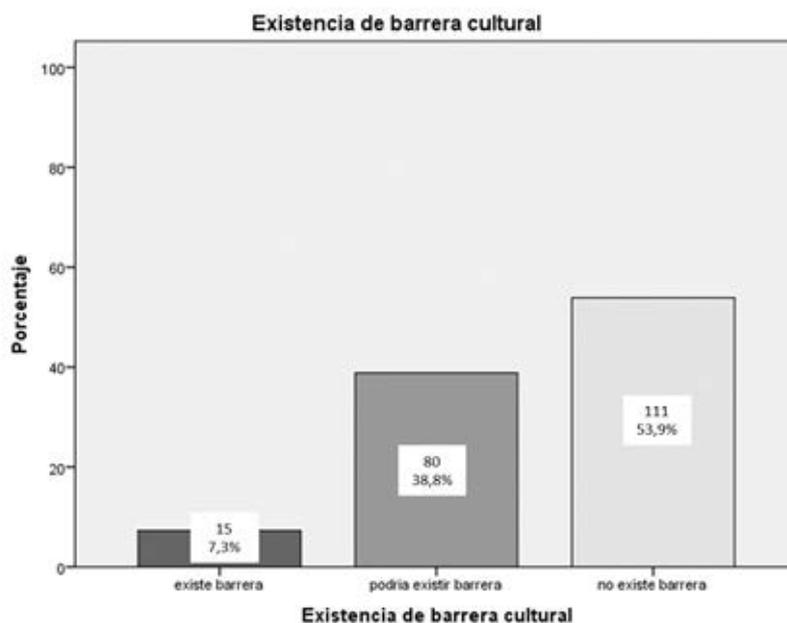


Figura 3 Grafico de barras. Existencia de barrera cultural en mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Figura 4 Grafico de barras. Existencia de barrera de acceso sociodemográfico en mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

La Tabla 5 muestra los factores que conforman la barrera de conocimiento. Se observó que un 69,4% (n=133) (totalmente de acuerdo y de acuerdo) de las mujeres considera que el VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección. Por otro lado, el 41,7% (n=86) de ellas manifestó que el VPH aparece generalmente en genitales y boca (totalmente de acuerdo y de acuerdo).

Casi la mitad de las participantes (44,6% n=92), refirió estar en totalmente en desacuerdo y en desacuerdo con que el cáncer cervicouterino se presenta solo a las mujeres. A su vez, un 47,1% (n=97) de las mujeres encuestadas, afirmó estar totalmente de acuerdo y de acuerdo con que el Papanicolaou sirve para detectar cáncer cervicouterino; un 43,7% (n=90) de ellas, con que utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino; y un 47,6% (n=98) con que se debe realizar el PAP una vez al año.

En relación a los factores que conforman la barrera de cultura, un 63,6% (n=131) de las mujeres refirió

que le da pena que un hombre (enfermero o médico) le haga el Papanicolaou y un 62,7% (n=129) que le causa inquietud que una persona del sexo opuesto le haga el PAP (totalmente de acuerdo y de acuerdo). Por otro lado, se observó que un 73,8% (n=152) estuvo totalmente en desacuerdo y en desacuerdo con hacerse el PAP solo cuando su pareja se lo pide o le da permiso y un 76,2% (n=157), con que su religión le prohíbe realizarse el Papanicolaou (Tabla 6).

Al indagar los factores que conforman la barrera de acceso sociodemográfico, un 52,4% (n=108) de las participantes del estudio, manifestó que por su trabajo le es difícil acudir a que le hagan el Papanicolaou y un 51,9% (n=107), que sus ocupaciones le impiden acudir a que le realicen el PAP (totalmente de acuerdo y de acuerdo). Finalmente, un 43,2% (n=89) evidenció que en donde viven no hay centros de salud cercanos (totalmente de acuerdo y de acuerdo) (Tabla 7).

Tabla 5 Análisis descriptivo (n y %) de factores que conforman la barrera de conocimiento de mujeres del departamento de Chilecito, agosto-septiembre 2022 (n=206).

Barrera conocimiento.	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Indeciso n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
El VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección	102 (54,4)	31 (15)	13 (6,3)	14 (6,8)	36 (17,5)
El VPH aparece generalmente en genitales y boca.	52 (25,2)	34 (16,5)	34 (16,5)	27 (13,1)	59 (28,6)
El VPH significa Virus del Papiloma Humano	71 (34,5)	28 (13,6)	43 (20,9)	15 (7,3)	49 (23,8)
El cáncer cervicouterino le da solo a las mujeres	58 (28,2)	31 (15)	25 (12,1)	40 (19,4)	52 (25,2)
El Papanicolaou y prueba del VPH/papiloma sirve para detectar cáncer cervicouterino	67 (32,5)	30 (14,6)	29 (14,1)	27 (13,1)	53 (25,7)
Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino.	60 (29,1)	30 (14,6)	81 (39,3)	24 (11,7)	11 (5,3)
El hombre es el portador del VPH.	42 (20,4)	22 (10,7)	57 (27,7)	48 (23,3)	37 (18)
Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas.	31 (15)	17 (8,3)	49 (23,8)	59 (28,6)	50 (24,3)
Me debo realizar el Papanicolaou 1 vez al año.	70 (34)	28 (13,6)	23 (11,2)	46 (22,3)	39 (18,9)

Tabla 6 Análisis descriptivo (n y %) de factores que conforman la barrera de cultura de mujeres del departamento de Chilecito, agosto-septiembre 2022 (n=206).

Barrera cultural	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Indeciso n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou.	83 (40,3)	48 (23,3)	9 (4,4)	31 (15)	35 (17)
Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou	85 (41,3)	44 (21,4)	11 (5,3)	29 (14,1)	37 (18)
A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería.	35 (17)	21 (10,2)	30 (14,6)	54 (26,2)	66 (32)
Tengo miedo del resultado del Papanicolaou.	37 (18)	59 (28,6)	12 (5,8)	41 (19,9)	57 (27,7)
Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou	44 (21,4)	67 (32,5)	13 (6,3)	29 (14,1)	53 (25,7)
Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas	17 (8,3)	43 (20,9)	35 (17)	39 (18,9)	72 (35)
Me hago el Papanicolaou solo cuando mi pareja me lo pide o "me da permiso"	11 (5,3)	28 (13,6)	14 (6,8)	61 (29,6)	91 (44,2)
Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso.	47 (22,8)	44 (21,4)	27 (13,1)	54 (26,2)	34 (16,5)
Mi religión me prohíbe realizarme el Papanicolaou porque solo mi pareja puede ver mis partes íntimas	28 (13,6)	6 (2,9)	15 (7,3)	52 (25,2)	105 (51)
El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos.	37 (18)	25 (12,1)	28 (13,6)	59 (28,6)	57 (27,7)
Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda.	85 (41,3)	28 (13,6)	14 (6,8)	42 (20,4)	37 (18)

**Tabla 7** Análisis descriptivo (n y %) de factores que conforman la barrera de acceso sociodemográfico de mujeres del departamento de Chilecito, agosto-septiembre 2022 (n=206).

Barrera de acceso sociodemográfico	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Indeciso n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que me realicen el Papanicolaou	50 (24,3)	46 (22,3)	19 (9,2)	40 (19,4)	51 (24,8)
En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material.	37 (18)	35 (17)	18 (8,7)	48 (23,3)	68 (33)
Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma.	82 (39,8)	26 (12,6)	11 (5,3)	41 (19,9)	46 (22,3)
Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou	80 (38,8)	27 (13,1)	9 (4,4)	43 (20,9)	46 (22,3)
En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos.	75 (36,4)	14 (6,8)	2 (1)	61 (29,6)	53 (25,7)

## 2. Asociación entre barreras de acceso y características sociodemográficas de mujeres del Departamento de Chilecito

Al analizar la relación entre la presencia de barrera de conocimiento y las variables sociodemográficas analizadas, se evidenció que ser ama de casa (Test de Fisher  $p < 0.05$  OR=2,27; IC95% 1,04-5,15) es un factor de riesgo moderado para la presencia de barrera de conocimiento (Tabla 8) (Figura 5). Mientras que, estar soltera ( $\chi^2$  3,969  $p < 0.05$  OR= 0,50; IC95% 0,26-0,98) y no tener estudios universitarios ( $\chi^2$  27,71  $p < 0,001$  OR= 0,16; IC95% 0,08-0,33) son factores protectores (Tablas 9 y 10) (Figuras 6 y 7). No se observó asociación estadísticamente significativa entre la edad y la barrera de conocimiento ( $\chi^2$   $p > 0.05$ ) (Tabla 11).

Con respecto a la barrera de cultura, se observó que tanto ser ama de casa ( $\chi^2$  12,15  $p < 0.05$ , OR= 2,98; IC95% 1,57-5,43) (Tabla 12) como no tener estudios universitarios (Test de Fisher  $p < 0.001$  OR= 4,25; IC95% 2,03-8,68) (Tabla 13) son factores de riesgo elevado para su existencia (Figuras 8 y 9). A su vez, se vio que el estar soltera es un factor protector con beneficio moderado ( $\chi^2$  6,465  $p < 0.05$  OR= 0,48; IC95% 0,28-0,85) (Tabla 14) (Figura 10). Por otro lado, no

se reportó asociación estadística entre la edad y la existencia de la barrera cultural ( $\chi^2$   $p < 0.05$  OR=0,5735 IC95% 0,33-1,004) (Tabla 15).

Finalmente, en cuanto a la barrera de acceso sociodemográfico, se evidenció que existe asociación estadísticamente significativa entre la existencia de la barrera y la ocupación, el último grado de estudios y el estado civil, siendo el ser ama de casa ( $\chi^2$  15,01,1  $p < 0.001$ , OR= 3,41; IC95% 1,7-6,36) y el no tener estudios universitarios ( $\chi^2$  14,83  $p < 0.001$ , OR=4,056 IC95% 1,991-8,777) factores de riesgo elevado (Tablas 16 y 17) (Figuras 11 y 12). Al igual que en la barrera de conocimiento y de cultura, se observó que el ser soltera es un factor protector con beneficio moderado ( $\chi^2$  8,312, 1  $p < 0.05$  OR= 0,44; IC95% 0,25-0,77) (Tabla 18) (Figura 13). No se asocia estadísticamente con la edad ( $\chi^2$   $p > 0.05$ ) (Tabla 19). Las tablas de contingencia se encuentran en ANEXOS (ANEXO 4: Tablas 20-31).

**Tabla 8** Asociación entre barrera de conocimiento y ocupación de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Ocupación	Existencia barrera conocimiento		OR	IC 95%	p valor
	Existe barrera	No existe barrera			
Ama de casa	52	9	2,278	1,043 – 5,154	0,0496
Remunerada	104	41			

p valor <0.05.

**Tabla 9** Asociación entre barrera de conocimiento y estado civil de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Estado civil	Existencia barrera conocimiento		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
Soltera	81	34	3,969	0,5082	0,2684 -0,9898	0,0464
Casada	75	16				

p valor <0.05.

**Tabla 10** Asociación entre barrera de conocimiento y ultimo grado de estudios de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Grado de estudio	Existencia barrera conocimiento		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
No universitaria	134	25	27,71	0,1642	0,08272 -0,3369	<0,0001
Universitaria	22	25				

p valor <0.05.

**Tabla 11** Asociación entre barrera de conocimiento y edad de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Edad	Existencia barrera conocimiento		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
18-41	84	33	2.279,1	0,6010	0,3013 -1,160	0,1311
42-64	42	17				

p valor <0.05.

**Tabla 12** Asociación entre barrera de cultura y ocupación de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Ocupación	Existencia barrera de cultura		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
Ama de casa	40	21	12,15, 1	2,985	1,577 - 5,439	0,0005
Remunerada	55	90				

p valor <0.05.

**Tabla 13** Asociación entre barrera de cultura y ultimo grado de estudios de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Ultimo grado de estudios	Existencia barrera de cultura		OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera			
No universitario	85	74	4,250	2,031-8,685	0,0001
Universitario	10	37			

p valor <0.05.

**Tabla 14** Asociación entre barrera de cultura y estado civil de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Estado civil	Existencia barrera de cultura		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
Soltera	44	71	6,465, 1	0,4861	0,2834 -0,8518	0,0110
Casada	51	40				

p valor <0.05.

**Tabla 15** Asociación entre barrera de cultura y edad de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Edad	Existencia barrera de cultura		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
18-41	47	70	3,852, 1	0,5735	0,3337 - 1,004	0,0497
42-64	48	111				

p valor <0.05.

**Tabla 16** Asociación entre barrera de acceso demográfico y ocupación de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Ocupación	Existencia barrera acceso demografico		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
Ama de casa	42	19	15,01, 1	3,413	1,784 - 6,360	0,0001
Remunerada	57	88				

p valor <0.05.

**Tabla 17** Asociación entre barrera de acceso demográfico y ultimo grado de estudios de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Grado de estudio	Existencia barrera acceso demografico		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
No universitaria	88	71	14,83, 1	4,056	1,991 to 8,777	0,0001
Universitaria	11	36				

p valor <0.05.

**Tabla 18** Asociación entre barrera de acceso demográfico y estado civil de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Estado civil	Existencia barrera acceso demografico		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
Soltera	45	70	8,312, 1	0,4405	0,2551 to 0,7734	0,0039
Casada	54	37				

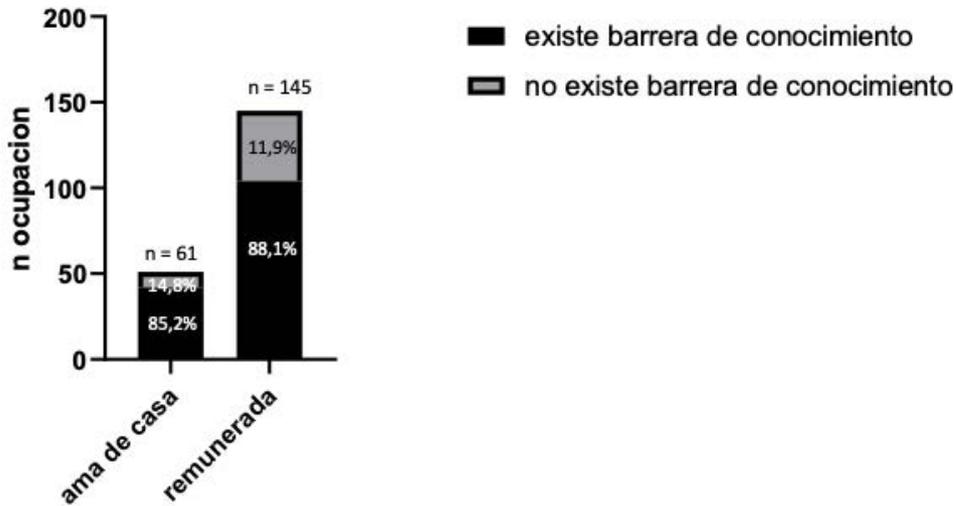
p valor <0.05.

**Tabla 19** Asociación entre barrera de acceso demográfico y edad de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

Edad	Existencia barrera de acceso demografico		Chi Cuadrado	OR	IC	P valor
	Existe barrera	No existe barrera				
18-41	51	66	2,166, 1	0,6600	0,3738 - 1,150	0,1411
42-64	48	41				

p valor <0.05.

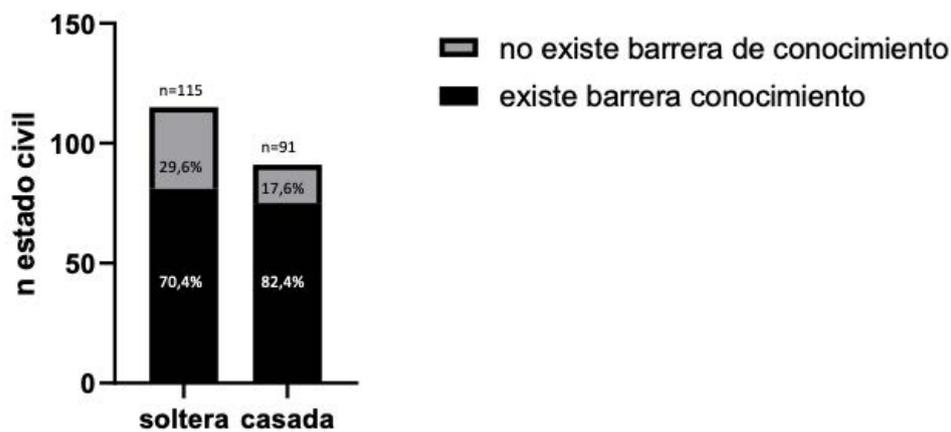
### Asociación entre ocupación y barrera de conocimiento



### Existencia de barrera de conocimiento

**Figura 5** Gráfico de barras apiladas. Asociación entre ocupación y existencia de barrera de conocimiento de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

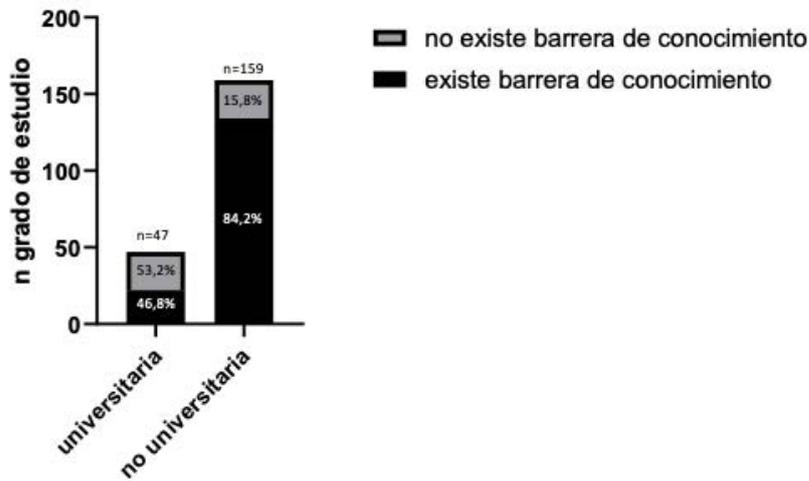
### Asociación entre estado civil y barrera de conocimiento



### Existencia de barrera de conocimiento

**Figura 6** Gráfico de barras apiladas. Asociación entre estado civil y existencia de barrera de conocimiento de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

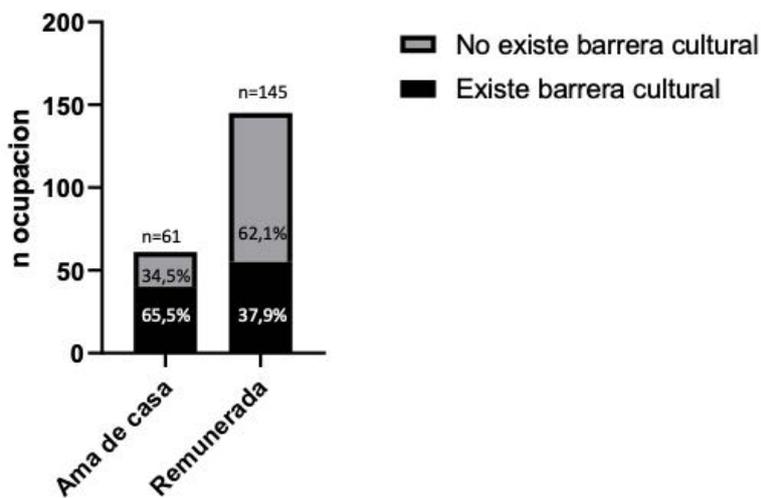
### Asociación entre grado de estudio y barrera de conocimiento



### Existencia de barrera de conocimiento

**Figura 7** Gráfico de barras apiladas. Asociación entre último grado de estudios y existencia de barrera de conocimiento de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

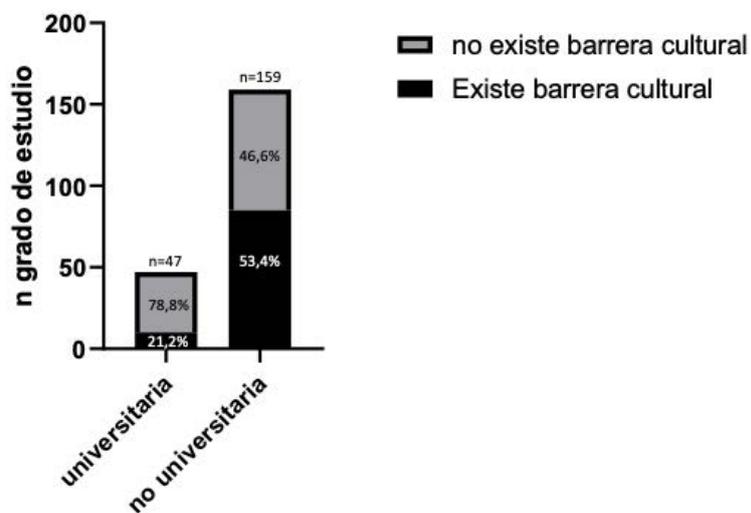
### Asociación entre ocupación y barrera cultural



### Existencia de barrera cultural

**Figura 8** Gráfico de barras apiladas. Asociación entre ocupación y existencia de barrera de cultura de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

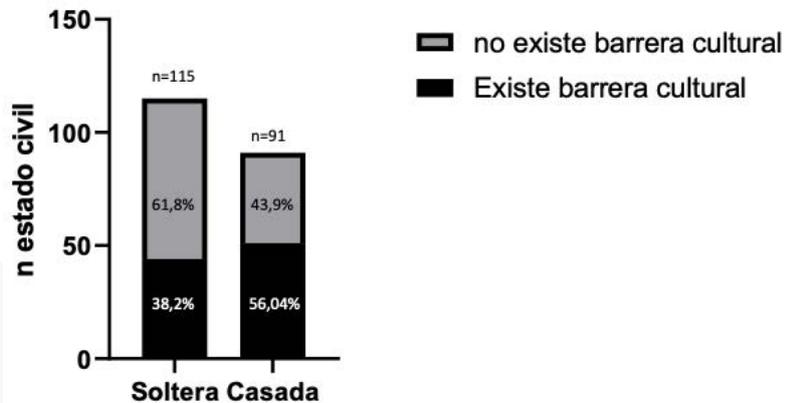
**Asociación entre grado de estudio y barrera cultural**



**Existencia de barrera cultural**

*Figura 9* Grafico de barras apiladas. Asociación entre ultimo grado de estudios y existencia de barrera de cultura de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

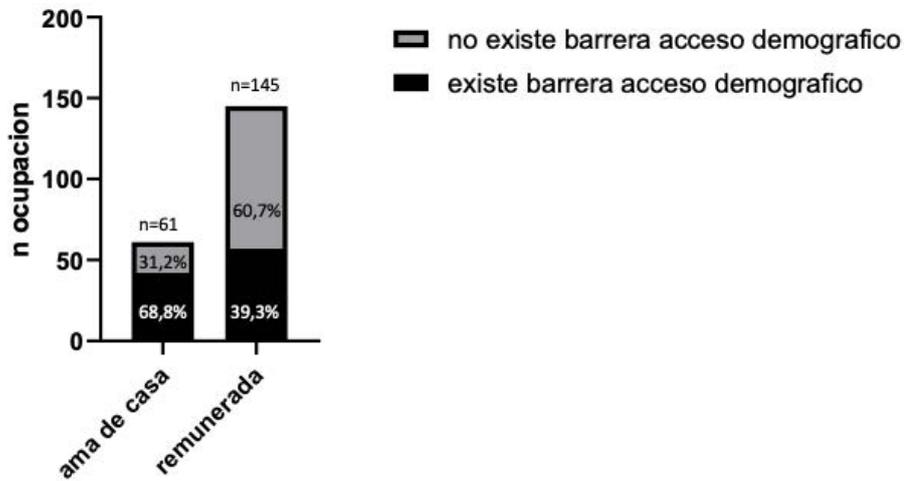
**Asociación entre estado civil y barrera cultural**



**Existencia de barrera cultural**

*Figura 10* Grafico de barras apiladas. Asociación entre estado civil y existencia de barrera de cultura de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

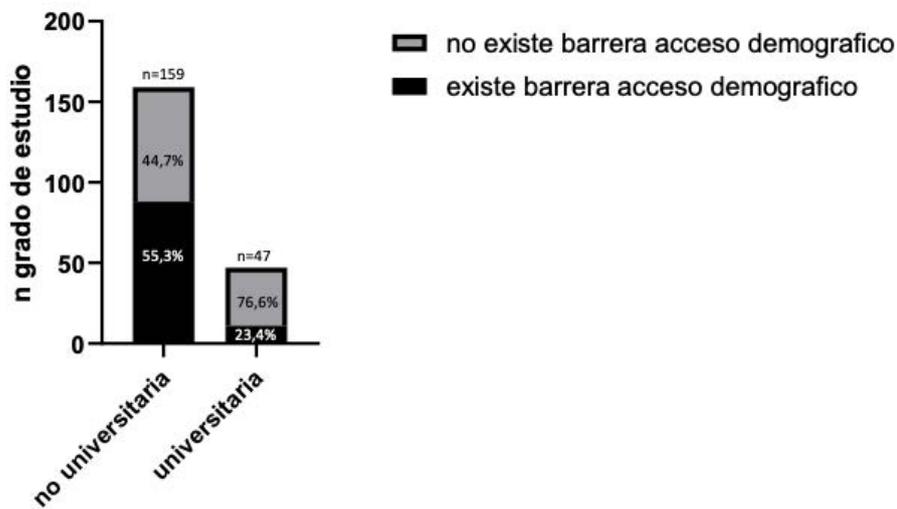
**Asociación entre ocupación y  
barrera de acceso demográfico**



**Existencia de barrera de acceso demográfico**

**Figura 11** Grafico de barras apiladas. Asociación entre ocupación y existencia de barrera de acceso demográfico de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

**Asociación entre grado de estudio y  
barrera de acceso demográfico**



**Existencia de barrera de acceso demográfico**

**Figura 12** Grafico de barras apiladas. Asociación entre ultimo grado de estudios y existencia de barrera de acceso demográfico de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

### Asociación entre estado civil y barrera de acceso demográfico

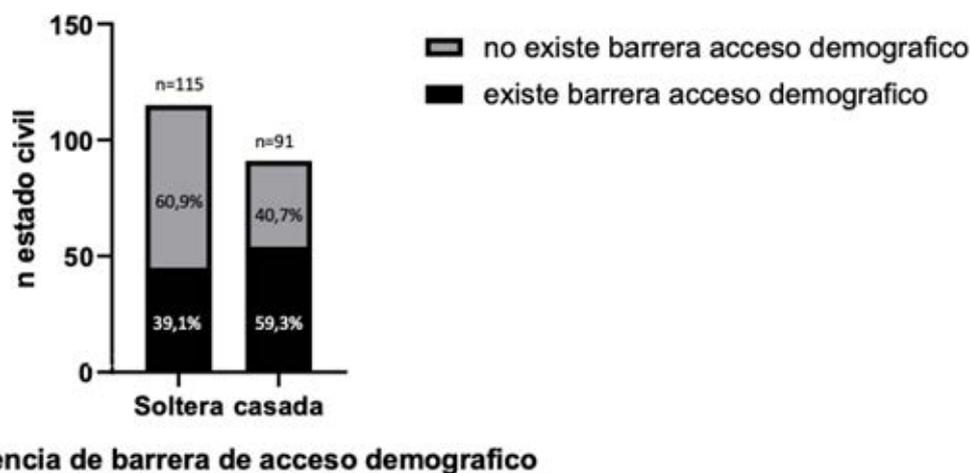


Figura 13 Gráfico de barras apiladas. Asociación entre estado civil y existencia de barrera de acceso demográfico de mujeres del departamento de Chilecito Agosto-Septiembre 2022 (n=206).

#### DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado sobre las barreras de acceso al PAP en un grupo de mujeres del departamento de Chilecito, se encontró que existe la presencia de barrera de conocimiento en casi la mitad de las participantes, a su vez, la presencia de barrera de cultura y de acceso sociodemográfico en menor proporción. Se observó que ser ama de casa es un factor de riesgo para la existencia de barrera de conocimiento, de acceso demográfico y de cultura. Además, se encontró que estar soltera es un factor protector para la presencia de las tres barreras estudiadas. Por otro lado, se encontró que no tener estudios universitarios es un factor de riesgo para la presencia de barrera de acceso demográfico y de cultura. Finalmente, no se observó asociación estadísticamente significativa entre la edad y ninguna de las tres barreras.

Los resultados acerca de la existencia de barrera de conocimiento para la realización del cribado de cáncer de cuello uterino se asimilan a las estadísticas reportadas para una muestra de mujeres del sur de Argentina, en este estudio concluyeron que el conocimiento acerca de la utilidad del PAP influye positivamente en la realización del mismo (32). En cuanto a la barrera de cultura, se vio que existe en un bajo porcentaje, un estudio realizado en Bolivia reportó que las percepciones culturales constituyen barreras para que las mujeres no acudan realizarse el examen de Papanicolaou, percepciones que se van formando y transmitiendo de generación a generación. Estas percepciones van a impedir el cumplimiento de las coberturas del examen de

papanicolau y como resultado no se podrá disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino (33). Por otro lado, se encontró que existe barrera de acceso demográfico en casi un cuarto de las mujeres del Departamento de Chilecito, resultados similares se observaron en un estudio realizado en Perú (34).

Los hallazgos de nuestro estudio mostraron que menos de la mitad de las mujeres encuestadas refirieron conocer la utilidad y con qué regularidad se realiza la prueba del Papanicolaou en relación a la detección precoz del cáncer cervicouterino. No obstante, en estudios realizados en Perú y Uruguay, se obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas sobre estos aspectos de la prueba de screening (27). En estudios transversales (35) (36) se encontraron que existe relación significativa entre la variable nivel de conocimiento y la práctica de Papanicolaou, a su vez que el nivel de conocimiento es un factor significativo, y disminuye el riesgo de abandonar el tamizaje.

Más de la mitad de las participantes manifestó que sus ocupaciones le impiden o dificultan el acudir a la realización del Papanicolaou, asimilándose a los resultados obtenidos en un estudio realizado en Perú, en donde encontraron que las mujeres que tuvieron como ocupación principal ser trabajadora se asocian con al abandono del Tamizaje de Papanicolaou, y la probabilidad de estas pacientes de abandonar el tamizaje es tres veces respecto a la de las desocupadas (37). En contraposición a esto, en una investigación realizada en nuestro país, en diferentes localidades urbanas y semi rurales de Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y la Provincia de Buenos

Aires, se observó que las barreras de acceso tales como distancia, horarios o sistema de turnos no representaron obstáculos a la hora de la realización del Papanicolaou (38). La Organización mundial de la Salud (OMS) considera la ocupación trabajadora como un determinante social de la salud por relacionarse con la accesibilidad a los servicios de salud, sin embargo, hay que tener en consideración que muchas de estas personas tienen una reducida disponibilidad de tiempo y por ello estarían también estarían propensas a abandonar los programas de prevención como el de Papanicolaou (39).

Un poco menos de la mitad de las mujeres señaló que en donde viven no hay centros de salud cercanos. Esto se asemeja a una investigación que determina que casi la mitad de las participantes refieren dificultad en el acceso para la realización de la prueba de cribado, pudiendo deberse a la falta de centros de salud, falta de los especialistas encargados para el análisis citopatológico en las unidades de salud, la demora de la entrega de los resultados de los mismos y los horarios de atención acotados dificultando la asistencia al control ginecológico y toma de la prueba (40).

La mayoría de las encuestadas manifestó estar en desacuerdo con realizarse el PAP únicamente cuando su pareja se lo pide o le da permiso. Esto se condice con lo hallado en una investigación realizada en nuestro país, en donde el discurso generalizado entre las mujeres era que independientemente de que la pareja apoye u obstaculice la realización del PAP, la mujer debe privilegiar el cuidado de su propia salud. Por el contrario, los resultados obtenidos en dos estudios realizados en poblaciones rurales mexicanas, mostraron que la actitud de la pareja masculina con respecto a la realización del examen ginecológico y la prueba de tamizaje era altamente influyente en la conducta de las mujeres. En cuanto a las respuestas relacionadas a que sea un hombre quien realiza el Papanicolaou, difieren de lo descrito en un estudio realizado en Nicaragua (41), en el que la minoría de las mujeres no estaba de acuerdo con que la muestra solo sea tomada por el sexo femenino. Asimismo, otro estudio encontró que un bajo porcentaje de mujeres prefería que la muestra fuera tomada por alguien del mismo sexo (32).

Con respecto a la edad, nuestros resultados no mostraron asociación significativa con ninguna de las tres barreras estudiadas, lo cual contrasta con lo descrito en la literatura. En un estudio realizado en Argentina, se asoció positivamente el conocimiento sobre la utilidad del PAP y la edad de las encuestadas, siendo mayor el porcentaje de respuestas correctas conforme aumentaba la edad de la mujer (32). Esto también se ha demostrado en otros trabajos, en los que la edad es un factor significativo para la asistencia a la prueba de Papanicolaou (42) (43) (44)

(45). En contraposición, se encontró en un estudio realizado en Perú que las mujeres menores de 30 años mostraban dos veces la probabilidad de tener conocimientos altos o intermedios en comparación a las mujeres de 30 años o más (46).

En cuanto a la relación entre el estado civil y la barrera de conocimiento, se observó que estar soltera es un factor protector para la presencia de barrera de conocimiento, cultura y acceso. Respaldando estos resultados, un estudio en México determinó que, entre las situaciones de riesgo para el rechazo de la toma de la prueba, se encuentra un estado civil con predominancia casada y el antecedente de pocas o una única pareja sexual. Esto puede estar relacionado al componente socioeconómico de dependencia sumamente alto de este grupo de mujeres, debido a los fenómenos culturales de la población, que expresa un claro dominio machista. A su vez el no haber tenido múltiples relaciones sexuales con distintas parejas o tener una pareja sexual ya establecida en el tiempo, genera la suposición errónea de que la realización de la prueba es innecesaria (47). En contraposición, en un estudio realizado en Colombia, se encontró una mayor realización de la prueba y cumplimiento del esquema en mujeres con pareja. Asimismo, en una investigación realizada en el Municipio de Río Grande, en el sur de Brasil, se detectó que mujeres sin compañero fijo presentan mayor prevalencia de no realización del PAP (48) (49).

Se ha encontrado asociación entre el último grado de estudio y las tres barreras estudiadas, siendo la falta de estudios universitarios un factor de riesgo para la existencia de barreras de cultura y acceso. Esto coincide con lo observado en un estudio llevado a cabo en Colombia, en el cual se establecieron los predictores más importantes para realizarse el PAP, siendo uno de estos el tener estudios superiores o universitarios (50). Esto podría deberse a que las mujeres con un menor nivel educativo (bajo grado de instrucción), tienen una relación independiente (muchas veces no hay decisión firme de acudir a la toma de muestra del Papanicolaou) con menores índices para detección de cáncer cervicouterino (51). Sin embargo, en la ciudad de Bahía Blanca se realizó un estudio en el cual no se encontró asociación entre la cobertura del PAP y el nivel de escolarización (52). Respecto de la asociación entre las distintas barreras y la ocupación, se encontró que el ser ama de casa configura un factor de riesgo para las 3 barreras estudiadas. En una investigación realizada en Bogotá, Colombia, se observó que el nivel de empleo es una muestra representativa del nivel socioeconómico bajo, que representa la mayor disparidad en el acceso de atención a la salud (53). Esto se puede deber a que la posición socioeconómica más favorecida tienen más a menudo seguro médico y

por lo tanto a mayor participación de las pruebas de cribado, mientras que mujeres con menos ingresos tienden a carecer de seguro médico o una cobertura limitada, siendo una barrera para la realización de medidas de cribado, diagnóstico y tratamiento (54). En estudios similares se ha mencionado la carga de trabajo doméstico entre los principales motivos de falta de asistencia al control ginecológico y realización del cribado (55). Por el contrario, algunos autores afirman que los aspectos socioeconómicos no deben ser considerados como un obstáculo para la realización de la citología vaginal. Finalmente, en cuanto a la práctica religiosa, el presente estudio detectó al contrario de otras investigaciones, que no interfiere en la realización del examen preventivo de cáncer de cuello de útero (56).

Nuestros resultados son novedosos ya que, hasta el momento, no hay estudios acerca de las barreras para el acceso al PAP en la provincia de La Rioja. Más importante aún, estos resultados tienen claras implicancias tanto para la salud de las mujeres como para la eficiencia de los sistemas de salud respecto de la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino.

Las limitaciones a tener en cuenta al interpretar los resultados actuales incluyen que estos se basaron en información autoinformada. En segundo lugar, sin bien en el estudio fueron incluidos diversos distritos dentro de Chilecito, la mayor parte de la muestra fue recolectada en la Ciudad de Chilecito, por lo tanto, debido al potencial de sesgo de selección introducido, los resultados no se pueden extrapolar a la población general. Además, el tamaño de la muestra puede haber sido demasiado pequeño para proporcionar un poder estadístico adecuado. Por último, al ser un estudio de corte transversal, no podemos determinar la relación temporal de los determinantes sociales y la no toma de citología cérvico vaginal.

#### CONCLUSIÓN

Se evidenció que existe la presencia de barrera de conocimiento, de cultura y de acceso sociodemográfico en mujeres del Departamento de Chilecito para la realización del cribado de cáncer de cuello uterino. Se halló asociación estadística entre ocupación, estado civil y último grado de estudios y la presencia de las tres barreras estudiadas, se vio que ser ama de casa es un factor de riesgo para la presencia de todas las barreras, el no tener estudios universitarios es un factor de riesgo para la existencia de barrera de cultura y de acceso demográfico. Por otro lado, se evidenció que el estar soltera es un factor protector para las barreras de conocimiento, cultura y acceso demográfico. En contraposición, la edad no se asoció a estas últimas.

A la luz de los hallazgos de este estudio, proponemos en primer lugar que haya en todos los centros primarios de salud personal capacitado para la realización del PAP, así como optimizar el tiempo, dando turnos específicos para la realización del tamizaje. Por otra parte, se propone continuar con campañas de difusión masiva e información constante dentro y fuera de las consultas de salud, ya que se vio que el desconocimiento actúa como la principal barrera a la hora de la realización del PAP. Además, nos parece importante que este trabajo llame a la reflexión y a una posterior acción, para poder derribar barreras y así disminuir la mortalidad por cáncer de cuello de útero.

## Bibliografía

1. (IARC) IARC. Global Cancer Observatory. [Online].; 2018 [cited 2022 08. Available from: <https://gco.iarc.fr/>.
2. Laudi R, Arrossi S. Ministerio de Salud. [Online].; 2014 [cited 2022 08. Available from: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000433cnt-guia\\_programatica\\_abreviada\\_baja.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000433cnt-guia_programatica_abreviada_baja.pdf).
3. Levine R, Glassman A, Schneidman M. La salud de la mujer en America Latina y el Caribe Washington: ínter-American Development Bank ; 2001.
4. Organization WH. Cervix cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. 2005; 10.
5. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin D. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. Salud Publica de Mexico. 2003; 45(3): p. 306-314.
6. Arrossi S, Paolino M. Diagnóstico de Situación del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, y Programas Provinciales. Buenos Aires: OPS; 2008. Report No.: 64.
7. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. [Online].; 2009 [cited 2022. Available from: [http://www.msal.gov.ar/ent/PDF/ENFR\\_2009\\_presentacion%20ppt.pdf](http://www.msal.gov.ar/ent/PDF/ENFR_2009_presentacion%20ppt.pdf).
8. Paolino M, Arrossi S. Women's Knowledge About Cervical Cancer, PAP Smear and Human Papillomavirus and Its Relation to Screening in Argentina. Women & Health. 2011; 51(1): p. 72-87.
9. Taylor V, Jackson J, Yasui Y, Kuniyuki A, Acorda E, Marchand A, et al. Evaluation of outreach intervention to promote cervical cancer screening among Cambodian American women. Cancer Detection Preventive. 2002; 26: p. 320-327.
10. Cancer ryemdlSAce. American Cancer Society. [Online].; 2020 [cited 2022 08. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>.
11. Instituto Nacional del Cáncer. Medline Plus. [Online].; 2022 [cited 2022. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html>.
12. Bosch F, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. Journal of clinical pathology. 2002; 55(4): p. 244-265.
13. Castellsagué X, Díaz M, De Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, et al. Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. Journal of the National Cancer Institute. 2006; 98(5): p. 303-315.
14. Moscicki A, Schiffman M, Kjaer S, Villa L. Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. Vaccine. 2006; 24: p. S42-S51.
15. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. ; 2006.
16. American Cancer Society. La prueba de Papanicolaou. [Online].; 2020 [cited 2022. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/prueba-de-papanicolaou.html>.
17. Ministerio de Salud. Argentina.gob.ar Cáncer de cuello de útero (CCU). [Online].; 2022 [cited 2022. Available from: [https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-cuello-de-uterio-ccu#:~:text=El%20Papanicolaou%20\(PAP\)%20es%20un,puede%20espaciar%20a%203%20a%C3%B1os](https://www.argentina.gob.ar/salud/cancer/tipos/cancer-de-cuello-de-uterio-ccu#:~:text=El%20Papanicolaou%20(PAP)%20es%20un,puede%20espaciar%20a%203%20a%C3%B1os).
18. Castaño L, Stella L. Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia. 2009; p. 69-79.
19. Aranguren L, Burbano H, González J, Mojica A, Plazas D, Prieto M. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. Investg. Enferm. Imagen Desarrollo. 2017; 19(2).
20. Gajardo M, Urrutia M. Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017; 82(6): p. 706-712.
21. Jiménez K, Rodríguez C. Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 18-64 años Zumbi, Enero-Julio 2016 Ecuador; 2017.
22. Huamaní C, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2008; 25(1): p. 44-50.
23. Urrutia MT. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(1): p. 3-10.
24. Urrutia M, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(2): p. 101-110.
25. Urrutia M, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015; 80(2): p. 101-110.
26. Rodríguez Álvarez H. Barreras de acceso de los servicios de salud para la realización del papanicolaou en mujeres de 25 a 59 años adscritas a las unidades de medicina familiar de la Delegación Aguascalientes del IMSS. 2011.
27. Rodríguez G, Caviglia C, Alonso R, Sica A, Segredo S, León I, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. Revista Médica del Uruguay. 2015; 31(4): p. 231-240.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programming for adolescent health and development. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 1999. Report No.: 886.
29. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioethica. 2000; 6(2): p. 321-334.
30. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications: SAGE publications ; 2011.
31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza, Brasil; 2013. Report No.: 64ª Asamblea General.
32. Badr P, Buedo P. Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. ARCHIVOS DE MEDICINA FAMILIAR Y GENER. 2012.
33. MOLINA TANTALEAN J. PERCEPCIONES CULTURALES DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU, EN EL HOSPITAL "VIRGEN DE REMEDIOS". Tesis doctoral. ; 2014.
34. Heredia Uyacu A. BARRERAS PARA LA REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE DE PAPANICOLAOU EN USUARIAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 6 DE OCTUBRE, DICIEMBRE 2020. Tesis. Peru.; 2020.
35. Hernández D, Linaldi F, Apresa T. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. revista medica instituto Mexico. 2007.
36. Ayala M, Trigos S, Isuiza M. Factores asociados a la práctica de la prueba de papanicolaou en mujeres del AA.HH.. [Online].; 2015 [cited 2022. Available from: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3951>.
37. Coronado Vidarte L, Guevara Barrera H. Factores asociados al abandono del tamizaje en mujeres con Papanicolaou anormal atendidas en ESSALUD de la región Lambayeque durante el periodo Julio del 2016-Julio del 2017. Tesis. Peru.; 2017.
38. Nacion MdSPdl. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino. 2013 Diciembre.
39. World Health Organization. Social determinants of health in the Americas. [Online].; 2017 [cited 2022. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=45>.
40. Herrera Conza EM. Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Revista de Investigación en Salud. 2020; p. 264-274.

41. HERNANDEZ. DMT. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN USUARIAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOOBSTETRICIA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. 2016 Febrero.
42. Abdullah F ANST. Factors related to poor practice of Pap smear screening among secondary school teachers in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011.
43. Liao CC WHLRHCSF. Addressing Taiwan's high incidence of cervical cancer: factors associated with the Nation's low compliance with Papanicolaou screening in Taiwan.. *Public Health*. 2006.
44. Erbil N TYGEYMAN. Factors affecting cervical screening among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010.
45. Kivistik A LKBPAAVP. Women's knowledge about cervical cancer risk factors, screening, and reasons for non-participation in cervical cancer screening programme in Estonia. *BMC Womens Health*. 2011.
46. Bazán Fernando PMGCA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Fac. med. [Internet]*. 2007.
47. Salinas Chambi Z. Factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de Papanicolaou en usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho de junio a julio, 2017. Tesis. MEXICO; 2017.
48. Castillo IY AKBDGHMA. FACTORES ASOCIADOS AL USO ADECUADO DE LA CITOLOGÍA CÉRVICOUTERINA POR MUJERES DE CARTAGENA. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2013.
49. Lucena LTd, Zân DG, Crispim PdTB. Factores que influyen en la realización del examen preventivo de cáncer cervicouterino en Porto Velho. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2011.
50. César Gutiérrez FR,JR,EAYPWA. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2010.
51. Hoffman B, Shorge J, Schaffer. Cáncer Cervicouterino. *Ginecología Mexico*. 2014; 2: p. 769 – 772.
52. Badr P,BP,CC,GG,FP,GP,&SM. Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. *Archivos de medicina familiar y general*. 2012.
53. Azor S MSWKFLZLTBJeá. Psychosocial barriers to follow-up adherence after an abnormal cervical cytology test result among low-income, inner-city women.. *J Prim Care Community Health*. 2014.
54. Barrionuevo-Rosas L, Palència L, Borrell C. ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú? *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2013; 34(6): p. 393-400.
55. Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrossi S. Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2013; 34(6): p. 437-445.
56. Farfan L BEJMVEAS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Rev. Enferm. IMSS*.. 2004.
57. Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón-Martínez D, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Características socio-demográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2016; 31(5): p. 300-308.

## Anexos

### Anexo 1: tabla de operacionalización completa de variables

Tabla 3: operacionalización completa de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categorías	Clasificación
BARRERAS DE ACCESO	Las barreras de acceso son factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan el acceso a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud.	Barrera conocimiento	El VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección	Totalmente de acuerdo: 5 Acuerdo: 4 Indeciso: 3 Desacuerdo: 2 Totalmente desacuerdo: 1	Variable cualitativa, compleja, ordinal, policotómica
			El VPH aparece generalmente en genitales y boca.		
			El VPH significa Virus del Papiloma Humano		
			El cáncer cervicouterino le da solo a las mujeres		
			El Papanicolaou y prueba del VPH/papiloma sirve para detectar cáncer cervicouterino		
			Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino.		

			El hombre es el portador del VPH.				
			Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas.				
			Me debo realizar el Papanicolaou 1 vez al año.				
			Existencia barrera conocimiento según según total			Existe Barrera: 0-27 puntos.	
						Puede Existir Barrera: 28-36 puntos	
						No existe Barrera: >37 puntos.	
			Barrera cultural			Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou.	Totalmente de acuerdo: 5 Acuerdo: 4 Indeciso: 3 Desacuerdo: 2 Totalmente desacuerdo: 1
						Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou	
						A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería.	
						Tengo miedo del resultado del Papanicolaou.	

			Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou		
			Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas		
			Me hago el Papanicolaou solo cuando mi pareja me lo pide o "me da permiso"		
			Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso.		
			Mi religión me prohíbe realizarme el Papanicolaou porque solo mi pareja puede ver mis partes íntimas		
			El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos.		
			Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda.		
			Existencia barrera cultural según total	Existe Barrera: >45 puntos	
				Puede Existir Barrera: 34-44 puntos.	
				No existe Barrera: 0-33 puntos.	
		Barrera de acceso demográfico	Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que	Totalmente de acuerdo: 5	

			me realicen el Papanicolaou.	Acuerdo: 4	
			En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material.	Indeciso: 3	
			Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma.	Desacuerdo: 2	
			Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou.	Totalmente desacuerdo: 1	
			En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos.		
			Existencia de barrera de acceso demográfico según total	Existe Barrera: más de 21 puntos.	
				Puede Existir Barrera: 16-20 puntos.	
				No existe Barrera: 15 puntos o menos.	
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Conjunto de características biológicas y socio-económico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio (57)	Características sociales	Edad en años		Variable cuantitativa, simple, discreta, de razón
			Ocupacion	Ama de casa	Variable cualitativa, simple, policotómica, nominal.
				Empleada	
				Negocio propio	

			me realicen el Papanicolaou.	Acuerdo: 4	
			En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material.	Indeciso: 3	
			Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma.	Desacuerdo: 2	
			Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou.	Totamente desacuerdo: 1	
			En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos.		
			Existencia de barrera de acceso demográfico según total	Existe Barrera: más de 21 puntos. Puede Existir Barrera: 16-20 puntos. No existe Barrera: 15 puntos o menos.	
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Conjunto de características biológicas y socio-económico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio (57)	Características sociales	Edad en años		Variable cuantitativa, simple, discreta, de razón
			Ocupacion	Ama de casa	Variable cualitativa, simple, policotómica, nominal.
				Empleada	
Negocio propio					

			Ultimo grado de estudios	ninguno	Variable cualitativa, simple, policotómica, ordinal.
				preescolar	
				Primaria	
				secundaria	
				universitaria	
				Otro	
			Estado civil	Soltera	Variable cualitativa, simple, policotómica, nominal.
				Casada	
				Viuda	

## Anexo 2: Cuestionario BACACE

### BARRERAS CÁNCER CERVICOUTERINO (BACACE)

Estimado participante: Este instrumento tiene el objetivo de recabar datos relacionados a la toma del Papanicolaou y la prueba del VPH (papiloma), lo que entienda del Cáncer cervicouterino y si ha tenido algún problema para realizarse el Papanicolaou. **Su participación es voluntaria y anónima.**

**Edad** (años cumplidos): \_\_\_\_ **Ocupación:** Ama de casa ( ) Empleada( ) Negocio propio( )

**Ultimo grado de estudios:** Ninguna( ) Preescolar ( ) Primaria( ) Secundaria( ) Universitaria ( ) Otra( )

**Estado Civil:** Soltera( ) Casada( ) Viuda( )

Indicaciones: Responda cada frase marcando con una equis “x” en la casilla (solo una) que usted considere adecuada

FRASE	TOTAL MENTE	ACU ERD O	INDE CISO	DESAC UERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
El VPH se transmite por relaciones sexuales sin protección					
El VPH aparece generalmente en genitales y boca.					
El VPH significa Virus del Papiloma Humano.					
El cáncer cervicouterino le da solo a las mujeres					
El Papanicolaou y prueba del VPH/papiloma sirve para detectar cáncer cervicouterino.					
Utilizar pastillas anticonceptivas por más de 5 años hace más propensa a la mujer de tener cáncer cervicouterino					
El hombre es el portador del VPH.					
Las mujeres que tienen infección por VPH no presentan síntomas.					
Me debo realizar el Papanicolaou 1 vez al año.					
Me da pena que un hombre (enfermero o médico) me haga el Papanicolaou.					
Me causa inquietud que una persona del sexo opuesto me haga el Papanicolaou					
A mi novio/esposo/pareja le molesta que me vean mis partes íntimas en una revisión médica o de enfermería.					
. Tengo miedo del resultado del Papanicolaou					
Me preocupa que salga algo raro en mi Papanicolaou					
Mi novio/esposo/pareja se podría molestar si alguien me ve mis partes íntimas.					

Me hago el Papanicolaou solo cuando mi pareja me lo pide o "me da permiso".					
Creo que hacerse el Papanicolaou o prueba del papiloma es doloroso.					
Mi religión me prohíbe realizarme el Papanicolaou porque solo mi pareja puede ver mis partes íntimas					
El Papanicolaou y prueba de VPH/papiloma solo se hace a las mujeres que ya tuvieron hijos.					
Me debo hacer el Papanicolaou o prueba del papiloma humano solo si mi médico o la enfermera me lo recomienda.					
Los horarios del centro de salud coinciden con mis horarios libres para poder acudir a que me realicen el Papanicolaou.					
En el centro de salud se han negado a hacerme el Papanicolaou porque dicen que no hay personal o material.					
Por mi trabajo me es difícil acudir a que me hagan el Papanicolaou o la prueba del VPH/papiloma.					
Mis ocupaciones me impiden acudir a que me realicen el Papanicolaou.					
En donde yo vivo no hay centros de salud cercanos.					

<b>Barrera conocimiento. Ítem 1-9</b>	<b>Barrera Cultural. Ítem 10-20</b>	<b>Barrera de acceso demográfico. Ítem 21-25</b>
<p>Existe Barrera: 0-27 puntos. Puede Existir Barrera: 28-36 puntos. No existe Barrera: &gt;37 puntos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo: 5</li> <li>• Acuerdo: 4</li> <li>• Indeciso: 3</li> <li>• Desacuerdo: 2</li> <li>• Totalmente desacuerdo: 1</li> </ul>	<p>Existe Barrera: &gt;45 puntos Puede Existir Barrera: 34-44 puntos. No existe Barrera: 0-33 puntos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo: 5</li> <li>• Acuerdo: 4</li> <li>• Indeciso: 3</li> <li>• Desacuerdo: 2</li> <li>• Totalmente desacuerdo: 1</li> </ul>	<p>Existe Barrera: más de 21 puntos. Puede Existir Barrera: 16-20 puntos. No existe Barrera: 15 puntos o menos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo: 5</li> <li>• Acuerdo: 4</li> <li>• Indeciso: 3</li> <li>• Desacuerdo: 2</li> <li>• Totalmente desacuerdo: 1</li> </ul>

Tabla 3. Puntajes y secciones del BACACE.

### **Anexo 3: ASPECTOS ÉTICOS**

#### **Consentimiento informado**

#### **DETERMINACION DE BARRERAS DE ACCESO PARA LA PRUEBA DE CRIBADO DE CANCER CERVICOUTERINO EN UN GRUPO DE MUJERES DE LA CIUDAD DE CHILECITO DE AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2022: ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL**

Esta investigación es realizada por alumnas de último año de la carrera de medicina de la Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina. El propósito de la misma es identificar las barreras de acceso para la prueba de Papanicolaou en mujeres de la ciudad Chilecito durante el mes de agosto del 2022.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar sus datos de forma anónima, el cuestionario está dividido en dos partes: la primera parte recabará sus datos personales y la segunda parte está centrada en los objetivos de la presente investigación. El participar en este estudio le tomará un tiempo aproximado de 10 minutos.

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, mas puede causar incomodidad por indagar en la vida personal, por ende, para dar seguridad a las participantes no se consignarán los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica.

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Si ha leído este documento, es necesario que entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese al correo electrónico: [flor.lofeudo@gmail.com](mailto:flor.lofeudo@gmail.com)

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma

Fecha

## Anexo 4: Tablas de contingencia $\chi^2$

**Tabla 20** Tabla de contingencia ultimo grado de estudios y existencia de barrera conocimiento de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206)

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Grado de estudio			
No universitaria	134	25	159
Universitaria	22	25	47
Total	156	50	206

**Tabla 21** Tabla de contingencia ultimo grado de estudios y existencia de barrera cultural de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Ultimo grado de estudios			
No universitario	85	74	159
Universitario	10	37	47
Total	95	111	206

**Tabla 22** Tabla de contingencia ultimo grado de estudios y existencia de barrera de acceso sociodemografico de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Grado de estudio			
No universitaria	88	71	159
Universitaria	11	36	47
Total	99	107	206

**Tabla 23** Tabla de contingencia estado civil y existencia de barrera de conocimiento de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Estado civil			
Soltera	81	34	115
Casada	75	16	91
Total	156	50	206

**Tabla 24** Tabla de contingencia estado civil y existencia de barrera cultural de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Estado civil			
Soltera	44	71	115
Casada	51	40	91
Total	95	111	206

**Tabla 25** Tabla de contingencia estado civil y existencia de barrera de acceso demográfico de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Estado civil			
Soltera	45	70	115
Casada	54	37	91
Total	99	107	206

**Tabla 26** Tabla de contingencia ocupación y existencia de barrera de acceso demográfico de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Ocupacion			
Ama de casa	42	19	61
Remunerada	57	88	145
Total	99	107	206

**Tabla 27** Tabla de contingencia ocupación y existencia de barrera de conocimiento de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Ocupacion			
Ama de casa	52	9	61
Remunerada	104	41	145
Total	156	50	206

**Tabla 28** Tabla de contingencia ocupación y existencia de barrera cultural de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Ocupación			
Ama de casa	40	21	61
Remunerada	55	90	145
Total	95	111	206

**Tabla 29** Tabla de contingencia edad en y existencia de barrera de conocimiento de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Edad			
18-41	84	33	117
42-64	72	17	89
Total	156	50	206

**Tabla 30** Tabla de contingencia edad en y existencia de barrera cultural de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Edad			
18-41	47	70	117
42-64	48	41	89
Total	95	111	206

**Tabla 31** Tabla de contingencia edad en y existencia de barrera de acceso demográfico de mujeres del Departamento de Chilecito (n=206).

	Existe barrera	No existe barrera	Total
Edad			
18-41	51	66	117
42-64	48	41	89
Total	99	107	206

# FERNÁNDEZ

## SANTIAGO DEL ESTERO

### Adherencia a la vacunación contra el SARS CoV-2 en adolescencia tardía en la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero en el año 2022: Estudio descriptivo, observacional.

#### Autores:

- Berniger Lacoste, Denise Jeanette
- Gomez Fuentealba, Sofía
- Metz Possak, Sofía
- Petracchi, Pedro Esteban

#### Tutores:

- Dra. Dora Griggio - Hospital "Rudecindo del Valle Cazzaniga" -Fernandez
- Dr. Walter Galván - Hospital "Rudecindo del Valle Cazzaniga" -Fernandez
- Dra. Gabriela Alzogaray - Ministerio de Salud – SGE

#### Resumen

Introducción: En el contexto de la vacunación para evitar la enfermedad grave de SARS por COVID-19, Argentina implementa un plan estratégico de vacunación. Dado que los adolescentes son la población que puede decidir por sí misma sobre su adherencia a la vacunación y viendo la gran adherencia por parte de otras poblaciones, la magnitud de la adherencia es esperable pero no deducible. Se busca conocer su tasa de vacunación y los factores que intervinieron en su decisión.

Metodología: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal para el cual se tomará un muestreo probabilístico aleatorio simple, con un  $n=345$  ( $p \leq 0,05$ ). Se realizará mediante una encuesta de Formularios de Google

Resultados: Participaron 222 individuos de los cuales el 59.4% pertenecieron al sexo femenino, y el 40.5% al masculino. La mediana de la edad fue de 17 años, la media 17,06 con un desvío estándar de +- 0,77. De los encuestados 98% recibieron dos o

más dosis de la vacunación frente al SARS-CoV-2. La mayoría (62%) considera que la vacunación frente al SARS-CoV-2 debe ser obligatoria. Dentro de los medios de comunicación, al 39% de los encuestados les fue muy significativa la información brindada por el personal de salud a la hora de tomar la decisión para vacunarse. La mayoría de los participantes (47%) accedería a vacunarse aunque ello implicase pagar. El motivo más frecuente para vacunarse según los encuestados fue que consideran que la vacuna es eficaz en protegerlos. La preocupación más frecuente de los encuestados a la hora de vacunarse es la posibilidad de que esta genere efectos adversos inmediatos. Finalmente el 59% de los encuestados considera que aún vacunados deben continuar respetando protocolos sanitarios para cuidado personal tales como lavado de manos, uso de barbijo, alcohol en gel y distanciamiento social.

Conclusión: En este estudio, se mostraron los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas

con respecto a la campaña de vacunación estudiada. Cabe destacar, la influencia del personal de salud, quienes transmitieron a la población la importancia sobre la inmunización mediante las vacunas, dando como resultado un 98% de la población vacunada con dos o más dosis. Se observó que la información brindada gracias a estos, generó mucha significancia a la hora de decidir vacunarse contra el SARS CoV-2. Palabras claves: SARS CoV-2 - adolescencia tardía - vacunación - adherencia

Introducción:

La pandemia por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19), se declaró por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, por ser su brote una emergencia de salud pública de importancia internacional. (1)

En Argentina se amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por el plazo de un año en virtud de la pandemia declarada y su llegada a nuestro país, registrándose el primer caso confirmado el 3 de marzo de 2020. Dado que en ese momento no se contaba con un tratamiento antiviral efectivo, ni con vacunas para su prevención, se implementó desde el 20 de marzo la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, siendo obligatoria la permanencia en la residencia habitual o en el lugar en que se encontraba la persona y solo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimento. (2)

La pandemia y el aislamiento llevaron al miedo al contagio, miedo a la muerte, consecuencias de las limitaciones de un aislamiento prolongado, en particular para las poblaciones psicológica y / o socioeconómicamente vulnerables, pérdida de la rutina habitual, pérdida de los contactos sociales físicos, duelo obstaculizado, preocupación por los familiares hospitalizados para quienes están prohibidas todas las visitas, incertidumbre ante la falta de información clara, entre otros efectos que dada la magnitud y la extensión tienen un impacto psicológico. (3)

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto psicológico en las personas (4) y tal como describe la OMS, "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (5)

Se sabe que en los niños y adolescentes es probable que experimenten mayores tasas de depresión y ansiedad durante y después de que finalice el aislamiento. Esto aumentó a medida que se extendió el aislamiento dado que la duración de la soledad se correlacionó más fuertemente con los síntomas de salud mental que la intensidad de la misma. (6)

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó

la primera vacuna contra el SARS CoV-2 el 11 de Diciembre de 2020 para su uso en personas mayores de 16 años (7).

En el marco del encuentro del Consejo Federal de Salud (COFESA) los ministros de Salud de Argentina lanzaron oficialmente la vacunación de los adolescentes de 12 a 17 años con condiciones priorizadas que comenzó el 28 de Julio de 2021 (8).

La situación epidemiológica tuvo una tendencia a la baja de las internaciones en terapia intensiva como consecuencia de la vacunación de la población. Al 20 de septiembre de 2021 hubo una reducción del 80 por ciento en la cantidad de internaciones en cuidados intensivos en comparación con el pico de la semana 23 (7.839 contra 1496). Se trataba del registro más bajo desde agosto del 2020. En correlación con esto el Hospital Nacional Posadas informó el 22 septiembre 2021 que por primera vez en más de 18 meses no tiene ocupación de casos de COVID-19 en la Unidad de Terapia Intensiva (9).

El Ministerio de Salud de la Nación, por recomendación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaiN) el 26 de enero de 2022, definió incorporar a la estrategia de vacunación contra SARS CoV-2 la dosis de refuerzo a los adolescentes de 12 a 17 años (10).

Según datos oficiales del Ministerio de Salud, al 14/08/2022 hay 108.403.337 dosis aplicadas en el país y 37.737.727 personas con esquema completo. De estas, aplicaciones 6.474.784 fueron en la población de 12 a 17 años sin factores de riesgo y 1.533.770 fueron en personas de 12 a 17 años con factores de riesgo. Particularmente en Santiago del Estero se han aplicado 2.511.685 dosis (11).

La estrategia de vacunación de la Argentina apunta a vacunar a toda la población posible y mantener la inmunidad mediante el esquema de dosis y refuerzos. Pero existe una divergencia de opiniones sobre la posibilidad de hacer obligatoria o no la vacunación.

En cuanto a materia legal la vacuna contra el COVID-19 es una vacuna aún en fase experimental por lo que cada sujeto tiene derecho a decidir si participar o no en dicho procedimiento. Según El Tratado de Nüremberg, la Ley Nacional 26.529 sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, en sus artículos 42 y 43, la Constitución y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO toda intervención médica requiere del consentimiento de la persona que va a recibirla. Y el consentimiento tiene que ser dado en base a información verídica y constatable (12).

Si bien en los adultos no hay una obligatoriedad oficial, para muchas actividades como la laboral, recreativa, etc se les exigía el certificado de vacunación completa. Y en los menores de 13 años

esto queda a decisión de sus tutores. La población adolescente es la cual tiene potestad sobre su decisión de adherir a la vacuna o negarse, sin la presión de una obligatoriedad de esta para asistir a sus establecimientos educativos.

Dada la nula coacción sobre la decisión de vacunarse de los adolescentes, son la población de Argentina que más puramente pueden tomar la decisión en base a sus conocimientos, creencias y cogniciones, sin siquiera depender de la decisión de sus padres. Sin embargo, en Argentina, dadas sus características antes expuestas, se carece de información sobre las motivaciones y decisiones de los adolescentes por lo que es necesario su estudio individualizado.

**Problema:**

Frente a la falta de conocimiento de los factores que determinan la decisión sobre la vacunación contra SARS CoV-2 y su resultado en adolescentes en Argentina, dada su novedad. Este estudio contribuiría a demostrar la adherencia a la vacunación contra SARS CoV-2 en población adolescente en Fernández, Santiago del Estero en el año 2022

Al evaluar los factores determinantes de los conocimientos, creencias y cogniciones en el impacto de la decisión de la vacunación contra SARS CoV-2 en los adolescentes de la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero en 2022, ¿Cuál es la adherencia de vacunación contra SARS CoV-2 en relación a los factores determinantes de su decisión?

**Objetivos:**

**Objetivo general:**

- Determinar la adherencia sobre la campaña de vacunación contra el SARS CoV-2 en población adolescente entre los 15 y 19 años de edad, en la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero en agosto del año 2022.

**Objetivos específicos:**

- Reportar la frecuencia de adolescentes entre 15-19 años vacunados en la población objetivo en la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero, en agosto del año 2022.

- Conocer la participación en los medios de comunicación en la toma de decisión respecto de la vacunación contra el SARS CoV-2, en la población en estudio.

- Describir los motivos que determinan la adherencia a la vacunación contra el SARS-CoV-2 en la población en estudio.

- Conocer las preocupaciones asociadas a la vacunación en adolescentes entre 15-19 años contra el SARS-CoV-2.

- Determinar el grado de conocimiento de medidas sanitarias en relación a la prevención del SARS CoV-2 en el grupo de adolescentes objetivo.

**Marco teórico**

«Los buenos hábitos —de salud— adquiridos en la adolescencia tienen una importancia absoluta». (Aristóteles)

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) se ha propagado a nivel mundial, convirtiéndose en una pandemia de larga duración. Como suele ser el caso de las enfermedades infecciosas, es probable que las comunidades vulnerables demuestran los peores efectos y esto es cierto para el COVID-19 en América Latina (13).

**Algunas consideraciones sobre la seguridad de las vacunas en Argentina**

De acuerdo al informe elaborados por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CoNaSeVa) acerca de la seguridad de la vacunación contra el COVID-19 en niños, niñas y adolescentes en Argentina, los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) pueden definirse como cualquier situación de salud no esperada (signo no favorable o no intencionado, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) que ocurre posterior a la vacunación y que no necesariamente tiene una relación causal con ésta. Es decir, que son eventos que se encuentran temporalmente relacionados con la vacunación, pero no necesariamente son causados por la misma, por lo que se denominan supuestamente atribuibles a la vacunación (14). Los eventos más frecuentes clasificados como relacionados a la vacunación según la clasificación de la OMS fueron reacciones locales con o sin fiebre, síndrome pseudogripal, cefalea, mialgias, artralgias, astenia, escalofríos y alergia.

De los eventos graves atribuibles a la vacuna de Sinopharm (BBIBP-CorV), tres se consideran coincidentes (no relacionado a la vacunación) y uno como ansiedad a la vacunación (episodio sincopal con posterior traumatismo que requirió observación en guardia). En referencia a la vacuna Pfizer-BioNTech (BNT162b2), dos eventos graves fueron clasificados como ansiedad (episodios sincopales) y un evento como coincidente, mientras que en el caso de Moderna (ARNm 1273), nueve fueron clasificados como coincidentes (no relacionados a la vacunación), dos como no clasificables por falta de información y uno como relacionado al producto (alergia grave que requirió observación en guardia, con recuperación ad integrum). El resto de los eventos graves para las tres vacunas (entre los que se encuentra una miocarditis con restitución ad integrum posterior a la aplicación de BNT162b2) permanece bajo análisis.

En relación a la preocupación por los casos de miocarditis o pericarditis luego de la aplicación de las vacunas a ARN mensajero (BNT162b2 y ARNm 1273), el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización del CDC ha comunicado una tasa estimada de incidencia en hombres de 12 a 29 años es de 41 casos por millón luego de la segunda dosis (en su gran mayoría, casos leves), por lo que concluye que los beneficios de la vacunación superan ampliamente los riesgos (3) 15. Esta postura fue avalada por la Sociedad Argentina de Cardiología en una misiva publicada días atrás por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) (4). 16

En su comunicado, la SAP respalda además la vacunación contra SARS-Cov-2 en niñas, niños y adolescentes al sostener cuatro puntos nodales que resumimos:

1. Carga de enfermedad: el riesgo existe. La población pediátrica representa el 8,8% del total de los casos confirmados desde el inicio de la pandemia en nuestro país, y en la actualidad, uno de cada cuatro casos confirmados ocurre en menores de 18 años. Aunque con poca frecuencia se presentan cuadros respiratorios moderados o graves, existe una nueva (y sería) entidad denominada SIM-C (Síndrome Inflamatorio Multisistémico temporalmente relacionado a COVID-19), que aparece de 2 a 6 semanas después de haber padecido la infección por SARS-CoV-2. Otro aspecto a considerar son las secuelas a largo plazo que pueden desarrollar hasta el 10 o 15 % de los niñas, niños y adolescentes que han padecido COVID-19.

2. Características de la transmisibilidad y oportunidad de integración a actividades. Este grupo etario puede transmitir el virus a otras personas, aún considerando las adecuadas coberturas de vacunación contra COVID-19 en adultos. La protección activa con vacunas seguras y eficaces permitirá, además, proteger a los niños frente a la emergencia de nuevas variantes, que parecen propagarse con mayor facilidad en la población pediátrica. La vacunación pediátrica permitiría entonces: proteger a las familias, facilitar una presencialidad escolar más segura, permitir otras actividades deportivas, lúdicas y sociales de los niños y disminuir la ansiedad y preocupación de los padres.

3. Inmunidad colectiva. Todas las vacunas contra la COVID-19 en uso en nuestro país contienen virus inactivados o material genético viral, por lo que no tienen la capacidad de inducir inmunidad a nivel de las mucosas, como ocurre con otras con plataformas de virus atenuados. Es por ello fundamental alcanzar a nivel poblacional una alta cobertura de vacunación que construya una barrera

epidemiológica para dificultar la transmisión de SARS-CoV-2 y lograr inmunidad colectiva. Resalta el concepto de solidaridad social, en el que gracias a la vacunación colectiva existe una menor circulación viral y, por lo tanto, menor posibilidad de enfermarse, beneficiándose no sólo aquellos exclusivamente vacunados.

4. Vacunas disponibles. Todas las vacunas contra SARS-Cov-2 usadas en nuestro país fueron aprobadas o autorizadas por la ANMAT. Las vacunas aplicadas en nuestro país contra el COVID-19 son seguras y efectivas. (16)

El comunicado de la SAP remarca que, si bien evaluar la efectividad de una vacuna es extremadamente complejo, en los países con alta tasa de vacunación se ha visto una clara disminución en la cantidad de contagios y, sobre todo, una disminución de la mortalidad, por lo que concluye que, si bien es muy necesario mantener una cuidadosa vigilancia de la seguridad y eficacia de las vacunas en uso, también lo es seguir avanzando con la vacunación en niños, niñas y adolescentes.

Adherencia por parte de los diferentes organismos y agencias reguladoras

La agencia reguladora de medicamentos de Canadá el día 4 de mayo, y la Food and Drug Administration de los Estados Unidos el día 10 de mayo, autorizaron la ampliación del uso de emergencia de la vacuna de BioNTech-Pfizer (COMIRNATY®) en la franja de edad de 12 a 15 años, ya que, en su primera aprobación, 5 meses antes, era para personas a partir de los 16 años (17). Esta vacuna es la primera que se aprueba para la prevención del COVID-19 en los adolescentes. El Advisory Committee on Immunization Practices de los Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos, el 12 de mayo, después de una revisión sistemática de todos los datos disponibles, hizo una recomendación provisional para el uso de la vacuna en esta franja de edad. Dicha recomendación se publicó el 14 de mayo en Morbidity and Mortality Weekly Report (18). La vacuna se empezó a administrar inmediatamente en Canadá y los Estados Unidos a este grupo de población. En los Estados Unidos se ha pedido a los padres y tutores de los adolescentes que les animen a vacunarse, pero los resultados de varias encuestas señalan que aproximadamente solo la mitad de los padres estaban dispuestos a vacunar a sus hijos adolescentes (18).

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) empezó a revisar la solicitud de esta ampliación el día 3 de mayo y la ha aprobado el 28 de mayo de 2021. Las otras tres vacunas aprobadas por la EMA (Moderna, Vaxzevria de la Universidad de Oxford-AstraZeneca y Janssen) lo están para su uso a partir de los 18

años. Se ha empezado a realizar ensayos clínicos en adolescentes, que AstraZeneca detuvo coincidiendo con la aparición del fenómeno de las trombosis de los senos venosos cerebrales en el curso de la vacunación de la población general. Se han iniciado también estudios con las dos vacunas de ARN mensajero en niños desde los 6 meses hasta los 11 años, estratificados en tres grupos de edad, para abarcar toda la edad pediátrica. Estos estudios se llevan a cabo con tres dosis diferentes de vacuna (ensayos TenCOVE y KidCOVE de Moderna) (19). En el caso de los lactantes menores de 6 meses se podría obtener protección a través de la vacunación de las embarazadas.

Los niños y los adolescentes tienen, en comparación con los adultos, una incidencia más baja de infección y un riesgo menor de presentar formas graves, de requerir hospitalización, de ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y de muerte. Sin embargo, también pueden infectarse, enfermar y propagar la infección a su entorno. No hay que olvidar a los niños pertenecientes a grupos de riesgo y los convivientes de estos pacientes. Los datos de los Estados Unidos destacan que el 12% de todos los casos de COVID-19 han sido en niños y más de 300 han fallecido. (20)

En segundo lugar, hay que vacunar a los adolescentes para contribuir a alcanzar lo antes posible la inmunidad colectiva o de grupo, en principio situada alrededor del 70% de la población. Sin embargo, cada vez más se postula que este porcentaje debe alcanzar el 80-85% (21) dado que las vacunas actuales probablemente proporcionan una inmunidad de corta duración y no producen una inmunidad esterilizante. Aunque actualmente ya se está demostrando una cierta capacidad de las vacunas para disminuir la infección y sobre todo la transmisión del virus desde el vacunado a la persona susceptible, presentando una menor frecuencia y una carga viral más baja.

Además, la amenaza de la aparición de variantes que preocupan por su mayor contagiosidad, con unos números básico y efectivo de reproducción ( $R_0$  y  $R_t$ ) más altos, y que pueden evadir la inmunidad vacunal, hace necesario que haya una mayor proporción de población vacunada. Si no se vacuna a los niños y adolescentes tendremos millones de personas capaces de mantener la circulación del virus activa. La población española de 12 a 18 años es de 3,4 millones y representa el 7,2% del total, un porcentaje valorable para incrementar la inmunidad colectiva.

Por último, en muchos países, la vacunación es necesaria para restaurar la estabilidad del sistema educativo con la finalidad de mantener abiertas las

escuelas, con las ventajas que esto comporta tanto para los adolescentes (en especial para su salud mental y el impacto educativo y emocional) como para sus padres (por los graves problemas laborales, económicos y sociales que les supone el cierre de las escuelas).

La incidencia de la enfermedad en la infancia se ha objetivado que ha aumentado con el transcurrir de la pandemia en una proporción creciente, pero en parte esto se debe a que en las primeras fases de la pandemia sólo se diagnosticaba y notificaron los casos graves, los que ingresaban, y la mayoría eran adultos. De las diferentes etapas que abarca la pediatría, la adolescencia es la que padece COVID-19 con más frecuencia.

El laboratorio Moderna acaba de solicitar a la EMA y a la FDA la ampliación del uso de la vacuna contra la COVID-19 a los adolescentes de 12 a 17 años. China ha aprobado el uso de emergencia de CoronaVac fabricada por Sinovac Biotech para niños y adolescentes entre 3 y 17 años. (21)

Normativas del Ministerio de Salud de la Nación  
El Ministerio de Salud de la Nación, por recomendación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn) del pasado 26 de enero, definió incorporar a la estrategia de vacunación contra COVID-19 la dosis de refuerzo a las y los adolescentes de 12 a 17 años.

Al igual que en los mayores de edad, con un intervalo mínimo de 4 meses (120 días) desde la aplicación de la última dosis del esquema inicial, la incorporación de la dosis de refuerzo en esta franja etaria tiene el objetivo de prolongar el efecto protector del esquema de vacunación inicial frente a la situación epidemiológica actual, con el aumento exponencial de casos y la introducción de nuevas variantes con mayor transmisibilidad.

Las vacunas autorizadas para su uso en los y las adolescentes son las desarrolladas por los laboratorios Pfizer y Moderna -ambas de ARNm-, como muestran los resultados de su utilización en este grupo etario desde su incorporación en la campaña de vacunación contra COVID-19 con más del 88% de cobertura para esquemas iniciados y de 71% de cobertura para esquemas completos, presentan adecuados niveles de seguridad y eficacia. Además, permiten avanzar en los objetivos de disminuir la morbimortalidad y colaborar en la estrategia de contención de la pandemia incidiendo en la transmisión viral.

Es importante recordar que la vacunación de niños, niñas y adolescentes contribuye a garantizar la presencialidad escolar plena y cuidada en el ciclo lectivo 2022, además de permitir que esta población participe de manera más segura en actividades

deportivas, juegos y otras actividades grupales que son propias de la edad.

Cabe destacar que las vacunas contra COVID-19 se pueden aplicar junto con el resto de las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación. (22)

Posición de SAP en Adolescencia

El programa de vacunación del país contra SARS-Cov-2 se ha desarrollado en base a una estrategia escalonada, priorizando grupos de acuerdo al riesgo por edad, enfermedad de base o exposición a COVID-19.

En el marco de esta campaña se incorporaron los mayores de 18 años sin comorbilidades, posteriormente los adolescentes de 12 a 17 años y la población pediátrica de 3 a 11 años.

En función de disminuir la transmisión de nuevas variantes es fundamental completar los esquemas de vacunación en estos grupos. La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) ha jerarquizado siempre la importancia de las vacunas en la población pediátrica y ha trabajado de manera constante en la mejora del calendario de vacunación del país y en su cumplimiento.

Las vacunas son un derecho. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es el organismo regulatorio nacional responsable de la autorización y recomendaciones de uso de las vacunas existentes. Las vacunas contra COVID-19 han demostrado ser seguras y eficaces. (23)

Estrategias posibles

1.- La SAP considera prioritario que la comunidad tenga cubierta con dos dosis de vacuna a la población objetivo, es decir adultos mayores, personas con comorbilidades y personal esencial.

2.- La SAP señala que la vacunación en la población pediátrica debe comenzar por aquellos niños con comorbilidades que tienen más riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad COVID-19.

3.- Los especialistas podrán determinar otras patologías infrecuentes o potencialmente graves (que no se encuentren en el cuadro) por las cuales consideren que esos niños deban ser vacunados, individualizando cada caso con el equipo médico tratante. (23)

Correlación con otros artículos publicados

En cuanto a las revistas que publican este tipo de estudios, se destaca la revista *Vaccine*, la cual es descrita como el único Journal de ciencia de alta calidad en todas las disciplinas relevantes para el campo de la vacunación. Otras revistas destacadas son la *International Journal on Environment Research* y *Human Vaccines and Immunotherapy*. Cabe anotar que existen muy pocas revisiones sistemáticas y sólo dos documentos son presentados como editoriales. (24)

Estados Unidos es el país que más documentos ha producido, seguido de China e Italia. La mayoría de las investigaciones se han realizado en Norteamérica y en Europa. En Latinoamérica solo se reportan 9 artículos, 8 de los cuales se encontraron en Google Scholar y el otro en la revista *Applied Health Economics and Health Policy* de la base de datos Scopus importante destacar la intención que tienen los padres, madres o cuidadores de vacunar a sus hijos. En este sentido, el artículo "Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey" (24) concluye que la mayoría de los cuidadores tienen la intención de vacunar a sus hijos contra la COVID-19; este artículo también sugiere que las estrategias de salud pública deben abordar las barreras para la aceptación, proporcionando evidencia sobre la seguridad y eficacia de dicha vacuna, y que se debe educar a los cuidadores sobre el papel de la vacunación.

En esta categoría se encontró un artículo en Latinoamérica, titulado "Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación contra la COVID-19 en el Perú" (24), en el cual determinaron la prevalencia y factores asociados a la voluntad de las personas para vacunarse contra la COVID-19 en este país. Los resultados muestran que existe una menor prevalencia de Intención de Vacunarse (IDV) si se es mujer o si se vive en un pueblo o zona rural. Contrariamente, tener síntomas de COVID-19, la inseguridad económica, el miedo a que un familiar se contagie con el virus, los síntomas depresivos y la recomendación de familiares y amigos, trabajadores de la salud, Organización Mundial de la Salud y funcionarios del gobierno se asociaron con mayor prevalencia de IDV.

El éxito de la campaña de vacunación contra el SARS CoV-2 depende de la aceptación de la vacuna en la población general. Durante esta pandemia sin precedentes, se han realizado varios estudios para evaluar la aceptación de la vacuna entre las personas. Sin embargo, en el estudio realizado por Lazarus et al. (24) y Harapan et al. (25), no se ha utilizado ninguna herramienta validada para evaluar el conocimiento, la actitud y las prácticas hacia la vacuna COVID. En otro estudio más de Shekhar et al. (26), se evaluó la actitud y preocupaciones con respecto a la vacuna COVID-19 pero no se ha proporcionado información sobre la validez del cuestionario.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio y diseño: la presente investigación se enmarcará en un diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Población objetivo: Adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que cursan en el Colegio Agrotécnico Madre Tierra, Escuela Técnica 12, Escuela Piloto N°1 o en el Instituto Nuestra Señora del Rosario de la ciudad de Fernández, Santiago del Estero.

Criterios de inclusión: Adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que cursan en el Colegio Agrotécnico Madre Tierra, en la Escuela Técnica 12, en la Escuela Piloto N°1 o en el Instituto Nuestra Señora del Rosario de la ciudad de Fernández en agosto de 2022.

Criterios de exclusión: Encuestas donde se haya contestado que no se desea participar de la investigación en el consentimiento informado.

Criterios de eliminación: Encuestas incompletas y/o datos erróneos.

Unidad de análisis: Adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que se encuentran cursando en el Colegio Agrotécnico Madre Tierra, en la Escuela Técnica 12, en la Escuela Piloto N°1 o en el Instituto Nuestra Señora del Rosario de Fernández en agosto 2022, que brindan su consentimiento y realizan la encuesta.

Muestra:

Tipo de muestra: probabilística porque se calculó con el software Epiinfo para un IC de 95% y un error del 5% un n calculado de 161 encuestados. Siendo la muestra probabilística al superar el n calculado al alcanzar 345 encuestados.

Modo de Selección de la muestra: Aleatoria simple.

Población Accesible: Adolescentes de 15 y 19 años de edad.

Selección de técnica e instrumento de recolección de datos:

La base de datos para este estudio fue recabada mediante encuestas realizadas a través de Formularios de Google (Anexo 1). La encuesta se realizó de manera online a responder en el momento de la visita al aula a toda la unidad analítica.

Se utilizó la encuesta validada sobre conocimientos, actitudes, prácticas y preocupaciones sobre la vacunación COVID-19 en la población general.(27) Esta encuesta cuenta con una sección de datos sociodemográficos donde se indaga sobre la edad y el género. Posteriormente se pregunta sobre si se recibió la vacuna contra el SARS CoV-2 y, en caso de ser una respuesta afirmativa, cuántas dosis. Luego, se interroga sobre el conocimiento que tienen sobre la vacunación, como si saben si es obligatoria y si luego de recibirla es necesario seguir utilizando métodos de prevención como barbijo, alcohol en gel, lavado de manos y distanciamiento social. A continuación, se evalúa qué relevancia tuvieron los medios de comunicación sobre sus preocupaciones, el por qué se vacunaron, si preferirían tener defensas a través

de tener la enfermedad (con o sin síntomas) antes que vacunarse y se hubiesen vacunado aunque eso implicase un costo monetario.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Sociodemográfico	"Conjunto de características biológicas, socioeconómicas o culturales presentes en la población sujeta a estudio" (Prieto-Flores,2008)	Género	Género	Femenino/Masculino/ Otro o prefiero no decirlo	Cualitativa, nominal, policotómica	Cuestionario estructurado
		Edad	Edad (años)	15-19 años	Cuantitativa, discreta, policotómica	Cuestionario estructurado
Adolescencia tardía	"Etapa que transcurre desde los 15 a los 19 años de edad" (OMS).	Edad	Edad (años)	15-19 años	Cuantitativa, discreta, policotómica	Cuestionario estructurado
Vacuna SARS CoV-2	"Forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario. Tras vacunarse, nuestro sistema inmunitario produce anticuerpos. Las vacunas contienen solamente virus muertos o debilitados y no causan enfermedades ni complicaciones" (OMS,2021).	Vacunado o no vacunado	Vacunado o no vacunado con una o más dosis	No/Si, una dosis/Si, dos o más dosis	Cualitativa, ordinal, policotómica	Cuestionario estructurado

### Aspectos Éticos:

Este estudio se desarrollará de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki; en las normas de Buenas Prácticas Clínicas y en la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993. Según el Artículo 11 de dicha resolución esta investigación se consideraría como categoría sin riesgo ya que no implicará intervención sobre los sujetos. Este estudio se desarrollará conforme a los criterios de participación voluntaria, confidencialidad de los datos y no maleficencia. Los adolescentes aceptaron los términos del consentimiento informado antes de comenzar la encuesta, sabiendo que podían abandonar esta investigación en cualquier momento sin penalización. Los datos obtenidos a través de las encuestas fueron guardados bajo confidencialidad.

**Conflicto de interés:** no se reciben aportes parciales ni totales de ninguna entidad. El presente trabajo es con fines científicos en el marco universitario de la asignatura Práctica Final Obligatoria de la carrera de Medicina de la Universidad Favaloro.

Se realizaron 345 encuestas en Adolescentes entre 15-19 años que asisten a los colegios públicos Agro-técnico Madre tierra, Escuela Técnica número 12, Escuela Piloto N°1 Maximio S Victoria y el colegio privado Nuestra Señora del Rosario en la ciudad de Fernández, Santiago del Estero en 2022. De las 345, se excluyeron 6 personas por no brindar su consentimiento a realizar la encuesta. Se eliminaron 117 encuestas por encontrarse incompletas o inválidas, quedando de esta forma un total de 222 encuestas finales (Figura 1).

En la tabla 1 se informan la frecuencia absoluta y porcentaje respecto al sexo y edades. Ver Tabla 1.

### Resultados

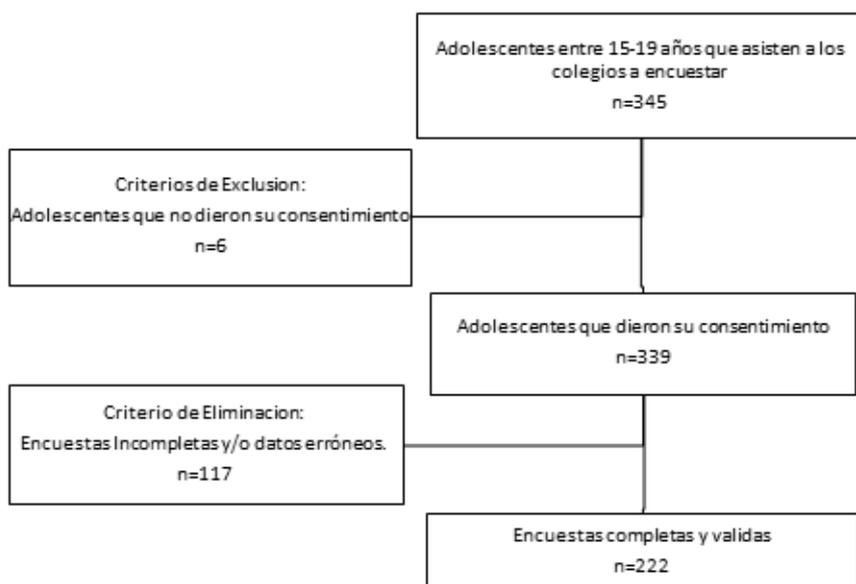


Figura 1. Flujograma con criterios de exclusión y eliminación.  
Tabla 1. Características demográficas del grupo de estudio.

Grupo de estudio (N= 222)	
Edad (años) - media +- DS	17.06 +- 0,77
Sexo	
Femenino, n (%)	132 (59.4%)
Masculino, n (%)	90 (40.5%)

En la figura 2 se detalla que el 98% (218) de los encuestados recibieron dos o más dosis de la vacunación frente al SARS-CoV-2 mientras que tan solo un 2% (4) recibieron una sola dosis frente al patógeno

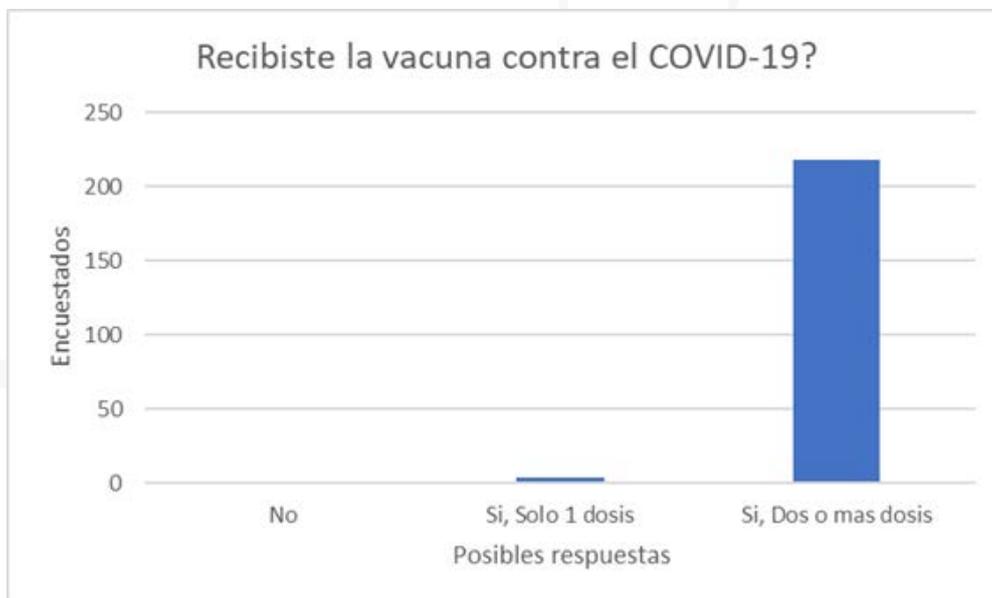


Figura 2. Distribución de encuestados según la cantidad de dosis recibidas frente a SARS-CoV-2.

En la figura 3 se observa que el mayor porcentaje de los encuestados 62% (137) considera que la vacunación frente al SARS-CoV-2 debe ser obligatoria mientras que 19% (42) se opone a esa noción y el otro 19% (43) no tiene una opinión sobre el tema.

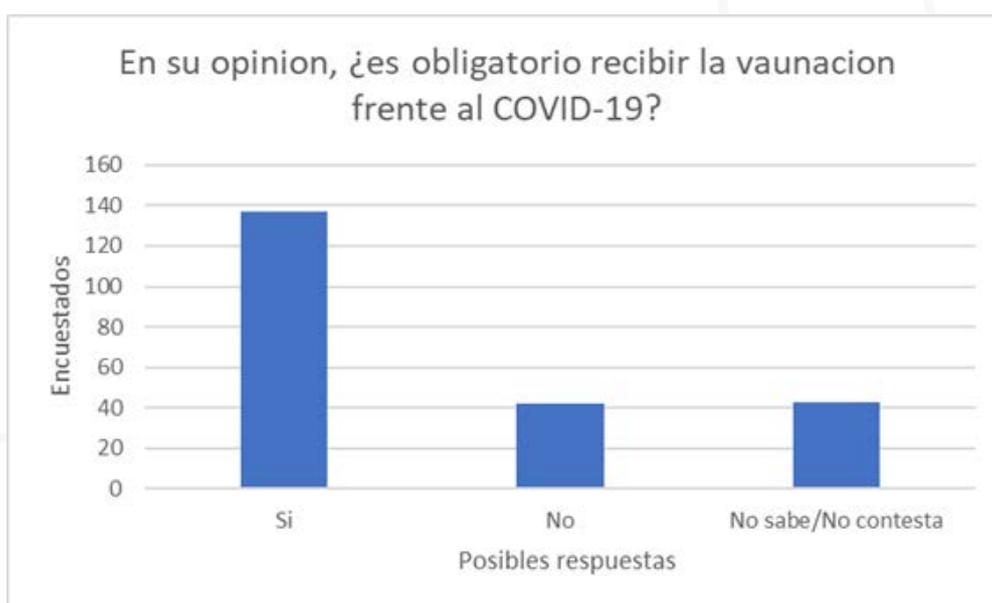


Figura 3. Distribución de encuestados según su opinión frente a la obligatoriedad de recibir la vacunación contra el SARS-CoV-2.

En la figura 4 se interrogó sobre qué significancia los medios de comunicación e información tuvieron sobre la opinión de los participantes sobre la vacuna y la vacunación frente SARS-CoV-2. La información brindada por televisión y/o la radio generó mucha significancia en la opinión de 29% (66) de los participantes, poca significancia en 49% (111) y resultó insignificante en 20% (46). La Información gubernamental generó mucha significancia en la opinión de 26% (59), poca significancia en 42% (95) y resultó insignificante en 30% (68). La información brindada por Redes sociales generó mucha significancia en la opinión de 27% (61) de los participantes, poca signi-

ficancia en 41% (93) y resultó insignificante en 30% (68). La información brindada por Familiares y/o amigos generó mucha significancia en la opinión de 26% (58) de los participantes, poca significancia en 50% (112) y resultó insignificante en 23% (52). Finalmente, información brindada por Personal de salud generó mucha significancia en la opinión de 39% (87) de los participantes, poca significancia en 44% (98) y resultó insignificante en 16% (37).

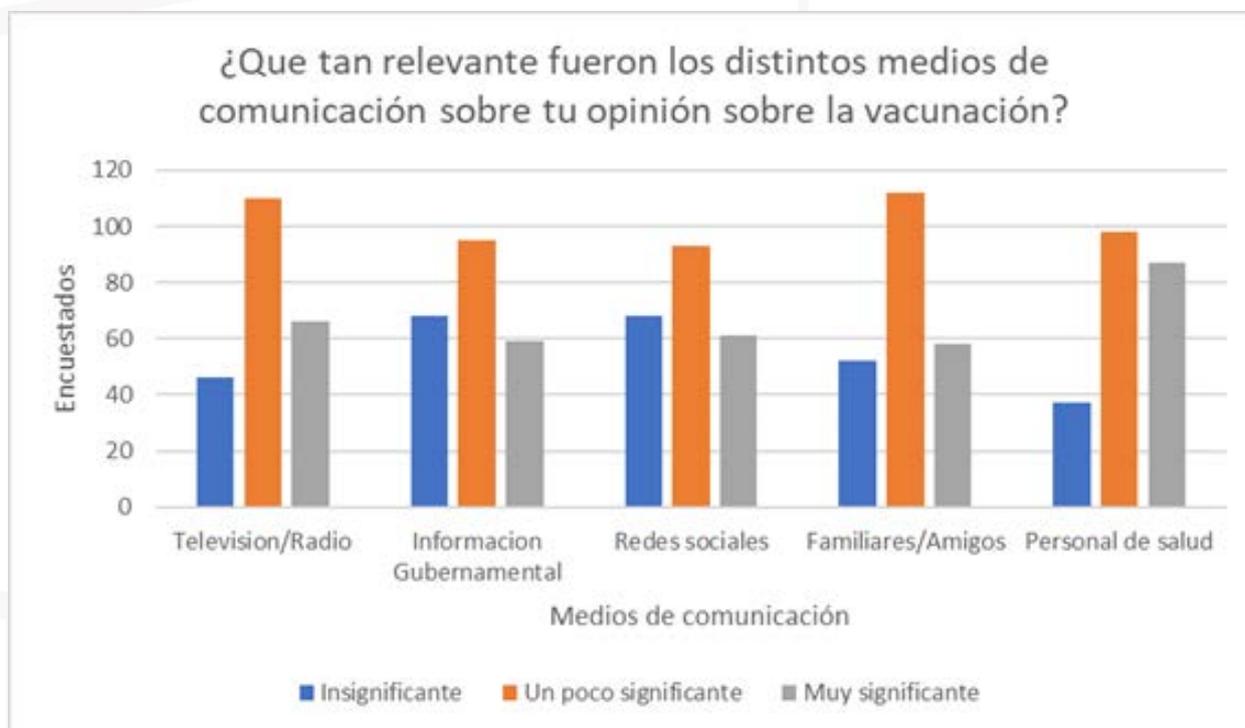


Figura 4. Distribución de encuestados según la significancia que tuvieron los medios de comunicación en su opinión sobre la vacunación.

En las siguientes preguntas de la encuesta se requirió marcar entre 5 opciones: Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo o Muy en desacuerdo representando su opinión frente a las distintas interrogantes o afirmaciones.

Sobre la siguiente pregunta “¿Preferís tener defensas a través de tener la enfermedad (con o sin síntomas) antes que vacunarte?” la mayoría de los encuestados 42% (94) no se encontró ni de acuerdo ni en desacuerdo con la pregunta 20% (44) se mostró en desacuerdo con la interrogante y 22% (49) muy en desacuerdo. Por otra parte, el 16% (35) hubiesen optado por desarrollar defensas contrayendo el SARS-CoV-2. Figura 5.



Figura 5. Distribución de encuestados según su preferencia para desarrollar defensas frente al SARS-CoV-2.

La mayor parte de los participantes 47% (105) se hallaron de acuerdo (36% (81)) o muy de acuerdo (11% (24)) con el interrogante ¿Accederías a vacunarte si implicase pagar por ello?, mientras que 27% (59) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 25% (58) se encontró en desacuerdo (21% (46)) o muy en desacuerdo (5% (12)) con la misma. Figura 6.



Figura 6. Distribución de encuestados frente al escenario si la vacunación frente al SARS-CoV-2 no fuese gratuita.

A continuación, se constataron los motivos que influyeron en la vacunación de los participantes a través de afirmaciones sobre la vacunación. Frente a la afirmación “No hay riesgo si no me vacuno” se hallaron muy de acuerdo en 26% (59), de acuerdo en 27% (61), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 33% (74) y en desacuerdo en el 10% (24) de los participantes. Frente a la afirmación “La vacuna es eficaz en protegerme” se hallaron muy de acuerdo 52% (117), de acuerdo en 45% (102) y ni de acuerdo ni en desacuerdo en el 1% (3) de los participantes. Frente a la afirmación “La vacuna es gratuita” se hallaron muy de acuerdo en 42% (94), de acuerdo en 34% (77), y ni de acuerdo ni en desacuerdo en 20% (46) y en desacuerdo en 2% (5) de los participantes. Frente a la afirmación “Los beneficios de vacunarme superan los riesgos de efectos adversos” se hallaron muy de acuerdo en 27% (60), de acuerdo en 43% (96), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 24% (55), en desacuerdo en 3% (7) de los participantes y muy en desacuerdo en 1% (4) de los participantes. Frente a la afirmación “La vacunación es una responsabilidad social” se hallaron muy de acuerdo en 40% (89), de acuerdo en 39% (88), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 18% (40) y en desacuerdo en 2% (5) de los participantes. Frente a la afirmación “Hay suficientes datos sobre la seguridad y eficacia de las vacunas publicados por el gobierno” se hallaron muy de acuerdo en 14% (33), de acuerdo en 41% (93), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 33% (74), en desacuerdo en 6% (14) de los participantes y muy en desacuerdo en 3% (8) de los participantes. Frente a la afirmación “Mucha gente se vacuno” se hallaron muy de acuerdo en 30% (68), de acuerdo en 40% (89), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 23% (53), en desacuerdo en 4% (9) de los participantes y muy en desacuerdo en 1% (3) de los participantes. Frente a la afirmación “Ayuda a erradicar o terminar con la transmisión de la enfermedad” se hallaron muy de acuerdo en 30% (76), de acuerdo en 40% (104), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 23% (31), en desacuerdo en 4% (9) de los participantes y muy en desacuerdo en 1% (2) de los participantes. Frente a la afirmación “Mis modelos a seguir, líderes políticos, médicos, científicos se han vacunado” se hallaron muy de acuerdo en 21% (47), de acuerdo en 25% (56), ni de acuerdo ni en desacuerdo en 35% (78), en desacuerdo en 8% (19) de los participantes y muy en desacuerdo en 9% (22) de los participantes. Figura 7.

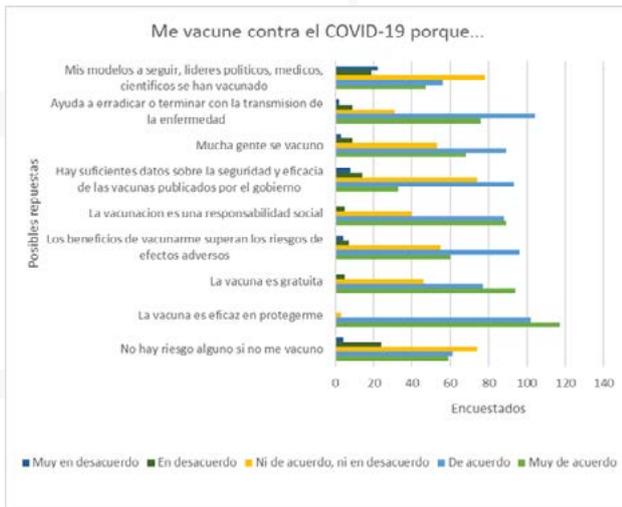


Figura 7. Distribución de encuestados frente a distintas afirmaciones que tuvieron sobre sus motivos para vacunarse.

La figura 8 detalla que sobre posibles preocupaciones que pudieren tener los participantes sobre la vacunación frente al SARS-CoV-2. Frente a la afirmación “No esta fácilmente disponible/accesible para mí” La mayor parte de los participantes 39% (88) se hallaron de acuerdo (23% (53)) o muy de acuerdo (15% (35)), 38% (86) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 17% (48) se encontró en desacuerdo (17% (38)) o muy en desacuerdo (4% (10)) con la misma. Frente a la afirmación “Puede tener efectos secundarios graves inmediatos” La mayor parte de los participantes 72% (160) se hallaron de acuerdo (46% (104)) o muy de acuerdo (25% (56)), 21% (47) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 6% (15) se encontró en desacuerdo con la misma. Frente a la afirmación “Sea defectuosa o falsa” La mayor parte de los participantes 59% (131) se hallaron de acuerdo (35% (79)) o muy de acuerdo (23% (52)), 22% (49) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 18% (42) se encontró en desacuerdo (13% (31)) o muy en desacuerdo (4% (11)) con la misma. Frente a la afirmación ‘Se haya desarrollado y aprobado rápidamente” La mayor parte de los participantes 61% (137) se hallaron de acuerdo (37% (83)) o muy de acuerdo (24% (54)), 24% (55) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 13% (30) se encontró en desacuerdo (9% (22)) o muy en desacuerdo (3% (8)) con la misma. Frente a la afirmación “Puede tener algunos efectos futuros imprevistos o no deseados” La mayor parte de los participantes 62% (138) se hallaron de acuerdo (31% (71)) o muy de acuerdo (30% (67)), 26% (58) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 11% (26) se encontró en desacuerdo (9% (20)) o muy en desacuerdo (2% (6)) con la misma. Frente a la afirmación ‘Se recomienda para obtener beneficios comerciales de las farmacias” La mayor parte de los participantes 45% (102) se hallaron de acuerdo

(27% (60)) o muy de acuerdo (18% (42)), 34% (76) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 19% (44) se encontró en desacuerdo (15% (34)) o muy en desacuerdo (4% (10)) con la misma.

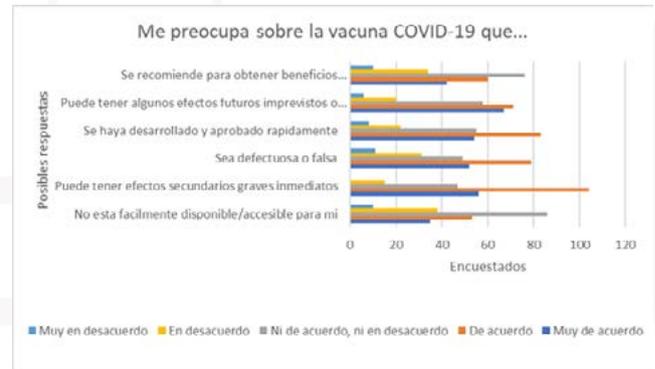


Figura 8. Distribución de encuestados frente a distintas afirmaciones que tuvieron sobre sus preocupaciones sobre la vacunación.

Sobre el siguiente interrogante “Después de recibir la vacuna, no necesito seguir usando barbijo, alcohol en gel, lavándome las manos y haciendo distanciamiento social”. La mayoría de los participantes 59% (131) se encontró en desacuerdo (48% (107)) o muy en desacuerdo (10% (24)), 21% (47) no mostró inclinación sobre estar o no de acuerdo con la frase y 19% (44) se encontró en de acuerdo (6% (14)) o muy de acuerdo (13% (30)) con la misma. Figura 9.

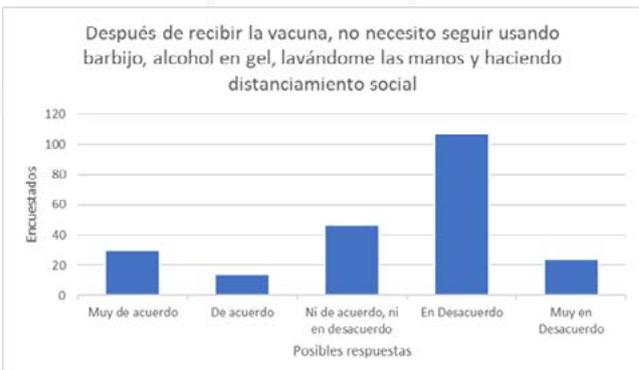


Figura 9. Distribución de los encuestados frente a la necesidad de utilizar medidas sanitarias en relación a la prevención del SARS CoV-2.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar la adherencia sobre la campaña de vacunación contra el SARS CoV-2 en la población mencionada con anterioridad. En cuanto a la correlación realizada con otros trabajos, Estados Unidos es el país que más artículos ha escrito con respecto a otros países. En nuestro país no hay estudios de ningún tipo asociado a la adherencia de vacunación contra el SARS CoV-2 en la población. En Latinoamérica solo hay 9 artículos, los cuales destacan el interés que tienen las madres, los padres o los cuidadores de vacunar a sus hijos.

El artículo "Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey" (23) concluye que la mayoría de los cuidadores tienen la intención de vacunar a sus hijos contra el COVID-19; esta publicación también sugiere que las estrategias de salud pública deben abordar las barreras para la aceptación, proporcionando evidencia sobre la seguridad y eficacia de dicha vacuna, y que se debe educar a los cuidadores sobre el papel de la vacunación. Esto coincide con los resultados de nuestra investigación, mostrando la relevancia del trabajo del personal de salud en las campañas de vacunación.

Por otro lado, un artículo en Latinoamérica, titulado "Prevalencia y factores asociados a la intención de vacunación contra la COVID-19 en el Perú" (23), en el cual determinaron la prevalencia y factores asociados a la voluntad de las personas para vacunarse contra el COVID-19 en este país. Los resultados muestran que existe una menor prevalencia de Intención de Vacunarse (IDV) si se es mujer o si se vive en un pueblo o zona rural. Contrariamente, en nuestro trabajo se observó que el 98% de la población estudiada tiene dos o más dosis de la vacuna contra el SARS CoV-2, siendo Fernández una localidad con población rural.

El éxito de la campaña de vacunación contra el SARS CoV-2 depende de la aceptación de la vacuna en la población general. Durante esta pandemia sin precedentes, se han realizado varios estudios para evaluar la aceptación de la vacuna entre las personas. Sin embargo, en el estudio realizado por Lazarus et al. (23) y Harapan et al. (24), no se ha utilizado ninguna herramienta validada para evaluar el conocimiento, la actitud y las prácticas hacia la vacuna COVID-19, a diferencia de nuestro trabajo, en el cual, se utiliza una encuesta validada. En otro estudio más de Shekhar et al. (25), se evaluó la actitud y preocupaciones con respecto a la vacuna COVID-19 pero no se ha proporcionado información sobre la validez del cuestionario.

Hay múltiples fortalezas asociadas con el cuestionario utilizado en el presente trabajo

de investigación. En primer lugar, se utilizó una encuesta validada, siendo el único trabajo en el país que tiene este recurso. En segundo lugar, es un cuestionario conciso y fácil de utilizar que se puede utilizar en un entorno con recursos limitados con una carga de participación mínima. En tercer lugar, ayuda en la evaluación rápida de la aceptación y/o vacilación de la vacuna entre diferentes grupos de población. Por último, los hallazgos obtenidos mediante el uso del cuestionario brindan a las autoridades gubernamentales y a los proveedores de atención médica una comprensión profunda de varios impulsores y barreras asociados con la vacuna contra el SARS CoV-2 y evalúa los niveles actuales de disposición entre las personas para vacunarse.

Dentro de las limitaciones del trabajo, encontramos que hubo una falta de correlación entre variables y análisis de las mismas.

Se recomienda para futuras investigaciones, analizar las variables con profundidad y agregar test estadísticos además mejorar el método de recolección de datos, e integrar las opiniones de los cuidadores/as de los adolescentes para obtener un panorama general más amplio.

## Conclusión

A modo de conclusión, este trabajo nos permitió conocer la adherencia sobre la campaña de vacunación contra el SARS CoV-2 en población adolescente entre los 15 y 19 años en la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero al año 2022.

A su vez, los resultados de la encuesta, mostraron los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas con respecto a la campaña de vacunación estudiada.

Como dato prioritario, el 100% de la población estudiada se encontraba inmunizada frente al SARS-CoV-2 con una dosis de la vacuna, adicionalmente el 98.1% contaba con dos inmunizaciones o más. Cabe destacar, la influencia del personal de salud, quienes transmitieron a la población la importancia sobre la inmunización mediante las vacunas. Se observó que la información brindada gracias a estos, generó mucha significancia a la hora de decidir vacunarse, en el 39% de los participantes.

Este trabajo de investigación, destacó varios impulsores y barreras relacionados con la adherencia de la vacuna contra el SARS CoV-2 en la población mencionada. Se espera que ayude a los trabajadores de la salud y a las autoridades gubernamentales a continuar trabajando activamente para lograr una campaña de vacunación exitosa en futuras ocasiones.

## Bibliografía

1. OMS. Who.int/es. [Online]; 2020 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>].
2. Gobierno Nacional. Boletín Oficial de la República Argentina, Decreto 297/2020. [Online]; 2020 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>].
3. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encephale*. 2020 Abril; 46(3S)
4. Ozamiz Etxebarria N, Dosil Santamaria. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*. 2020 Abril; 36(4).
5. OMS. Constitución de la organización mundial de la salud. [Online]; 2006 [cited 2022 Agosto 12. Available from: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)].
6. Loades M, Chatburn E, Higson Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Junio; 20.
7. FDA. La FDA aprueba la primera vacuna contra el covid 19. [Online]; 2020 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-la-primera-vacuna-contra-el-covid-19>].
8. Ministerio de salud. Argentina comienza la vacunación de los adolescentes de 12 a 17 años con condiciones priorizadas: se distribuyen más de 900 mil dosis de Moderna en todo el país. [Online]; 2021 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-comienza-la-vacunacion-de-los-adolescentes-de-12-17-anos-con-condiciones>].
9. Ministerio de salud. Por primera vez en un año y medio la terapia del hospital Posadas no tiene internados COVID [Online]; 2021 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/por-primera-vez-en-un-ano-y-medio-la-terapia-intensiva-del-hospital-posadas-no-tiene>].
10. Ministerio de salud. Comunicado de prensa. [Online]; 2021 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-aprobo-la-aplicacion-de-la-dosis-de-refuerzo-para-adolescentes>].
11. Ministerio de salud. Monitor público de vacunación. [Online]; 2022 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>].
12. Observatori de bioètica i dret. Parc científic de barcelona. Código de Nuremberg. [Online]; 2022 [cited 2022 Agosto 12. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/CodigoNuremberg.pdf>].
13. Rodríguez-Morales AJ, León-Figueroa DA, Román L, McHugh TD, Leblebicioglu H. Vaccination of children against COVID-19: the experience in Latin America.
14. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. CoNaSeVa. Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Informe especial de vigilancia de seguridad en vacunas en niños, niñas y adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. 2021.
15. Gargano J W, Wallace M, Hadler S C, Use of mRNA COVID-19 Vaccine After Reports of Myocarditis Among Vaccine Recipients: Update from the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021; 70(27):977-982.1
16. Sociedad Argentina de Pediatría. Documento de posición sobre vacunas contra COVID-19 en pediatría. 2021.
17. Ficha técnica COMIRNATY. [consultado 19 May 2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.html>.
18. Wallace M., Woodworth K.R., Gargano J.W., Scobie H.M., Blain A.E., Moulia D. The Advisory Committee on Immunization Practices' interim recommendation for use of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine in adolescents aged 12-15 years. United States, May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70:749-752. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
19. Moderna Inc. Moderna announces first participants dosed in phase 2/3 study of COVID-19 vaccine candidate in pediatric population. [consultado 19 May 2021]. Disponible en: <https://investors.modernatx.com/node/11351/pdf>.
20. Whyte J. FDA expands Pfizer Vaccine EUA for children ages 12-15 - Medscape - May 11, 2021. [consultado 19 May 2021]. Disponible en: [https://www.medscape.com/viewarticle/950916?src=WNL\\_mdpls\\_210518\\_mscpedit\\_infid&uac=84860DK&spon=3&impID=3382857&faf=1](https://www.medscape.com/viewarticle/950916?src=WNL_mdpls_210518_mscpedit_infid&uac=84860DK&spon=3&impID=3382857&faf=1).
21. Loewy MA. Cinco mitos de la inmunidad de grupo. [consultado 19 May 2021]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5906982>.
22. Ministerio de Salud. Publicado el 3 de diciembre de 2020. "Plan estratégico para la vacunación contra el CoVID-19 en la República Argentina". [www.argentina.gob.ar/salud](http://www.argentina.gob.ar/salud)
23. Comunicado de prensa del Ministerio de Salud. Publicado el miércoles 02 de febrero de 2022. "Salud aprobó la aplicación de la dosis de refuerzos para adolescentes " <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud>
24. Lazarus J.V., Ratzan S.C., Palayew A., Gostin L.O., Larson H.J., Rabin K. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med*. 2021;27(2):225-228.
25. Harapan H., Wagner A.L., Yufika A., Winardi W., Anwar S., Gan A.K. Acceptance of a COVID-19 vaccine in southeast Asia: a cross-sectional study in Indonesia. *Front Public Health*. 2020;8 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
26. Shekhar R., Sheikh A.B., Upadhyay S., Singh M., Kottewar S., Mir H. COVID-19 vaccine acceptance among health care workers in the United States. *Vaccines*. 2021;9(2):119. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
27. Archana Kumari, Piyush Ranjan, Sakshi Chopra, Divyot Kaur, Ashish Datt Upadhyay, Tanveer Kaur, Arunangshu Bhattacharyya, Mehak Arora, Hardik Gupta, Arnav Thrinath, Bindu Prakash, Naval K. Vikram, "Development and validation of a questionnaire to assess knowledge, attitude, practices, and concerns regarding COVID-19 vaccination among the general population", *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, Volume 15, Issue 3, 2021, Pages 919-925, ISSN 1871-4021, <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.04.004>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121001168>

## ENCUESTA SOBRE VACUNA COVID-19

Buenos días! Somos estudiantes de último año de Medicina de la Universidad Favaloro (Buenos Aires), queríamos pedirles si por favor completan la siguiente encuesta para llevar a cabo un trabajo de investigación sobre la vacunación COVID-19. Muchas gracias!

Acepto voluntariamente participar de esta encuesta

- Si  
 No

### Datos demográficos

Edad

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Género

- Femenino  
 Masculino  
 Otro/Prefiero no decirlo

### Preguntas sobre vacunación COVID-19

Recibiste la vacuna contra el COVID-19?

- Si, una dosis  
 Si, dos dosis o más  
 No

Es obligatorio, para vos, recibir la vacuna COVID-19?

- Si  
 No  
 No lo sé

Que tan relevante fueron los distintos medios de comunicación sobre tu opinión sobre la vacunación?

	Insignificante	Un poco significativo	Muy significativo
Televisión/radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información del gobierno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redes sociales (facebook, instagram, tik tok, twitter, twitch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familia y amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personal de salud (médicos, enfermeros, psicólogos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preferís tener defensas a través de tener la enfermedad (con o sin síntomas) antes que vacunarte?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

Te vacunarías aunque tengas que pagar?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

Me vacune contra el COVID-19 porque...

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Pienso que no hay ningún riesgo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso que es muy útil para protegerme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gratis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que los beneficios de recibir la vacuna superan los riesgos involucrados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pienso que recibir la vacuna es una responsabilidad social	<input type="radio"/>				
Hay suficientes datos sobre la seguridad y eficacia de las vacunas publicados por el gobierno	<input type="radio"/>				
Muchas personas se vacunaron	<input type="radio"/>				
Ayuda a erradicar o terminar con la transmisión de la enfermedad	<input type="radio"/>				
Mis modelos a seguir, líderes políticos, médicos, científicos se han vacunado	<input type="radio"/>				

Me preocupa que la vacuna COVID-19...

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
No esta fácilmente disponible/accesible para mi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pueda tener efectos secundarios graves inmediatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sea defectuosa o falsa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se haya desarrollado y aprobado rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pueda tener algunos efectos futuros imprevistos o no deseados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se recomiende para obtener beneficios comerciales de las farmacias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Después de recibir la vacuna, no necesito seguir usando barbijo, alcohol en gel, lavándome las manos y haciendo distanciamiento social

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

# FRÍAS

## SANTIAGO DEL ESTERO

**Frecuencia de intento de suicidio e ideación suicida y su correlación con los factores de riesgo en pacientes entre 10 y 25 años durante los años 2021 hasta julio de 2022 en la ciudad de Frías, Santiago del Estero: Estudio observacional, descriptivo y transversal.**

### Autores:

- Malesich, Trinidad
- Montenegro, Martina
- Quindt, Sol
- Scotto, Mercedes

### Docentes supervisores:

- Dr. Francisco Címbaro (FCM-UF)
- Prof. Marcela Galí (Hospital de Frías, SGE)
- Dra. Rosana Navarrete (Hospital de Frías, SGE)

### Resumen

Introducción: Según la OMS, el suicidio es la cuarta causa de mortalidad en adolescentes a nivel mundial y la segunda a nivel nacional, encontrándose actualmente en aumento. La situación problemática en la ciudad de Frías es el aumento de casos de suicidio en los últimos años.

Objetivo: Determinar la prevalencia de intentos de suicidio e ideación suicida e identificar los factores de riesgo más prevalentes en pacientes de ambos sexos mayores de 10 años en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y 2022.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística de 44 pacientes de ambos sexos de entre 10 y 25 años de edad con historia

registrada de intento de suicidio e ideación suicida durante los años 2021 y 2022 en Frías, Santiago del Estero, Argentina.

Resultados: Se reclutaron un total de 61 pacientes, donde según los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos, se incluyeron 44 como muestra final. Dentro de los 61 pacientes, 21 acudieron a la guardia externa del Hospital Zonal de Frías por intento de suicidio y los 40 restantes acudieron al Programa Municipal de Prevención de Suicidio y Autolesiones en la Ciudad de Frías. El sexo que se presentó con mayor frecuencia fue el femenino, representando un 57% del total. La edad media fue de 18,4 +/- 3,8 años. El mecanismo lesional más frecuente fue el ahorcamiento, representando un 50% de los casos. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la depresión, los antecedentes

familiares y la presencia de otros trastornos psiquiátricos.

Conclusión: Se ha registrado en 2021 una menor prevalencia de intento de suicidio e ideación suicida respecto al año 2020. Los factores de riesgo más prevalentes fueron el sexo femenino, la depresión, antecedentes familiares y antecedentes psiquiátricos de otros trastornos

Palabras claves: Suicidio, Intento de suicidio, Ideación suicida, Adolescentes.

#### Introducción:

El presente trabajo de investigación se realiza en el marco de las actividades previstas para la Rotación de Medicina Social / Rural llevada a cabo en Frías, Santiago del Estero, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2022. La situación problemática en la ciudad es el aumento de casos de suicidios en los últimos años. Ante la falta de datos locales, el trabajo tiene como objetivo determinar la frecuencia de intentos de suicidio e ideación suicida e identificar sus factores de riesgo más prevalentes, en pacientes de ambos sexos mayores entre 10 y 25 años en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y hasta julio de 2022.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente cerca de 700.000 personas se suicidan cada año a nivel global, siendo la cuarta causa de defunción en el grupo etario entre 15 y 29 años. Si bien el suicidio es un fenómeno que afecta a todos los países del mundo, durante el año 2019, el 77% de los casos tuvieron lugar en países de bajos y medianos ingresos.<sup>1</sup>

Si bien ha disminuido la frecuencia de suicidio desde 2002 (casi 1 millón de personas / año) hasta la actualidad, se advierte tanto en el mundo como en Argentina un aumento del problema en la población infanto juvenil.<sup>2</sup> Según el "Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida", el suicidio en jóvenes es considerado uno de los problemas más importantes en la actualidad.<sup>3</sup>

En Argentina se observó en los indicadores de mortalidad del año 2019 que la principal causa de muerte de personas de 1 a 19 años, son las causas externas, las cuales abarcan accidentes, suicidios, homicidios y otros eventos violentos de intención no determinada. Este motivo alcanza al 65% de las defunciones de adolescentes de 15 a 19 años. A su vez, se observó que el peso relativo de los fallecimientos por causas externas es significativamente mayor en los grupos de adolescentes y jóvenes (15 a 19 y de 20 a 24 años) y se acentúa entre los varones fallecidos. Mas específicamente, se trazo una curva de incidencia de las defunciones por suicidio, por franjas etarias y sexo, y se determinó que el pico se genera en la población adolescente: casi 2 de cada

10 adolescentes de 15 a 19 años fallecidos, mueren por suicidio. (ver anexo)

Dentro del grupo de niños y niñas de entre 1- 14 años de edad se identificaron 6 principales causas de muerte: enfermedades del sistema respiratorio (4,5% en varones, 5,3% en mujeres, 4,8% del total), enfermedades infecciosas y parasitarias (4,3% en varones, 5,8% en mujeres y 4,9% del total), malformaciones congénitas (9,8% en varones, 11,2% en mujeres y 10,5% del total), enfermedades del sistema respiratorio (11,6% en varones, 11,2% en mujeres y 10,5% del total), tumores (16,9% en varones, 14,8% en mujeres y 15,9% del total) y causas externas (32,9% en varones, 25,9% en mujeres y 30% del total). Un tercio de las defunciones de niños y niñas de 1 a 14 años del país, ocurren por causas externas. Esta proporción se duplica al considerar los fallecimientos de adolescentes de 15 a 19 años. (ver anexo)

Como se nombró unas líneas más arriba, las muertes por causas externas en niños y niñas entre 1 y 14 años representan un 30% del total, la jurisdicción con mayor frecuencia de las mismas fue Río Negro, según el indicador nacional del año 2019, representando un 62,1% del total. Santiago del Estero quedó en el 10mo lugar representando un 35,4% del total. Buenos Aires en el lugar número 19 con un 26,1% y CABA en el lugar 21 con un 18,8%. (ver anexo)

En cuanto al grupo etario que abarca entre 15 y 19 años, se identificaron 5 causas de muerte principales: enfermedades infecciosas y parasitarias (1,9% en varones, 3,9% en mujeres, 2,5% del total), enfermedades del sistema circulatorio (3% en varones, 4,9% en mujeres, 3,6% del total), enfermedades del sistema respiratorio (6,3% en varones, 8,2% en mujeres, 7% del total), tumores (7% en varones, 11,3% en mujeres, 8,3% del total) y causas externas (72,1% en varones, 48,9% en mujeres, 65% del total). Se determinó que seis de cada diez muertes de adolescentes ocurren por las llamadas causas externas: accidentes, homicidios, suicidios y otros eventos violentos. La relación se eleva a siete de cada diez al considerar los fallecimientos de adolescentes varones. (ver anexo)

A nivel nacional, la jurisdicción con mayor frecuencia de muerte por causas externas en adolescentes de 15- 19 años es La Pampa, representando un 83,3% del total (65%). Santiago del Estero está en 5to lugar representando un 75,7%, Buenos Aires en el lugar número 15 con un 62% y CABA en el último lugar con un 46% del total. Entre las diez principales causas de muerte adolescente de entre 15 y 19 años, se encuentran en primer lugar todas las clasificadas

como causas externas: accidentes (23,8%), suicidios (18,6%), eventos violentos de intención no determinada (14,5%) y homicidio (7,7%). Para todas las causas mencionadas, la incidencia entre los varones fallecidos es mayor que entre las mujeres.4 (ver anexo)

Por otro lado, en lo que respecta a los mayores de 19 años, las causas de muerte mas frecuentes no varían demasiado ya que entre ellas se encuentran los accidentes y siniestros viales, quedando el suicidio en 3er lugar. (ver anexo)

La detección de riesgo de suicidio no está asociada con un riesgo iatrogénico de inducir el comportamiento suicida. Según Rhodes et al.6, un 80% de los sujetos tuvieron contacto con el sistema de salud en el año previo de su muerte. Estas personas con frecuencia se presentan con quejas somáticas (por ejemplo, dolores de cabeza, de estómago), y no podrán hablar de sus pensamientos suicidas a menos que se les pregunte directamente.

#### Ciudad de Frías:

Frías es una ciudad de Argentina fundada en 1874, ubicada al sudoeste de la provincia de Santiago del Estero, cerca del límite con la provincia de Catamarca. Según el Censo de 2010, cuenta con una población de 26.649 habitantes, siendo el 48,7% hombres y 51,3% mujeres. Es la cabecera del departamento Choya, que en su totalidad cuenta con 34.667 habitantes. Según el Censo realizado cuatrimestralmente por los agentes sanitarios, Frías actualmente cuenta con 1.816 adolescentes de 10 a 21 años. El sistema de Salud está compuesto por el Hospital Zonal de Frías, 9 Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que dependen del Hospital Zonal, y tres clínicas privadas.

#### Hipótesis

- Aquellos pacientes que presentaron factores de riesgo tales como depresión, autolesión y antecedentes familiares de ambos sexos entre las edades de 10-25 años en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y hasta Julio 2022, presentaron mayor frecuencia de intento de suicidio e ideación suicida.

#### Objetivo general:

- Determinar la frecuencia de intentos de suicidio e ideación suicida y establecer los factores de riesgo más prevalentes en pacientes de ambos sexos entre las edades de 10-25 años en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y hasta Julio 2022.

#### Objetivos específicos:

- Comparar las frecuencia entre intento de suicidio e ideación suicida en pacientes de ambos sexos entre 10 y 25 años en la ciudad de Frías, durante los años

2021 y hasta Julio 2022

- Comparar las frecuencias de intento de suicidio e ideación suicida en pacientes entre las edades de 10 a 25 años en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y hasta julio 2022 entre sexo masculino y femenino.

- Comparar las frecuencias de intento de suicidio e ideación suicida entre adolescentes y adultos jóvenes en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y hasta Julio 2022.

- Identificar los factores de riesgo para el suicidio más frecuentes en pacientes de ambos sexos entre 10 y 25 años en la ciudad de Frías, durante los años 2021 y julio 2022.

- Describir el perfil sociodemográfico de los adolescentes y adultos jóvenes con ideación suicida e intento de suicidio.

#### Marco teórico:

La OMS define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa.

Según la OMS7, es posible distinguir tres fases en la adolescencia: “adolescencia temprana”, “adolescencia media o propiamente dicha” y “adolescencia tardía”:

- Adolescencia temprana: Abarca aproximadamente entre los 11 y 13 años, incluyendo en esta etapa a la pubertad. Como principal característica se da el desarrollo corporal, que demanda una importante reorganización de la personalidad, con una definitiva diferenciación física entre los sexos. En cuanto a las relaciones parentales, la familia sigue siendo el centro de su vida, aunque lentamente empieza la tarea de desprendimiento de ella

- Adolescencia media o propiamente dicha: Comprende el período entre los 12 - 13 años a los 16 años. Es la fase en donde se constituye la identidad personal y sexual.

- Adolescencia tardía: si bien es difícil determinar cuándo culmina el periodo adolescente, se estima desde los 17 y puede extenderse hasta los 21 años, esto dependerá de distintos criterios que consideren importante la inserción laboral, el partir de la casa, finalizar el secundario, lograr un título universitario, el casamiento. En esta etapa el joven realiza un doble movimiento: hacia el mundo externo (grupo de pares, amistad, vínculos amorosos); y otro movimiento hacia el mundo interno (ideales, proyectos de vida, responsabilidad social, conciencia moral).

En cuanto al desarrollo corporal, ya no es tan

acelerado como lo era en la etapa puberal, y alcanza proporciones adultas. En cuanto a la relación con la familia, los autores destacan el distanciamiento familiar que se produce, en donde la familia deja de ser el centro de existencia. Se comienza a lograr cierta independencia, lo que lleva la gran parte de las veces a conductas de rebeldía y a la autoridad en general. De forma paralela al distanciamiento, se adhieren al grupo de pares, creando sus propias normas y costumbres, acordes a la ideología grupal imperante, grupos en los que predomina la orientación al sexo opuesto, conformados heterogéneamente. Consecuentemente, en esta fase se producen fuertes ambivalencias y contradicciones debido a las fantasías de independencia que genera separaciones y uniones a nuevos grupos, donde el descontrol y la confusión son muy frecuentes. Esta etapa está fuertemente caracterizada por la búsqueda del sentido de la vida, el descubrimiento de valores y de preocupación ética.

Según la ONU (Organización de las Naciones Unidas), el suicidio es considerado un fenómeno universal, atemporal y con diversas concepciones culturales y sociopolíticas y se define como “el acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto”<sup>2</sup>. Según Durkheim<sup>3</sup>: “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado”.

Todo empieza con la ideación suicida, que es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que lleva a la consumación de la idea: el suicidio.<sup>4</sup>

La ideación suicida son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. La amenaza suicida se considera la expresión verbal o no verbal, que manifiesta la posibilidad de una conducta suicida en un futuro próximo.

Según Stengel, los factores de riesgo suicida son los factores predisponentes que pueden desencadenar un acto suicida y el parasuicidio es un acto no habitual con un fin no fatal, que es iniciado y realizado por una persona suicida con un resultado no mortal, que provoca autolesiones. El intento suicida es cualquier acto de auto-perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua.

Se entiende por “suicidalidad” a una amplia serie de conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento autolesivo, intentos suicidas y suicidio consumado.<sup>4</sup> La palabra “suicidio” deriva del latín moderno *sui* (de sí mismo) y *cidium* (matar). La OMS lo define

como un acto intencional causado por uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte.<sup>8</sup>

Tipos de suicidio según Durkheim<sup>9</sup>:

- Suicidio altruista: Tiene lugar cuando el individuo está demasiado integrado a los círculos sociales, por lo que valora a los demás más que a uno mismo. Por lo que el suicidio se vuelve un sacrificio, es decir, mueren por el bien de la sociedad ya que no tiene más que aportar a esta. Ejemplos claros de esto es la sociedad japonesa con los kamikazes.

- Suicidio egoísta: Este se da cuando el individuo no está integrado a la sociedad o por escasa interacción que tiene con esta. Esto se ve fuertemente relacionado con los vínculos que mantiene o el tipo de sociedad en el que se desenvuelve, por lo que analiza que dependiendo de los distintos grupos sociales en que el individuo se encuentra es que son más proclives al suicidio. Pero también puede ser influenciado por algo más masivo, como si el país se encuentra en guerra, o más personal, como el estado civil del individuo.

- Suicidio anómico: Este tipo de suicidio que Durkheim discute en su obra se da principalmente por la falta de regulación social, es con esta terminología que el autor intentaba transmitir que son las personas que pierden las normas con las que viven por un rápido cambio social o inestabilidad, como los cambios económicos o problemas íntimos, como la división de la pareja.

- Suicidio fatalista: Durkheim sostiene que este tipo de suicidio no es común en su sociedad no obstante lo categoriza ya que reconoce que existe. Esta categoría refiere al momento en el que la sociedad oprime tanto al individuo que el único método de escape que encuentra es el suicidio. Esto se puede dar en sociedades muy cerradas tales como la cultura amish o pueblos cerrados que tienen interacciones internas.

Los motivos que llevan a un adolescente a quitarse la vida son complejos, pero en general están precedidos por signos de alarma. Existe una larga lista de factores de riesgo, como ser hombre o tener intentos de suicidios previos.<sup>5</sup>

Los factores de riesgo que han sido explorados con mayor frecuencia en la bibliografía consultada son: <sup>5,10,11,12</sup>

- A. El género masculino.
- B. La autoexigencia, exigencia parental y/o fracasos en logros esperados.
- C. Los factores intrapsíquicos y de personalidad, particularmente los estados depresivos.
- D. Los factores socioeconómicos y culturales, como la falta de expectativas laborales y de estudio.
- E. Las perturbaciones en la vida familiar.
- F. El abuso sexual.

- G. La orientación sexual.
- H. El suicidio imitativo.
- I. El consumo de alcohol y otras sustancias.
- J. El hostigamiento o acoso escolar (bullying) como acontecimiento vital humillante y el cyberbullying.
- K. Intento personal de suicidio previo.
- L. Antecedentes familiares de conductas suicidas.

Los factores que no son asociados al riesgo sino a diferentes formas de cuidado y protección se denominan en la literatura epidemiológica como factores protectores.<sup>13</sup> Los principales factores protectores son:

- A. Buenas habilidades para resolver problemas. Los niños que son capaces de ver un problema y buscar maneras efectivas de manejarlo, y la capacidad de resolver conflictos de manera no violenta, tienen un riesgo menor.
- B. Conexiones fuertes. Mientras más fuertes son las conexiones que los niños tienen con sus familias, con sus amigos, y con las personas en la comunidad, tienen menor probabilidad de hacerse daño a ellos mismos. En parte, eso es porque se sienten queridos y apoyados, y en parte porque tienen personas a quienes acudir cuando están teniendo dificultades y se sienten realmente atrapados.
- C. Acceso restringido a productos y/o artículos letales, como armas de fuego y pastillas.
- D. Creencias culturales y religiosas bajo las cuales el suicidio está mal visto y se apoya la auto-preservación
- E. Acceso relativamente fácil a intervención clínica apropiada, ya sea a psicoterapia, terapia individual, grupal, familiar o medicamento si está indicado.
- F. Atención efectiva para trastornos mentales, físicos y del uso de sustancias. Buena atención de la salud mental y la salud general tiene que ver con mantener relaciones continuadas y hacer que los niños se sientan conectados a profesionales que los atienden y están disponibles a ellos.

#### Estado del arte:

Existen diversos antecedentes, como estudios e investigaciones, que dan cuenta la relevancia de identificar las ideas suicidas en adolescentes como una problemática que va en aumento en nuestra sociedad, teniendo en cuenta la frecuencia de muertes por causas externas en niños, adolescentes y adultos jóvenes en nuestro país. En ellos yace la importancia de poder evaluar y detectar las mismas a tiempo para así poder intervenir adecuadamente y evitar que la situación empeore, pudiendo llevar a

autolesiones o incluso un suicidio consumado.

En Brasilia, en el estudio realizado en 210 jóvenes universitarios entre los 18 y 24 años en una institución educativa, se encontró que el 6% presentó tentativa de suicidio. De la misma manera, en la investigación realizada con estudiantes de medicina en Bucaramanga, Colombia, reportaron con respecto a la frecuencia de conductas suicidas que el 15,7% de los estudiantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida, en tanto que el 5% señaló haber realizado por lo menos un intento suicida. Del mismo modo, en la realizada con estudiantes universitarios de Boyacá, Colombia, en los resultados arrojados por el inventario PANSI, el 31% de los casos se ubicó en un nivel alto de ideación suicida<sup>14</sup>.

A nivel nacional, la APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos)<sup>15</sup> realizó un trabajo en el que plantearon los siguientes objetivos: identificar las características de la población de estudio, la prevalencia de la conducta suicida según género y edad, y su coincidencia con datos epidemiológicos oficiales; y la búsqueda de factores que incrementan el riesgo. El estudio consistió en un análisis retrospectivo y descriptivo sobre los pacientes que consultaron al servicio de guardia de salud mental del HIAEP "Sor María Ludovica" durante el período de tiempo comprendido entre el 1º de octubre del 2016 hasta el 30 de septiembre del 2018; y cuyo ingreso estuvo ocasionado por la presencia de conductas suicidas. Se tomó como referencia la presencia de ideación de muerte (pensamiento cuyo contenido manifiesto se expresa en fantasías de muerte, o aquellos en los que se infiere dicha fantasía, pero que no se acompañan de intención suicida explícita o implícita) y el intento de suicidio (acción autoinfligida en el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el adolescente, y/o referente/acompañante). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Las consultas por conducta suicida representaron un 24% del total de consultas por guardia de Salud Mental.
- Las mujeres fueron el grupo de prevalencia en las consultas, superando el 80%.
- En mujeres se evidencia mayor frecuencia de casos entre los 13 y 14 años, mientras que en los varones abarca las edades de 11 a 14 años, con un pico a los 14 años.
- En ambos sexos el método más utilizado en intento de suicidio fue la sobreingesta de psicofármacos, sin embargo, en los varones otros métodos alcanzan

un porcentaje considerable.

- En mujeres la sobreingesta representó un 75%, 11% autolesiones, 6% ahorcamiento, 4% caída desde altura, 3% consumo de sustancias tóxicas. En varones 45% fue por sobreingesta de fármacos, 33% ahorcamiento y 22% autolesiones.
- Los factores predisponentes identificados con mayor frecuencia fueron los siguientes: conflictiva familiar, separación de padres y fallecimiento de familiar cercano.

Como otro antecedente de nuestro país, se ha realizado una investigación en la ciudad de Buenos Aires<sup>16</sup> en donde se propuso indagar sobre diferentes investigaciones sobre el suicidio en un intento de poder constatar y destacar que la identificación y orientación psicológica de los sujetos adolescentes en riesgo suicida es una urgencia social y como tal debe ser estudiada. En la investigación se concluye que “el suicidio más que reflejar el no soportar seguir viviendo parece expresar el rechazo del propio sujeto a desvincularse de las percepciones preferidas de sí mismo”.

En cuanto a la importancia de los factores de riesgo, se ha realizado en Córdoba una investigación en la que se identificaron los factores asociados al riesgo suicida en niños y adolescentes hospitalizados por intento suicida y se evaluaron como factores de riesgo las siguientes variables: trastornos psicopatológicos y familiares. Esta investigación fue llevada a cabo mediante un estudio prospectivo en donde se realizaron entrevistas clínicas y test a pacientes con intentos suicidas; el total de la muestra fue de 41 jóvenes. Se obtuvo como resultado que el 56,1% de los intentos de suicidio fue de sexo femenino y el 43,9% de sexo masculino. Los factores de riesgo psicopatológico asociados al grupo con intento suicida fueron: intentos de suicidio previos y trastornos de conducta en los niños. En cuanto a los factores familiares: conductas suicidas/trastornos de conducta y composición de familia monoparental. Los investigadores concluyeron que el impacto emocional que provoca el suicidio es grande, y que más significativo es cuando es un niño o adolescente, por lo que es necesario tener una mirada integral biopsicosocial. También mencionan que, en Argentina, son pocos los estudios en la población infantojuvenil, respecto a esta temática, por lo que es necesario promover nuevas líneas de investigación y acción para asegurar la salud mental de los niños y adolescentes y evitar consecuencias que comprometan su vida.<sup>12</sup>

Materiales y métodos:

Diseño de estudio: Se lleva a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística, por conveniencia, de 44 pacientes de ambos sexos entre 10 y 25 años de edad con historia registrada de intentos de suicidio o ideación suicida durante los años 2021 y 2022 en Frías, Santiago del Estero, Argentina.

Criterios de inclusión:

- Personas de 10 a 25 años que hayan tenido intento de suicidio o ideación suicida durante 2021 y julio de 2022, que residan en la ciudad de Frías, Santiago del Estero
- Contar con historia clínica en el Programa Municipal de Prevención de Suicidio y Autolesiones de la ciudad de Frías o haber asistido a guardia externa del Hospital Zonal de Frías por intento de suicidio

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de 25 años de edad
- Recolección de datos: Los datos serán obtenidos de una fuente secundaria que es una base de datos desarrollada en el programa Microsoft Excel con información de las historias clínicas de los pacientes, que han sido facilitadas por referentes locales y autoridades del Programa Municipal de Prevención de Suicidio y Autolesiones de la ciudad de Frías, que cuenta con un grupo interdisciplinario de licenciados en psicología, psiquiatras, asistentes sociales y especialistas en salud comunitaria.

Análisis de datos: Tanto el género como las dimensiones de suicidalidad y factores de riesgo para suicidio, al ser variables cualitativas, serán descriptas como proporciones. Por su parte, la edad al ser una variable cuantitativa será expresada con su media  $\pm$  desvío estándar. Para determinar si existe relación entre los factores de riesgo y el intento de suicidio se utilizará Chi cuadrado y test de Fisher en los casos donde el valor esperado sea  $<5$ . Se determinará un valor de  $p < 0.05$ . Para determinar la existencia de asociación entre los factores de riesgo se utilizará Odds Ratio con sus respectivos intervalos de confianza (95%).

Aspectos éticos: el presente trabajo de investigación siguió los principios generales y lineamientos de confidencialidad, privacidad y consentimiento de la Declaración de Helsinki<sup>17</sup>. Según figura en las excepciones al consentimiento en RES. 1480/2011 del MSAL, no se requiere consentimiento informado para el caso de investigaciones observacionales, cuando se utilizan sólo datos o muestras no vinculables, lo cual es el caso de la base de datos que se utilizará en este estudio. La confidencialidad de los datos está garantizada por el anonimato de

la base18.

### Resultados

Se recolectaron datos de 61 pacientes, de los cuales 21 pacientes acudieron a la guardia externa del Hospital Zonal de Frías por intento de suicidio y 40 pacientes acudieron al Programa Municipal de Prevención de Suicidio y Autolesiones en la Ciudad de Frías. De estas, 17 pacientes eran mayores de 25 años por lo cual fueron excluidas (Figura 1). El análisis de datos evidenció que 26 pacientes (57%) fueron mujeres y 18 pacientes (43%) fueron hombres. La edad media fue de 18,4 +/- 3,8 años. El resto de los datos sociodemográficos se describen en la Tabla 1 (Tabla 1).

La prevalencia de intento de suicidio en la ciudad de Frías en adolescentes de 10 a 21 años durante el año 2021 fue de 5,5 c/1000 habitantes, mientras que la ideación suicida tuvo una prevalencia de 10,4 c/1000 habitantes. A comparación del año anterior, donde hubo una prevalencia de intento de suicidio de 11 c/1000 habitantes y la prevalencia 18,7 c/1000 habitantes, por lo tanto, se puede notar una disminución de ambas frecuencias con respecto al año 2020.

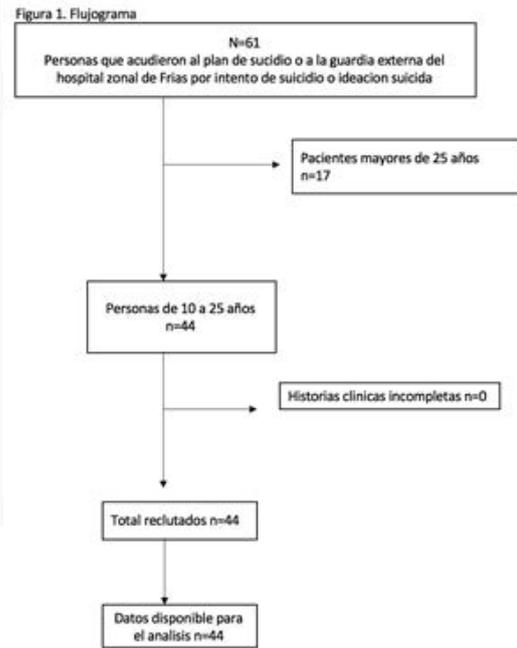


Tabla 1 - Características sociodemográficas (n=44)

Grupo de estudio (n=44)			
		Población con historia de intento de suicidio (n=24)	historia de ideación suicida, autolesiones, sin intento de suicidio (n=20)
Edad (años) (MEDIA + DS)		20,2 (3,12)	16,25 (3,6)
sexo	femenino	12 (50%)	14 (70%)
	masculino	12 (50%)	6 (30%)
Grupo etario	Adolescencia temprana (11-12 años)	0 (0%)	2 (10%)
	Adolescencia media (13-16 años)	4 (16,6%)	8 (40%)
	Adolescencia tardía (17-21 años)	10 (41,6%)	8 (40%)
	Adulto joven (22-25 años)	10 (41,6%)	2 (10%)
Escolaridad	Ninguno	0 (0%)	1 (5%)
	Primario completo	6 (25%)	13 (65%)
	Secundario completo	17 (70,83%)	6 (30%)
	Universitario completo	0 (0%)	0 (0%)
	Abandono de estudio	1 (4,1%)	0 (0%)

DS: Desvío estándar

Dentro de la tabla 1 (tabla 1), cuando analizamos los distintos grupos etarios podemos observar que de los pacientes dentro de la adolescencia temprana, los 2 pacientes (100%) tuvieron ideación suicida. Además, en el siguiente grupo, de los 12 totales, 4 (33,3%) tuvieron intento de suicidio y 8 (66,6%) solo ideación. Por último, dentro del grupo de adolescencia tardía se han obtenido 18 pacientes, donde 10 de ellos (55,5%) presentaron intento de suicidio y 8 (44,4%) solo ideación. Por último, dentro del grupo de adulto joven de un total de 12 pacientes, 10 (83,3%) tuvieron intento de suicidio y 2 (16,6%) solo ideación. Con esta información se puede determinar una mayor frecuencia de intento de suicidio en la adultez, seguido por la población cursando adolescencia media.

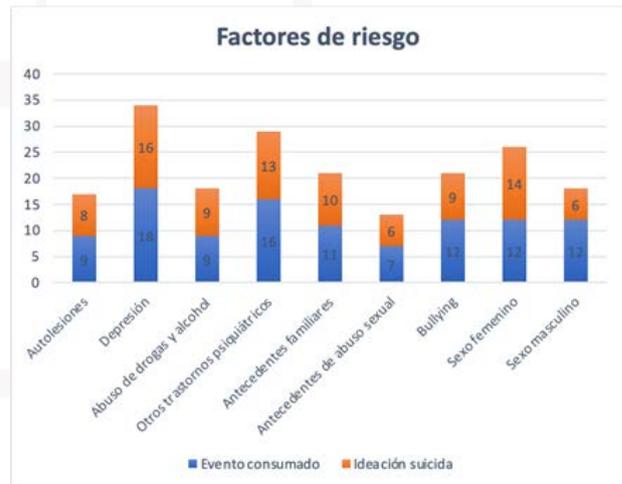
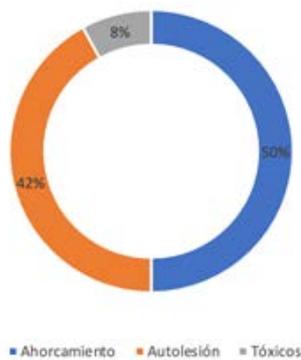


Gráfico 1. Mecanismo de lesión en el intento de suicidio.

Mecanismo de lesión en el intento de suicidio



El mecanismo lesional más prevalente en los pacientes con antecedente de intento de suicidio fue el ahorcamiento, representando un 50% de los casos. En segundo lugar fueron las lesiones cortantes, representando un 42% de los casos, y menos prevalente fue el consumo de tóxicos representando un 8% de los casos.

Gráfico 2. Factores de riesgo de suicidalidad

Dentro de los factores de riesgo se han descrito los siguientes: autolesiones, depresión, abuso de drogas y alcohol, otros trastornos psiquiátricos tales como insomnio, ansiedad, trastornos alimenticios, estrés; además se han descrito antecedentes familiares como historia de violencia verbal, psicológica o sexual, diagnósticos de ansiedad y depresión en familiares de primer y segundo grado e historia previa de intento de suicidio. También analizamos la presencia de antecedentes de abuso sexual y la presencia de bullying. Por último el sexo masculino vs femenino fueron descritos como un factor de riesgo a la hora de comparar el intento de suicidio con la ideación suicida.

El factor de riesgo más frecuente presentado por los pacientes fue la depresión, diagnosticada en 34 pacientes, representando un 76% del total. En segundo lugar se encuentra la presencia de otros trastornos psiquiátricos como insomnio, ansiedad, trastornos alimenticios y estrés, y por último, los antecedentes familiares.

Tabla 2. Tabla de Odds Ratio. Factores de riesgo

	Intento de suicidio	Ideación suicida	OR	IC 95%	P
Autolesiones si	9	8	0.9000	0.2795 to 2.953	0.8653
Autolesiones no	15	12			
Depresión si	18	16	0.7500	0.2101 to 2.766	0.6935
Depresión no	6	4			
Abuso de alcohol si	9	9	0.7333	0.2286 to 2.298	0.6144
Abuso de alcohol no	15	11			
Otros trastornos psiquiátricos si	16	13	1.077	0.2971 to 3.723	0.9075
Otros trastornos psiquiátricos no	8	7			
Antecedentes familiares si	11	10	0.8462	0.2765 to 2.550	0.7829
Antecedentes familiares no	13	10			
Antecedentes de abuso sexual si	7	6	2.722	0.6954 to 12.07	0.1707
Antecedentes de abuso sexual no	6	14			
Bullying si	12	9	1.222	0.4015 to 3.789	0.7409
Bullying no	12	11			
Hombre	12	6	2.333	0.7026 to 7.348	0.1791
Mujer	12	14			

OR: Odds Ratio. IC 95%: Intervalo de confianza 95%. P: p-valor

En cuanto a la comparación entre los factores de riesgo de suicidalidad evaluados en el presente estudio, podemos identificar que los valores de OR arrojaron resultados no significativos en su totalidad. Es decir, ninguno de los mismos representa realmente un factor de riesgo para el intento de suicidio, ideación suicida o autolesiones. Por otra parte, el antecedente de abuso sexual dentro de la tabla muestra una posible tendencia, ya que al tener en cuenta el intervalo de confianza y el valor de p, es el que se muestra más cercano a la significancia, por lo tanto, se podría pensar en el futuro qué pasaría si se evalúa con una muestra más amplia.

Por último, podemos observar que el sexo masculino también muestra una posible tendencia a ser factor de riesgo, ya que de un total de 18 pacientes dentro

del estudio, más de la mitad de ellos han presentado intento de suicidio, mientras que tan solo 6 de ellos han presentado únicamente ideación suicida. En comparación con el sexo femenino que 12 han presentado intento de suicidio y 14 únicamente ideación suicida, es decir, es más equilibrada la división entre ambos eventos.

Por último, creemos que tener un número mayor de mujeres puede deberse a que son quienes más acuden a la consulta en comparación a los hombres.

Tabla 3. Tabla de variables.

Variable	Descripción	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
Datos sociodemográficos	Conjunto de características biológicas, socioeconómico-culturales presentes en la población sujeta al estudio	Género	Género	Masculino Femenino	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Edad	Edad (años)		privada, cuantitativa, policotómica	revisión de historia clínica
		Grupo etario	Grupo etario	Adolescencia temprana (11-12 años) Adolescencia media (13-16 años) Adolescencia tardía (17-21 años)	Privada, cualitativa, nominal, policotómica	Revisión de historia clínica

Variable	Descripción	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
Factores de riesgo para suicidio	Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de tomar conductas de suicidalidad <sup>5</sup>	Antecedentes personales de suicidalidad	Antecedentes personales de suicidalidad	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Trastornos psiquiátricos	Diagnóstico de enfermedades psiquiátricas	Diagnóstico	Privada, cualitativa, nominal, policotómica	Revisión de historia clínica
	Se considera abuso sexual a cualquier tipo de actividad o contacto sexual, incluida la violación, que se produce sin consentimiento. El abuso sexual puede incluir actividades sin contacto, como el exhibicionismo o forzar a mirar imágenes de contenido sexual.	Antecedentes de abuso sexual	Antecedentes de abuso sexual	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Orientación sexual	Orientación de la atracción sexual, erótica, emocional, afectiva y/o romántica en relación al propio sexo	Heterosexual, homosexual, bisexual, otros	Privada, cualitativa, nominal, policotómica	Revisión de historia clínica
	Acoso escolar y toda forma de maltrato físico, verbal o psicológico que se produce entre escolares, de forma reiterada y a lo largo del tiempo	Bullying	Presencia de hostigamiento escolar o familiar	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica

Variable	Descripción	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
		Depresión	Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Edad	Edad (años)		Privada, cuantitativa, policotómica	Revisión de historia clínica
		Antecedentes familiares de suicidalidad	Antecedentes familiares de suicidalidad	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
Suicidalidad	Refiere a una amplia serie de conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento autolesivo e intentos de suicidio.	Intento de suicidio	Intento de suicidio	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Ideación suicida	Ideación suicida	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Autolesiones	Autolesiones	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica

Variable	Descripción	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
		Depresión	Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Edad	Edad (años)		Privada, cuantitativa, policotómica	Revisión de historia clínica
		Antecedentes familiares de suicidalidad	Antecedentes familiares de suicidalidad	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
Suicidalidad	Refiere a una amplia serie de conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento autolesivo e intentos de suicidio.	Intento de suicidio	Intento de suicidio	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Ideación suicida	Ideación suicida	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica
		Autolesiones	Autolesiones	si o no	Privada, cualitativa, nominal, dicotómica	Revisión de historia clínica

Los siguientes gráficos se comparan la ideación suicida con el intento de suicidio en función de los tres principales factores de riesgo, que son: autolesiones, antecedentes familiares y depresión, estos datos fueron obtenidos de la tabla de análisis y comparación del Odds Ratio (Tabla 2).

La depresión en ambos grupos mostró ser un factor altamente frecuente ya que se encontró presente en un 80% de los pacientes con ideación suicida y un 75% en los pacientes con intento de suicidio.

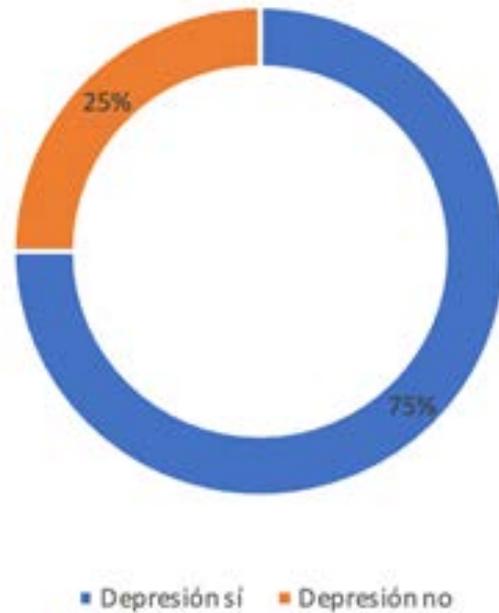
Por otra parte, los antecedentes familiares son un factor de riesgo que se encuentra con mayor frecuencia en la ideación suicida representan un 62% a diferencia del grupo intento de suicidio que se vio presente solo en un 46%.

Por último las autolesiones, a diferencia de lo esperado, no son tan frecuentes en ninguno de los casos. Dentro del grupo de ideación suicida solo se vio presente en un 40% de los pacientes, mientras que en intento de suicidio se vio presente en un 37%.

Gráfico 3. Ideación suicida según la presencia de depresión.

Gráfico 4. Intento de suicidio según la presencia de depresión.

### Intento de suicidio



### Ideación suicida

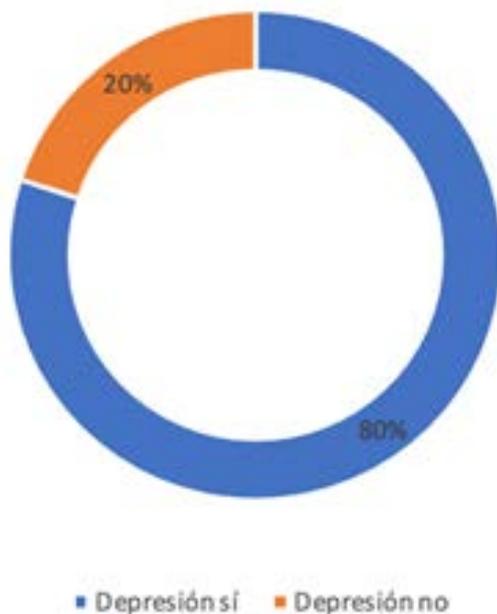
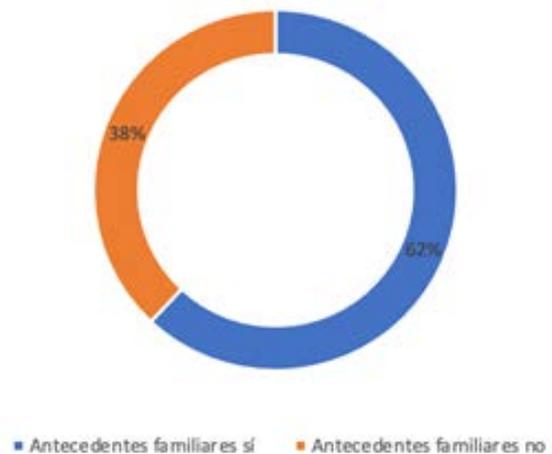


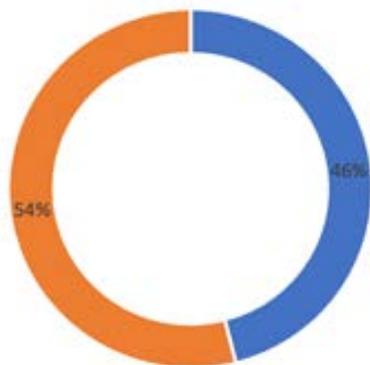
Gráfico 5. Ideación suicida según la presencia de antecedentes familiares

Gráfico 6. Intento de suicidio según la presencia de antecedentes familiares.

### Ideación suicida



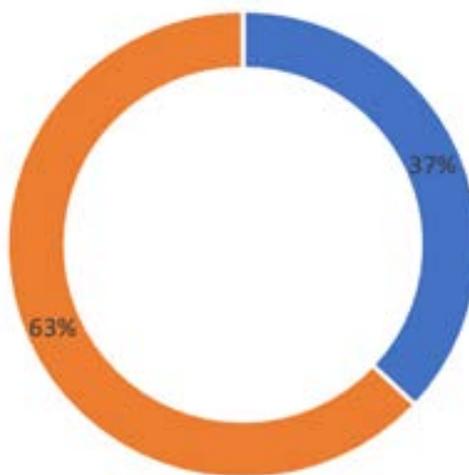
Intento de suicidio



■ Antecedentes familiares sí ■ Antecedentes familiares no

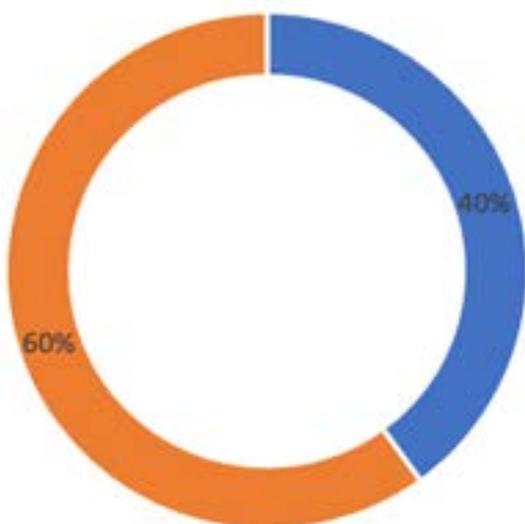
Gráfico 7. Ideación suicida según la presencia autolesiones.  
Gráfico 8. Intento de suicidio según la presencia de autolesiones.

Intento de suicidio



■ Autolesiones sí ■ Autolesiones no

Ideación suicida



■ Autolesiones sí ■ Autolesiones no

### Discusión

En el presente trabajo, se realizó un análisis de la frecuencia de intentos de suicidio e ideación suicida en una población que incluyó pacientes de 10 a 25 años, de ambos sexos, habitantes de la ciudad de Frías durante el año 2021 y hasta julio de 2022. Se obtuvo como resultado que la misma disminuyó en comparación a la presentada en años anteriores. Los factores de riesgo que se han encontrado más frecuentemente en los distintos grupos etarios fueron depresión, antecedentes familiares y antecedentes psiquiátricos. De todas formas, en su interpretación, no se obtuvieron resultados significativos para afirmar que estos lo sean realmente.

En comparación con el estudio realizado por la APSA, citado en estado del arte, tanto en dicha investigación como en la nuestra, las mujeres se presentaron con mayor frecuencia en la consulta por conductas suicidas. Por otro lado, en la ciudad de Frías el mecanismo lesional más frecuente fue el ahorcamiento, a diferencia del resultado arrojado por la APSA que fue la sobreingesta de psicofármacos, quedando el ahorcamiento en el tercer lugar. En cuanto a los factores predisponentes, fueron similares en ambos estudios. El factor de riesgo más frecuente en la investigación de la APSA fueron los antecedentes familiares, mientras que en nuestro estudio los antecedentes familiares quedaron en segundo lugar, siendo la depresión el factor de riesgo más frecuente.

Por otra parte, las mujeres presentaron mayor

frecuencia de consultas por conducta suicida también en el estudio realizado en el Hospital de Niños de Córdoba. A su vez, la depresión fue el factor de riesgo más frecuente, al igual que en nuestro estudio. Sin embargo, el método más frecuentemente empleado fue la ingesta de psicofármacos.

La fortaleza del presente estudio es haber sido el primero en la ciudad de Frías en describir y analizar datos de intento de suicidio e ideación en dos grupos etarios diferentes, por una parte los adolescentes de 10 a 21 años (temprana, media y tardía) y adultos jóvenes de 22 a 25 años.

El presente trabajo tuvo varias limitaciones. En primer lugar se demostró mediante el OR que los factores de riesgo descritos anteriormente no son factores de riesgo para el intento de suicidio, si pueden serlo para ideación suicida pero al no compararse con una muestra sana no se logra obtener el resultado.

En segundo lugar los datos obtenidos para la investigación fueron recabados a partir de historias clínicas realizadas por personal de enfermería en el hospital y por parte de psicólogos y psiquiatras que forman parte del programa, lo cual generó dificultades a la hora de interpretarlos y de obtener la información.

Por último la muestra está representada por un total de 44 pacientes, sería conveniente para futuras investigaciones obtener una muestra más grande y de esta forma recabar mayor información para así obtener mejores resultados teniendo en cuenta las limitaciones que se han presentado a lo largo de la investigación.

### Conclusión

A modo de conclusión a partir de los datos obtenidos se observó que la frecuencia de ideación suicida e intento de suicidio ha disminuido en el año 2021 en comparación con los datos correspondientes al 2020. Por otra parte, no se ha encontrado relación entre los factores de riesgo: autolesión, antecedentes familiares y depresión con el intento de suicidio ni con la ideación suicida.

A su vez, se ha logrado establecer una relación comparando entre sexos (hombres y mujeres). Si bien fue mayor el total de mujeres que tuvieron conductas suicidas, creemos que esto podría deberse a que son las pacientes de sexo femenino quienes acuden mayormente a la consulta. Asimismo, como se mencionó anteriormente, si bien fue mayor el número de mujeres con ideación suicida e intento de suicidio dentro del total de la muestra, de los hombres que consultaron o han acudido a la guardia de hospital más de la mitad de ellos presentaron al menos un intento de suicidio en su historia personal.

En relación a la frecuencia de intento de suicidio e

ideación suicida en pacientes de ambos sexos entre 10 y 25 años, se ha demostrado que existe una mayor frecuencia de ideación suicida que de intento de suicidio.

Al comparar pacientes de sexo femenino y sexo masculino, en cuanto a intento de suicidio e ideación de suicidio, se ha demostrado mayor frecuencia de los mismos en las mujeres.

Por otra parte la frecuencia de intento de suicidio e ideación suicida entre adolescentes y adultos jóvenes, se encontró una mayor prevalencia en adultos jóvenes de ambos grupos seguidos de los adolescentes dentro del rango medio (13-16 años).

Los factores de riesgo más frecuentes que se lograron identificar para los pacientes de ambos sexos entre 10 y 25 años, fueron depresión, presencia de antecedentes familiares y otros trastornos psiquiátricos.

Por último el perfil sociodemográfico de los adolescentes con ideación suicida e intento de suicidio se observó que existe un mayor porcentaje de paciente mujeres que de hombres. Con respecto a las edades se observó que existe un mayor número de pacientes dentro del rango etario de adolescencia tardía (17-21 años).

Cabe destacar la importancia de un trabajo interdisciplinario, conformado por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales para fomentar la creación de espacios terapéuticos intra y extrahospitalarios incluyendo actividades recreativas tanto sociales como deportivas conocidas por disminuir el riesgo de depresión. Además sería de gran relevancia llevar a cabo campañas de difusión sobre salud mental con el fin de promocionar la salud integral de los individuos.

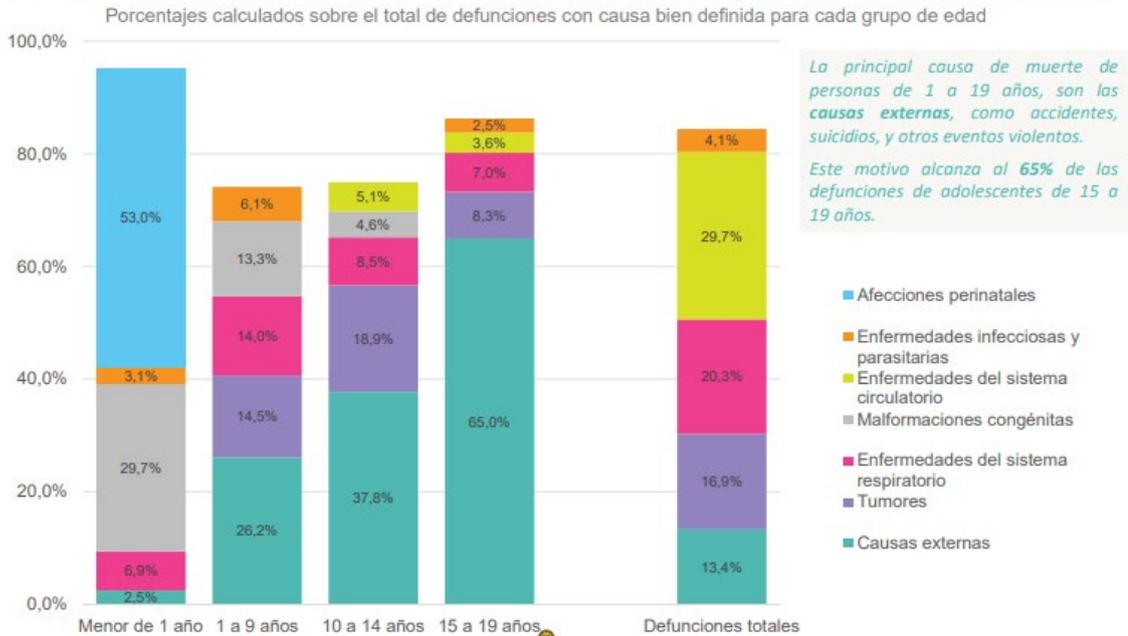
### Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 17 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Tinari, MC. El Suicidio Infantojuvenil en Argentina ¿Un problema a considerar?. Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv. 2015; 22 (1): 6-26
3. De la Torre, M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. 2013. Disponible en: [https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo\\_i\\_deacion\\_suicida.pdf](https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_i_deacion_suicida.pdf)
4. Indicadores de niñez y adolescencia . Argentina.gob.ar. 2021 . Disponible en:[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf\\_dngdi-indicadores\\_nna-mortalidad\\_de\\_0\\_a\\_19\\_anos-arg2019\\_25\\_abr\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/senaf_dngdi-indicadores_nna-mortalidad_de_0_a_19_anos-arg2019_25_abr_2022.pdf)
5. Unicef. El suicidio en la adolescencia: situación en la Argentina. 29 de mayo de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>
6. Rhodes AE, Khan S, Boyle MH, et al. Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of help-seeking behaviour. Can J Psychiatry 2013;58(5):274–82.
7. Unicef. ¿Qué es la adolescencia? Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>.
8. Unicef. Suicidio. Mayo de 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>.
9. Durkheim Emile. El suicidio. 1 ed. Madrid: Editorial Reus; 1928.
10. Carballo J, Llorente C, Kehrmann L, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 2020; 29: 759-776.
11. García-Rábago H, Sahagún-Flores J, Ruiz-Gomez A, et al. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Rev. Salud Pública. 2010; 12 (5): 713-721.
12. Bella M, Fernández R, Willington M. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. Rev Argent Salud Pública. 2010; 1 (3): 24-29.
13. Kaslow N. Suicidio en adolescentes, ¿cuáles son los factores de riesgo?. Disponible en : <https://childmind.org/es/articulo/suicidio-en-adolescentes-cuales-son-los-factores-de-riesgo/>.
14. Cañón Buitrago, S., Carmona Parra, J., Cañón Buitrago, S. and Carmona Parra, J., 2022. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. [online] Scielo.isciii.es. Available at: <[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014)> [Accessed 5 September 2022].
15. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Suicidio Infanto-Juvenil, una problemática actual. Sinopsis. 2019. Disponible en: <https://revistasinopsis.com.ar/investiga63d.php>.
16. Casullo M. Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. Anuario de Investigaciones. 2005; 12: 173-182.
17. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI\\_2013.pdf](http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf).
18. Ministerio de Salud. Resolución 1480/2011. Buenos Aires. 2011. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion\\_1480-2011.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion_1480-2011.pdf)

Anexo:

## Grandes grupos de causas de muerte

### Cinco principales grupos de causa de muerte de cada grupo de edad. Argentina, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

## Grandes grupos de causas de muerte

### Porcentaje de defunciones por causas externas, por grupo de edad y sexo. Argentina, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

## Principales causas de muerte

### Porcentaje de defunciones por suicidio, por grupo de edad y sexo. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones con causa bien definida para cada grupo de edad y sexo



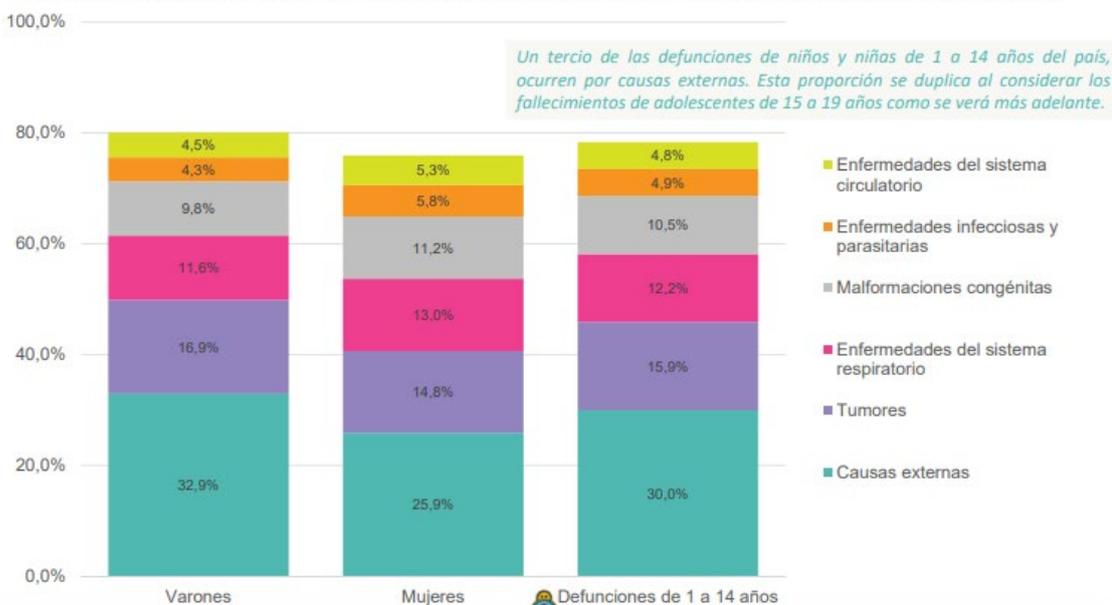
Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

46

## Principales causas de muerte (1 a 14 años)

### Seis principales grupos de causas de muerte de niños/as de 1 a 14 años, por sexo. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 1 a 14 años con causa bien definida para cada categoría de sexo



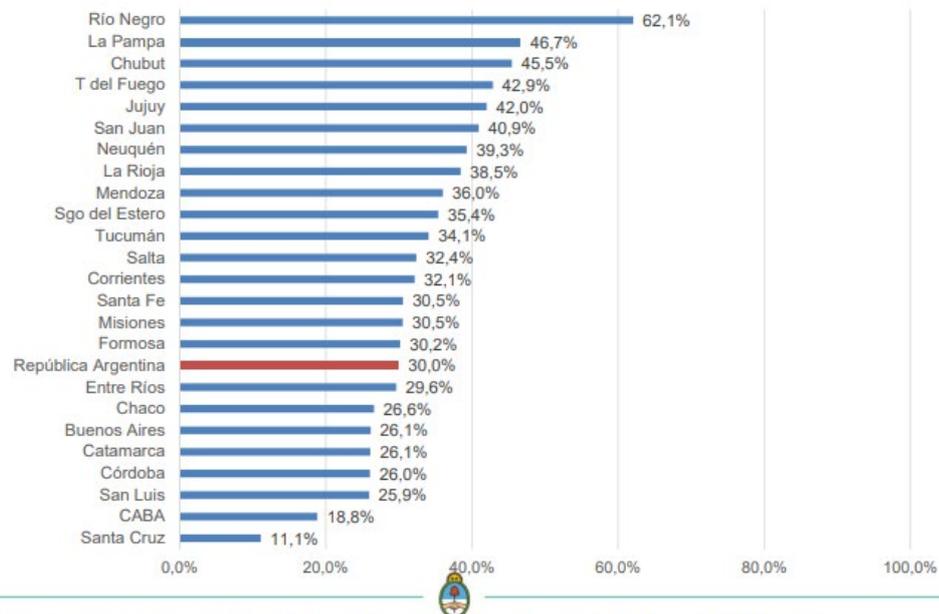
Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

55

## Principales causas de muerte (1 a 14 años)

### Porcentaje de defunciones de niños/as de 1 a 14 años por causas externas, por jurisdicción. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 1 a 14 años con causa bien definida para cada jurisdicción



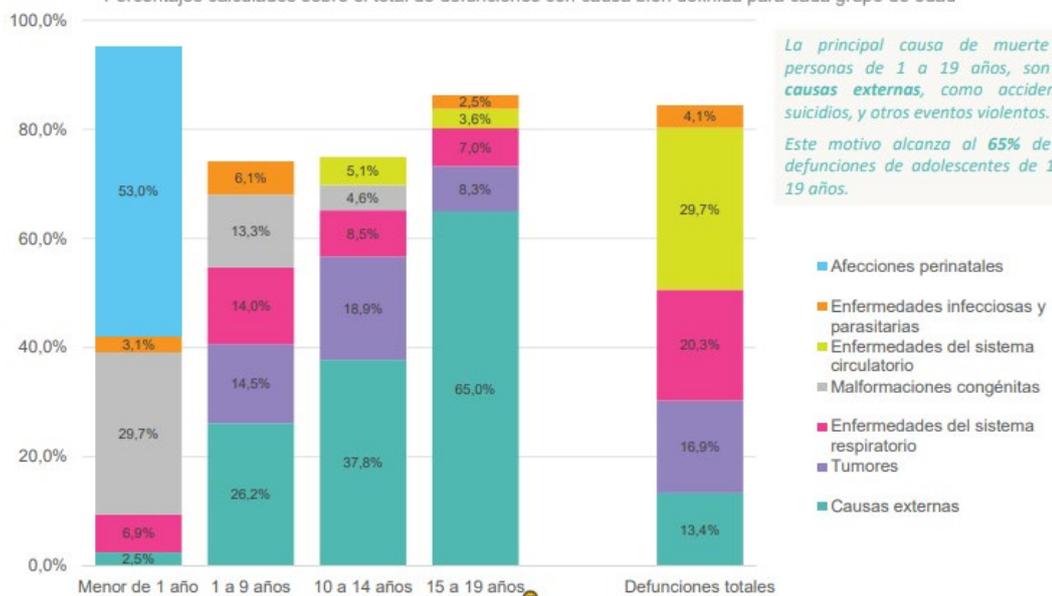
Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

56

## Grandes grupos de causas de muerte

### Cinco principales grupos de causa de muerte de cada grupo de edad. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones con causa bien definida para cada grupo de edad



La principal causa de muerte de personas de 1 a 19 años, son las causas externas, como accidentes, suicidios, y otros eventos violentos.

Este motivo alcanza al 65% de las defunciones de adolescentes de 15 a 19 años.

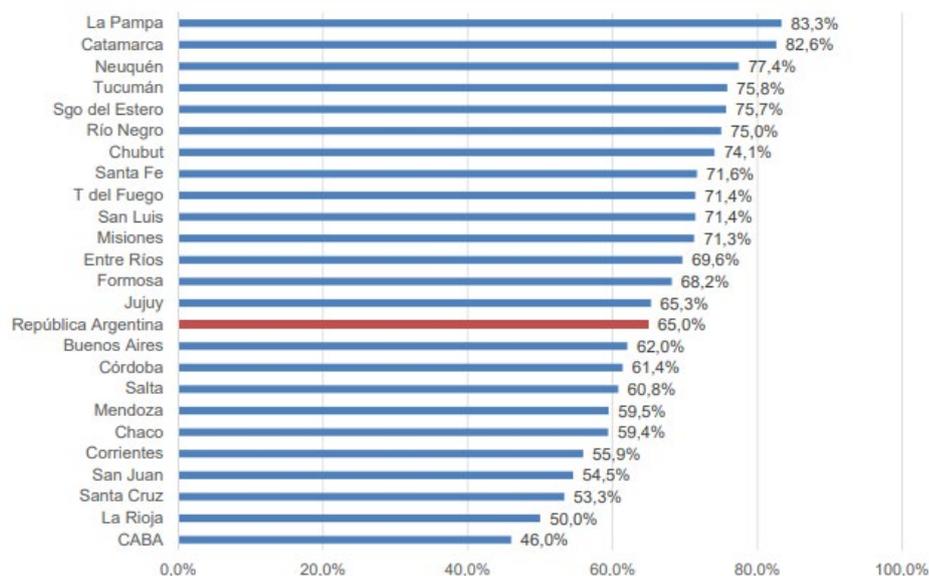
Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

38

## Principales causas de muerte (15 a 19 años)

### Porcentaje de defunciones de adolescentes por causas externas, por jurisdicción. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 15 a 19 años con causa bien definida para cada jurisdicción

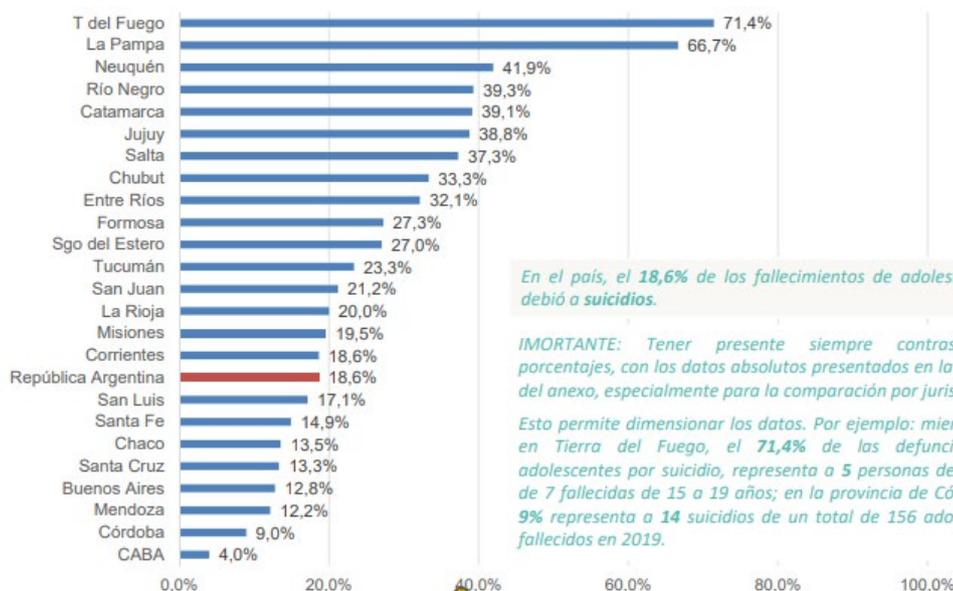


Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

## Principales causas de muerte (15 a 19 años)

### Porcentaje de defunciones de adolescentes por suicidio, por jurisdicción. Argentina, 2019

Porcentajes calculados sobre el total de defunciones de 15 a 19 años con causa bien definida para cada jurisdicción



En el país, el 18,6% de los fallecimientos de adolescentes se debió a suicidios.

**¡MORTANTE!** Tener presente siempre contrastar los porcentajes, con los datos absolutos presentados en la TABLA 7 del anexo, especialmente para la comparación por jurisdicción.

Esto permite dimensionar los datos. Por ejemplo: mientras que en Tierra del Fuego, el 71,4% de las defunciones de adolescentes por suicidio, representa a 5 personas de un total de 7 fallecidas de 15 a 19 años; en la provincia de Córdoba, el 9% representa a 14 suicidios de un total de 156 adolescentes fallecidos en 2019.

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicada por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

**TABLA 7. Cantidad de defunciones de 15 a 19 años, totales y con causa bien definida, por sexo y jurisdicción. Argentina, 2019.**

Jurisdicción de residencia del/la fallecido/a	Defunciones							
	Con causa bien definida				Totales			
	Varón	Mujer	Sin especificar	Ambos sexos	Varón	Mujer	Sin especificar	Ambos sexos
CABA	33	17	0	50	33	17	0	50
Buenos Aires	513	203	3	719	523	211	3	737
Catamarca	20	3	0	23	21	3	0	24
Córdoba	103	42	0	145	108	48	0	156
Corrientes	41	17	1	59	48	19	1	68
Chaco	61	35	0	96	64	36	0	100
Chubut	23	4	0	27	24	4	0	28
Entre Ríos	46	10	0	56	50	11	0	61
Formosa	31	13	0	44	31	13	0	44
Jujuy	29	20	0	49	32	20	0	52
La Pampa	4	2	0	6	6	2	0	8
La Rioja	10	10	0	20	11	10	0	21
Mendoza	48	26	0	74	52	28	0	80
Misiones	58	29	0	87	58	29	0	87
Neuquén	25	6	0	31	26	6	0	32
Río Negro	22	6	0	28	22	6	0	28
Salta	63	39	0	102	67	39	0	106
San Juan	19	14	0	33	20	15	0	35
San Luis	28	7	0	35	28	7	0	35
Santa Cruz	10	5	0	15	10	5	0	15
Santa Fe	133	60	1	194	143	64	1	208
Sgo del Estero	50	24	0	74	53	25	0	78
Tucumán	83	37	0	120	86	37	0	123
T del Fuego	6	1	0	7	6	1	0	7
Otro país	3	0	0	3	3	1	0	4
Sin especificar	9	6	0	15	9	6	0	15
<b>Total</b>	<b>1.471</b>	<b>636</b>	<b>5</b>	<b>2.112</b>	<b>1.534</b>	<b>663</b>	<b>5</b>	<b>2.202</b>



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de defunciones publicados por Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos/defunciones>)

75

# LORETO

## SANTIAGO DEL ESTERO

**Prevalencia de obesidad y sobrepeso y su relación con el nivel educativo en personas mayores de 18 años que asisten al Hospital Zonal de Loreto “Dr. Oscar Ábalos” en Loreto, Santiago del Estero, en agosto y septiembre 2022: estudio observacional y transversal.**

#### Autores:

- Álvarez Vidal Martín
- Beltrão Rosek Giulia
- Echeverría Bárbara
- Inhargue Isabel.

#### Docente supervisor:

- Dr Santiago Ábalos Mussi – Hospital “Dr Oscar Ábalos”- Loreto

#### Introducción :

El exceso de peso es un problema de salud de gran preocupación debido a su prevalencia y a su papel como factor de riesgo para varias enfermedades. En la etiopatogenia del sobrepeso y la obesidad se han señalado múltiples factores pero en la exploración de la asociación entre nivel educativo y los trastornos del peso corporal los resultados no son consistentes.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de obesidad y sobrepeso y su relación con nivel educativo en personas mayores de 18 años que asisten al Hospital Zonal de Loreto “Dr. Oscar Ábalos” en Loreto, Santiago del Estero.

**Población y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo. Se incluyeron adultos mayores de 18 años que asisten al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero en agosto y septiembre de 2022 que hayan

firmado el consentimiento informado. La muestra fue no probabilística intencional y por conveniencia. Se analizó demografía, incluyendo edad, sexo, valores antropométricos y nivel educativo mediante X<sup>2</sup> y OR considerando significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La muestra total del estudio fue de  $n=105$ . La mediana de edad fue de 37 años, siendo 60% mujeres. El 71,4% presentaba exceso de peso. Se evidenció una asociación entre bajo nivel educativo y exceso de peso significativa ( $p=0.0229$ ). Se demostró que poseer un bajo nivel educativo representa un factor de riesgo al aumentar las probabilidades de padecer exceso de peso al doble (OR=2,75; IC 1.1504 - 6.5895).

**Conclusiones:** La prevalencia de exceso de peso es de 71,4%. Se evidenció una mayor prevalencia de exceso de peso en personas adultas de bajo nivel educativo al compararla con aquellos de nivel

educativo medio-alto (80% vs 57%), estableciendo al bajo nivel educativo como un factor de riesgo para presentar exceso de peso.

Palabras claves: sobrepeso, obesidad, educación

## INTRODUCCIÓN

El exceso de peso es un problema de salud de gran preocupación tanto en Argentina como en el resto del mundo, debido a su prevalencia y a su papel como factor de riesgo para enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos locomotores y algunas variedades de cáncer (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñón y colon). Es un problema epidémico, crónico, heterogéneo y social, siendo una de las principales causas de discriminación en el país.

El exceso de peso es una enfermedad crónica no transmisible provocada por el desbalance entre la ingesta energética y el gasto. El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el exceso de peso en los adultos. Se considera exceso de peso a un IMC mayor o igual a 25, el cual incluye al sobrepeso (IMC igual o superior a 25 y menor a 30) y a la obesidad (IMC igual o superior a 30)<sup>1</sup>

En la etiopatogenia del sobrepeso y la obesidad se han señalado múltiples factores, entre los que se incluyen edad, género, nacionalidad, nivel socio-económico, actividad física, estado marital, consumo de alcohol o tabaquismo<sup>2</sup>, pero en la exploración de la asociación entre el nivel educativo y los trastornos del peso corporal los resultados no son consistentes.

En Argentina 6 de cada 10 adultos presentan exceso de peso, habiendo aumentado en los últimos tiempos por causa de los alimentos ultra procesados con alto contenido graso, de azúcar y de sal, y por aumento de la vida sedentaria. Estos cambios en los sistemas alimentarios, junto con la falta de información nutricional y la dificultad socioeconómica para acceder a alimentos saludables, inocuos, asequibles y sostenibles, hace que la desnutrición y la obesidad estén cada vez más relacionadas entre sí y más presentes en nuestro país y en el mundo. Es por esto que una de las principales políticas a aplicar mundialmente para el control de la obesidad consiste en la educación e información nutricional, ya que mayores niveles educativos permiten mejor conocimiento sobre la composición de los alimentos, las necesidades nutricionales a diferentes edades y las consecuencias que genera para los individuos la obesidad.

Las seis provincias pertenecientes al noroeste argentino (NOA) (Jujuy, Salta, Catamarca, Tucumán, Santiago del Estero y La Rioja) pertenecen a un grupo homogéneo, ya que además de las características

económicas y demográficas, comparten también los antecedentes históricos, etnohistóricos y culturales. Comparada con el resto del país el NOA conforma, junto con otras provincias del NEA, el territorio más pobre con bajos niveles de actividad económica, bajo nivel de escolarización y educación superior, elevados porcentajes de necesidades básicas insatisfechas, altos porcentajes de pobreza e indigencia, altas tasas de mortalidad materno-infantil y peores condiciones sanitarias, por lo cual presenta los más bajos indicadores de desarrollo humano<sup>3</sup>. Esto se refleja con una cada vez más creciente evolución hacia la obesidad, y como en muchas otras regiones de bajos y medianos ingresos, se afronta doble carga de morbilidad por la coexistencia de exceso de peso y otros factores de riesgo cardiovasculares con enfermedades infecciosas.<sup>1</sup>

El sistema educativo Argentino está dividido en cuatro sectores: educación inicial, educación primaria, educación secundaria y educación superior (terciario y universitario). Según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE)<sup>12</sup>, desarrollada por la UNESCO como marco de referencia estándar internacional, en el presente trabajo se define como nivel educativo bajo haber completado como máximo la instrucción primaria en la que el aprendizaje es de un nivel de complejidad básico con muy poca o ninguna especialización, y por otro lado, nivel educativo medio y alto a cualquier nivel más allá del primario.

Según el Censo Nacional de 2010, Santiago del Estero es la provincia con menor porcentaje de población con secundario completo o estudios superiores, siendo este valor solo del 15% sobre una población de aproximadamente 910.000 habitantes. Esta cifra es aún inferior a otras provincias que sufren condiciones socioeconómicas semejantes, como Formosa (19%) o Chaco (18%). El departamento de Loreto, Santiago del Estero posee una población de 20.036 personas, 9696 hombres y 10340 mujeres, pero no se encuentran reportados los niveles de escolarización de los habitantes.

De acuerdo con datos de la Encuesta de Factores de Riesgo de 2013, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) en Argentina fue de 57,9%, compuesto por un 37,1% de personas con sobrepeso y un 20,8% de personas con obesidad. En la ENFR de 2018 se obtuvo una prevalencia de exceso de peso en ascenso, de 66,1%. Con respecto al nivel de educación, se observó en el grupo con nivel educativo más bajo (primario incompleto) una mayor prevalencia de exceso de peso que la del nivel educativo más alto (secundario completo) (79,7% vs. 60,6% respectivamente). Esto plantea a las poblaciones de menor nivel

educativo y socioeconómico, como las que tienen más prevalencia de obesidad, lo cual corrobora la tendencia mundial y nacional, y establece un asunto importante a seguir investigando.

En la provincia de Santiago del Estero la ENFR 2018 obtuvo una prevalencia de exceso de peso de 65,3% compuesta de 35,4% de sobrepeso y 29,9% de obesidad. No obstante, no hay suficiente información acerca de poblaciones de los distintos departamentos de la provincia.

Hasta la fecha, en Loreto, Santiago del Estero no existe la información suficiente para poder conocer la relación entre nivel educativo y el exceso de peso corporal, por lo que el objetivo general de este trabajo es determinar la prevalencia de obesidad y sobrepeso y su relación con nivel educativo en personas mayores de 18 años que asisten al Hospital Zonal de Loreto “Dr. Oscar Ábalos” en Loreto, Santiago del Estero.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los individuos encuestados.
- Determinar la prevalencia de obesidad y sobrepeso en personas mayores de 18 años.
- Determinar la asociación entre obesidad y sobrepeso y bajo nivel educativo.
- Establecer la asociación entre obesidad y sobrepeso y sexo en individuos adultos.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

**Diseño:** El presente estudio exhibe un diseño observacional, descriptivo, con corte transversal. Se calcula la prevalencia de obesidad y sobrepeso, y su relación con el nivel educativo en personas mayores de 18 años que asisten al Hospital Zonal de Loreto, Loreto, Santiago del Estero, en agosto y septiembre de 2022.

**Población:** La población accesible al estudio fue constituida por adultos mayores de 18 años que asisten al Hospital Zonal de Loreto, Loreto, Santiago del Estero, en agosto y septiembre de 2022. El muestreo llevado a cabo fue no probabilístico intencional y por conveniencia. La selección de los sujetos estudiados fue secundaria a determinados criterios y características que debían cumplir.

#### Criterios de inclusión:

- Personas adultas mayores de 18 años.
- Personas que asisten al Hospital Zonal de Loreto, Loreto, Santiago de Estero, Argentina.
- Personas que residen en el departamento de Loreto, Santiago de Estero, Argentina.
- Personas que hayan aceptado el consentimiento informado firmado.

#### Criterios de exclusión:

- Personas que no firmen el consentimiento informado.

#### Criterios de eliminación:

- Realización de encuestas de manera incompleta.

#### Recolección de datos e instrumentos utilizados

La recolección de las variables utilizadas en el presente trabajo se realizó a través de la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 realizada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Control de Enfermedades No Transmisibles (DNPSyCECNT), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)<sup>10</sup>.

El formulario consto del bloque individual y el bloque de mediciones antropométricas. Del bloque individual se analizó el nivel educativo donde se dividió en las categorías: primaria completa/incompleta, secundaria completa/incompleta y educación superior completa/incompleta. (Anexo 1) Además, se midió las variables antropométricas. Para determinar el peso y la talla se utilizó una balanza de adultos y un tallímetro con el paciente de pie. El formulario de la encuesta fue transcrito a un formulario de Google en línea que permitió a los responsables encuestados completarlo durante la consulta y con la presencia de un miembro del equipo de trabajo de investigación que le fue respondiendo las dudas que surgieran. Ante situaciones de analfabetismo el cuestionario fue leído al participante.

#### Análisis Estadístico

Se utilizó una base de datos elaborada en Microsoft Excel 2019, los cuales fueron analizados utilizando el programa GraphPad Prism 9. A partir de los datos recolectados se realizó estadística descriptiva. Se evaluó la distribución de las variables cuantitativas con el test de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas se las describió con mediana y rango intercuartílico ya que presentaron distribución no paramétrica/ no normal. Las variables cualitativas se describieron como frecuencia absoluta y porcentaje. Se acepta un p valor <0,05 como estadísticamente significativo.

Con el objetivo de buscar la asociación entre exceso de peso y bajo nivel educativo, y la asociación entre sexo y exceso de peso, se armaron tablas de contingencia de 2x2, en las que se contrastó el exceso de peso (si/no) con bajo nivel educativo (si/no), y sexo (mujer/hombre) con exceso de peso e IMC normal, respectivamente. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado y se calculó la razón de probabilidades (odds ratio, OR) con el intervalo de confianza del 95% (IC 95%). La prevalencia de sobrepeso y obesidad se expresó como porcentaje.

#### Aspectos Éticos

Para el desarrollo de la investigación se siguen los principios generales y los lineamientos de privacidad, confidencialidad y consentimiento de la Declaración de Helsinki. Se les proporcionó a todos los participantes un consentimiento informado para

confirmar la participación en el estudio. (Anexo 2). A su vez, se mantuvo en el anonimato a los participantes para resguardar sus derechos y si un individuo decide abandonar la investigación una vez iniciada, tendrá la libertad de hacerlo.

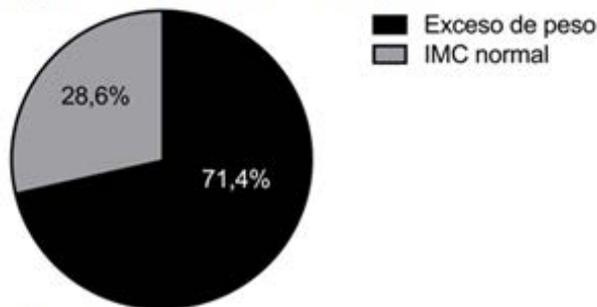
### RESULTADOS

Se incluyeron 105 individuos que asistieron al Hospital Zonal de Loreto, Santiago del Estero, durante los meses de agosto y septiembre de 2022. En la Figura 1, se puede observar el diagrama de flujo.

Figura 1. Diagrama de Flujo



Figura 2. Prevalencia de exceso de peso



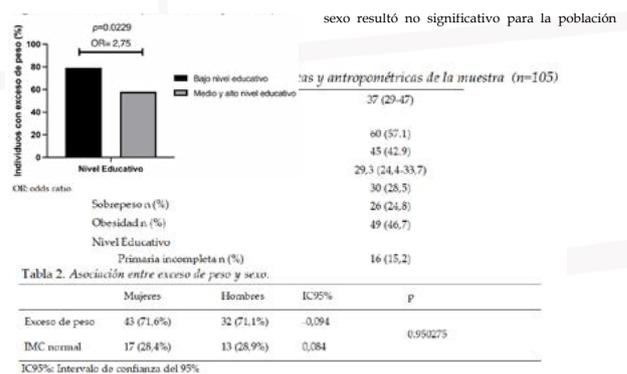
IMC: índice de masa corporal

Los datos sociodemográficos de las personas participantes que formaron la muestra final se resumen en la Tabla 1. La mediana de edad de los encuestados fue de 37 años con un rango intercuartílico de 29-47. La mayoría de los encuestados pertenecieron al sexo femenino (57,1%). La mediana del IMC fue de 29,3kg/m<sup>2</sup>, con un rango intercuartílico de 24,4-33,7. Con respecto al nivel educativo, 16 encuestados (15,2%) no completaron la educación primaria, 32 (30,5%) alcanzaron

la educación primaria completa, 19 (18,1%) no finalizaron la educación secundaria, 16 (15,2%) alcanzaron la educación secundaria completa, 7 (6,7%) no completaron la educación superior, y 15 (14,3%) finalizaron educación superior. La prevalencia de exceso de peso entre el total de los individuos encuestados es de un 71,4% (Figura 2), presentando el 24,8% sobrepeso y el 46,7% obesidad.

En el grupo de bajo nivel educativo, el 80% (n=53) presentó exceso de peso, mientras que en el grupo de nivel educativo medio y alto, el porcentaje de exceso de peso fue de 57% (n=22). Se evidenció una asociación entre bajo nivel educativo y exceso de peso significativa ( $p=0.0229$ ). Se demostró que poseer un bajo nivel educativo representa un factor de riesgo al aumentar las probabilidades de padecer exceso de peso al doble ( $OR=2,75$ ; IC 1.1504 - 6.5895). ( $\chi^2=5.3449$ ,  $p=0.0229$ ) (Figura 3)

El resultado de la asociación de exceso de peso y sexo resultó no significativo para la población



estudiada ( $p=0.950$  IC  $-0.094-0.084$ ) y por lo tanto dichas variables son independientes (Tabla 2).

#### DISCUSIÓN

En el presente trabajo se realizó un análisis de la prevalencia de exceso de peso y su relación con el nivel educativo en la población mayor de 18 años de Loreto, Santiago del Estero que asistió al Hospital Zonal de Loreto. Se obtuvo asociación significativa al comparar exceso de peso y nivel educativo, resultando el bajo nivel educativo como un factor de riesgo para presentar exceso de peso. Es destacable que un 71,4% de la población presentó exceso de peso. A pesar de la evidencia demostrada en los diversos estudios correspondientes a otros países y de Capital Federal, se remarca la ausencia de estudios estadísticos del tema en la provincia de Santiago del Estero y otras provincias del norte argentino.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la prevalencia de exceso de peso en la provincia de Santiago del Estero es de 65%<sup>10</sup>, resultando menor a la obtenida en el trabajo actual. Se evidenció también un gradiente descendente a medida que aumentó el nivel de instrucción, comparando casi un 80% de exceso de peso en las personas con primario incompleto y un 56,6% en personas con secundario completo y más, lo cual se condice con lo expuesto en el presente trabajo. Por otro lado, la prevalencia de exceso de peso en la esta investigación resultó mayor que la determinada en una investigación llevada a cabo por la Universidad Nacional de Catamarca, donde fue esta fue de 60,3% en la población adulta las provincias de Jujuy y Catamarca, lo que resulta en un contraste al tratarse de provincias pertenecientes a la misma región del país.

La relación entre nivel educativo y exceso de peso fue estudiado en diversos estudios. En primer lugar, un documento elaborado por la Universidad de Alicante alerta sobre el incremento sostenido de la prevalencia de obesidad en España y afirma que el porcentaje de población obesa entre las personas sin estudios es más del doble que entre los que recibieron educación superior (20.9% vs. 9.4%). También en un estudio de cohorte europeo que incluyó 477.867 adultos de ambos sexos se encontró una relación inversa entre IMC y perímetro de cintura con el nivel educativo. Otro estudio llevado a cabo en España demuestra que el 26,7% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje fue del 19,0% y del 13,3% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo respectivamente, y del 9,8% en los de estudios universitarios. En Australia, Inglaterra, Canadá y Corea se estudió la relación entre

obesidad y años de estudio, y se concluyó que existe una relación negativa fuerte entre ambas variables en todos los países mencionados a excepción de Corea. Esto significa que cada año adicional de educación se asocia con una menor posibilidad de ser obesos en Australia, Canadá e Inglaterra. Por último, un estudio llevado a cabo en el Hospital Argerich en Buenos Aires<sup>2</sup> obtuvo una asociación no independiente y significativa entre la obesidad y el menor nivel educativo, lo cual refleja un resultado similar al obtenido en la investigación actual.

Como fortaleza de este trabajo se considera el hecho de que de acuerdo con la búsqueda bibliográfica realizada, este trabajo de investigación aparenta ser el primero de esta índole a ser realizado en Loreto, Santiago del Estero, lo cual podría ser útil como referencia para próximos estudios a realizar.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo, se remarca en primer lugar al tiempo escaso para la recolección de datos, hecho que generó complicaciones a la hora de realizar un trabajo de campo más amplio, incluyendo zonas aledañas al hospital. También se consideró con respecto a la búsqueda bibliográfica la falta de información demográfica puesto que la más actualizada brindada por el CENSO es de 2010. Por otro lado, la selección a conveniencia de la muestra, que involucra solo a las personas que acceden al hospital, por lo cual la muestra podría no ser representativa del centro urbano. Por último, se consideró una limitación la insuficiente bibliografía previa acerca de las características de la población de Loreto, Santiago del Estero, y de la provincia en general.

Se recomienda realizar nuevos estudios para orientar a futuras investigaciones y brindar información para la nueva formulación de estrategias para garantizar el acceso a la educación y focalizar en la población con menor nivel de instrucción los programas de Salud Pública que ayudan al mantenimiento de un peso saludable, para poder contribuir en la prevención de los trastornos por exceso del peso corporal.

#### CONCLUSIÓN

En conclusión, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es de 71,4% (24,8% y 46,7% respectivamente) en la población encuestada. No se encontró diferencia significativa entre ambos sexos. Se evidenció una mayor prevalencia de exceso de peso en personas adultas de bajo nivel educativo al compararla con aquellos de nivel educativo medio-alto (80% vs 57%), estableciendo al bajo nivel educativo como un factor de riesgo para presentar exceso de peso. En base a los resultados obtenidos, se considera importante aplicar políticas para aumentar el nivel educativo de la población

de la región para fomentar la prevención de una enfermedad tan prevalente como el exceso de peso y sus consecuencias.

ANEXOS

**10. MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS (MA)**

**1** ¿El encuestado firmó el consentimiento? (No leer al encuestado)  
 Sí  (1) → **2**  
 No  (2) (Especificar) .....  
 .....  
 .....  
 Ausencia del personal de Salud  (99) → **FIN DE LA ENTREVISTA. PASE A (11)**

**2** En la última media hora, ¿ha tomado café, café con leche, té, mate u otras bebidas que puedan contener cafeína o ha fumado cigarrillos?  
 Esta pregunta la hará el personal de Salud: registre la respuesta del encuestado  
 Sí  (1) → **SI HAY CONSENTIMIENTO → PASAR A C Y FLUJO REVISITA**  
 No  (2)

**3** Registre si el encuestado consintió medirse la presión  
 (No leer al encuestado)  
 Sí  (1)  
 No  (2) → **5**

**4** Medición de la presión

Medición	Sistólica	Diastólica
Primera medición	4.1.a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4.1.b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Segunda medición	4.2.a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4.2.b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tercera medición	4.3.a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4.3.b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

→ **SI COMPLETÓ TODAS LAS MEDICIONES → 9**

**5** Registre por qué no consintió medirse la presión  
 No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo  (1)  
 Otra razón (Especificar).....  
 .....  
 .....  (2)

**6** Registre si el encuestado consintió medirse la altura  
 (No leer al encuestado)  
 Sí  (1)  
 No  (2) → **8**

**7** Medición de la altura  
 Medición:    (en CENTÍMETROS)  
 → **SI COMPLETÓ LA MEDICIÓN → 9**

**8** Registre por qué no consintió medirse la altura  
 No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo  (1)  
 Otra razón (Especificar).....  
 .....  
 .....  (2)

**9** Registre si el encuestado consintió pesarse  
 (No leer al encuestado)  
 Sí  (1)  
 No  (2) → **11**

**10** Medición del peso  
 Medición:    (en KILOGRAMOS)  
 → **SI COMPLETÓ LA MEDICIÓN → 12**

**11** Registre por qué no consintió pesarse  
 No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo  (1)  
 Otra razón (Especificar).....  
 .....  
 .....  (2)

**12** Registre si el encuestado consintió medirse el perímetro de la cintura  
 (No leer al encuestado)  
 Sí  (1)  
 No  (2) → **15**

**13** Medición del perímetro de la cintura  
 Medición:    (en CENTÍMETROS)

**14** Medición realizada:  
 Directamente sobre la piel  (1)  
 Con ropa fina (Especificar).....  
 .....  
 .....  (2)

→ **SI COMPLETÓ TODAS LAS MEDICIONES → (MC)**

**15** Registre por qué no aceptó medir el perímetro de la cintura  
 No tenía tiempo en ese momento pero está dispuesto a hacerlo  (1)  
 Otra razón (Especificar).....  
 .....  
 .....  (2)



Situación conyugal	Educación				Cobertura de salud						
5	6	7	8	9	10						
¿Actualmente está...	¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo?	¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?	¿Finalizó ese nivel?	¿Cuál fue el último grado/año que aprobó?	¿Está asociado a...						
Anote código	Anote código	Anote código	Anote código	Anote código	Marque con una cruz todas las opciones que correspondan						
1. ...unido/a? 2. ...casado/a? 3. ...separado/a? 4. ...divorciado/a? 5. ...viudo/a? 6. ...soltero/a?	1. Asiste 2. Asistió 3. Nunca asistió → 10	1. Jardín/Preescolar 2. Primario 3. E.G.B. (1° a 9° año) 4. Secundario (1° a 5° o 6° año) 5. Polimodal (1° a 3° o 4° año) 6. Terciario 7. Universitario 8. Posgrado universitario 9. Educación especial	1. Sí → 10 2. No	0. Ninguno 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto 5. Quinto 6. Sexto 7. Séptimo 8. Octavo 9. Noveno 99. Ns/Nc	1. ...una obra social (incluye PAMI)? 2. ...una prepaga a través de obra social? 3. ...una prepaga por contratación voluntaria? 4. ...un servicio de emergencia médica? 5. ...un programa o plan estatal de salud? 6. No está asociado a nada 99. Ns/Nc						
					1.	2.	3.	4.	5.	6.	99.
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

**TÍTULO DEL ESTUDIO: PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL ZONAL DE LORETO, SANTIAGO DEL ESTERO, DURANTE AGOSTO 2022. ESTUDIO OBSERVACIONAL, Y TRANSVERSAL.**

Se le invita a participar en un estudio de investigación clínica. Antes de decidir si desea o no participar, se le ruega que lea cuidadosamente la información que sigue y si hay algo que no le resulta claro o si desea más información haga todas las preguntas que sean necesarias a su médico. De usted depende la decisión de participar o no. Si decide participar, se le pedirá que complete, firme y feche este formulario de información y consentimiento.

Usted pertenece a un grupo de pacientes que va a completar un bloque de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, acerca de mediciones antropométricas y componentes del hogar, para poder investigar la prevalencia de obesidad y su relación con el nivel educativo.

Su negativa a participar en el estudio no implicará ningún cambio en la calidad de atención médica que reciba.

Los datos y resultados de este estudio podrán ser publicados en revistas médicas o utilizados en informes científicos pero su identidad nunca será divulgada. Todos los datos recogidos relacionados con este estudio serán tratados en la más estricta confidencialidad y únicamente serán usados para el propósito de la investigación.

Yo, el que suscribe (indique su nombre y apellido).....

.....  
con domicilio en ( indique su dirección completa).....

.....  
Acepto libremente participar en el estudio: PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL ZONAL DE LORETO, SANTIAGO DEL ESTERO, DURANTE AGOSTO 2022. ESTUDIO OBSERVACIONAL, Y TRANSVERSAL.

He recibido una explicación detallada de parte de .....quien condujo la discusión del consentimiento informado sobre la naturaleza, propósito y duración del estudio. He podido hacerle preguntas acerca de todos los aspectos de le estudio.

Me notifico que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento si así lo deseo y que mi decisión no afectará en modo alguno la calidad de atención que recibo.

Mi identidad nunca será divulgada y cualquier información recogida se mantendrá confidencial. Acepto que no intentaré restringir el uso que pueda surgir de los resultados del estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Sánchez C, Maddalena N, Penalba M, Quarleri M, Torres V, Wachs A. Relación entre nivel de instrucción y exceso de peso en pacientes de consulta externa: Estudio transversal. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2017; 77( 4 ): 291-296. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802017000400007&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000400007&lng=es).

Lomaglio D, Carrillo R, Mesa María S, Dipierri J, Bejarano F, Morales Jet al . Perfil antropométrico en adultos del Noroeste Argentino. Rev Arg Antrop Biol [Internet]. 2015; 17(1):7-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-79912015000100003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-79912015000100003&lng=es).

Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina [Internet]. Buenos Aires, Argentina; 2017. Disponible en: [https://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos\\_0000001137cnt-2017-09\\_cuadernillo-obesidad.pdf](https://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos_0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf)

Más de un tercio de los países de ingresos bajos y medianos se enfrentan a los dos extremos de la malnutrición [Internet]. OMS. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-12-2019-more-than-one-in-three-low-and-middle-income-countries-face-both-extremes-of-malnutrition>

Temporelli KL, Miotto CA. Obesidad en Argentina: una problemática emergente y urgente. [Internet]. 2020;. Disponible en: [https://bahiablanca.conicet.gov.ar/boletin/boletin29/indexadff.html?option=com\\_content&view=article&id=3110:obesidad-en-argentina-una-problematika-emergente-y-urgente&catid=188:articulos&Itemid=1615](https://bahiablanca.conicet.gov.ar/boletin/boletin29/indexadff.html?option=com_content&view=article&id=3110:obesidad-en-argentina-una-problematika-emergente-y-urgente&catid=188:articulos&Itemid=1615)

Niveles educativos [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/niveles-educativos>

Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE 2011. Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). En: <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/iscde-2011-sp.pdf>;

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. CABA; 2010.

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. 4.ª ed. 2019. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_principales-resultados.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf)

Lomaglio D. Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA). Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria [Internet]. 2012;32. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/TRANSICION.pdf>

Álvarez-Dardet C, Clemente V, González Zapata LI, Ortiz Moncada R, Ortiz Barreda GM. Opciones de Políticas Públicas para afrontar la Obesidad. Departamento de Salud Pública Universidad de Alicante. Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS), 2006. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17479/1/OPCIONES\\_DE\\_POLITICAS\\_PUBLICAS\\_PARA\\_AFRONTAR\\_LA\\_OBESIDAD.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17479/1/OPCIONES_DE_POLITICAS_PUBLICAS_PARA_AFRONTAR_LA_OBESIDAD.pdf)

Hermann S, Rohrmann S, Linseisen J, et al. The association of education with body mass index and waist circumference in the EPIC-PANACEA study. BMC Public Health 2011; 11: 169. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-169>

Márquez Díaz RR. Obesidad: prevalencia y relación con el nivel educativo en España. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/marquezdiaz.pdf>

Sassi F, Devaux M, Cecchini M, Rusticelli E. The obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries, 2009 [consultado 24 Nov 2010]. Disponible en: [http://www.oalis.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000EFE/\\$FILE/JT03261624.PDF](http://www.oalis.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000EFE/$FILE/JT03261624.PDF)

# MONTE QUEMADO

SANTIAGO DEL ESTERO

**“Hábitos alimentarios y estado nutricional en adultos con litiasis vesicular del Hospital Zonal Dr. Antonio F. David, Monte Quemado, Santiago del Estero, Argentina, en agosto de 2022: Estudio descriptivo y transversal”.**

---

#### Autoras:

- Binda, Julieta Romina
- Cañas, Camila
- Stieg, Micaela Rocío
- Tamblay Ríos
- Jocelyn Nikole

#### Docentes supervisores:

- Dr. Mariano Vital  
Hospital Zonal Dr. Antonio F. David, Monte Quemado, SGE;
- Dra. María Laura Rossi  
(FCM-UF)

---

#### Resumen

Introducción: La litiasis vesicular es una patología frecuente en Argentina. Su prevalencia aumenta de forma proporcional con el incremento del IMC, un factor modificable y con gran potencial de prevención.

Objetivo: Describir el estado nutricional y los hábitos alimentarios en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular, que acudieron al Hospital Zonal

Dr. Antonio F. David de Monte Quemado, Provincia de Santiago del Estero, durante el mes de agosto del 2022.

Materiales y métodos: Diseño observacional, de corte transversal. Se incluyeron a 33 adultos con litiasis vesicular. Se utilizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2) del Ministerio de Salud de la Nación. Mediante una base de datos en Microsoft Excel se realizó el análisis

descriptivo (media y DS, mediana y RIQ, n y %) de las características sociodemográficas (edad, sexo, IMC) y de la frecuencia de consumo de alimentos.

Resultados: El IMC de la población estudiada demostró una media de 31 (DS +- 6), el 82% (n=27) presentó sobrepeso y obesidad. El 61% (n=20) refirió consumir carnes entre 2 a 3 veces por día, mientras que el 45% (n=15) manifestó consumir entre 2 y 4 veces por semana embutidos y fiambres.

Conclusión: Este estudio demostró un elevado consumo de carnes, fiambres, embutidos y bebidas artificiales, a diferencia de las frutas, verduras y agua cuyo consumo no cumple con las recomendaciones diarias de las GAPA. Por otro lado, el 82% (n=27) de los participantes presentó sobrepeso y obesidad.

Palabras clave: litiasis vesicular, hábitos alimentarios, estado nutricional.

### Abstract

Introduction: Gallstones and its complications are a frequent pathology in Argentina. The prevalence increases proportionally according to the BMI, which is a modifiable factor and it is potentially prevented.

Objective: Describe the nutritional status and alimentary habits in adult patients diagnosed with gallstones who attended the Hospital Zonal Dr. Antonio F. David in Monte Quemado, Santiago del Estero during the month of august, 2022.

Methods: An observational, transversal study. A sum of 33 adult patients with gallstone diagnosis were included. The 2019 Encuesta Nacional de Nutrición y Salud of the Argentinean health ministry was used. Through a database in Microsoft Excel a descriptive analysis was carried out (mean and SD, median and interquartile range, n and %) and the frequency of food consumption.

Results: The BMI of the studied population showed a mean of 31 (SD +- 6), 82% (n=27) was overweight or obese. 61% (n=20) refer consuming meat 2 to 3 times per day, while 45% (n=15) refer consuming cold cuts 2 to 4 times per day.

Conclusion: This study has shown an elevated consumption of meats, cold cuts and artificial beverages, unlike the consumption of fruits, vegetables and water, which does not fulfill the GAPA requirements. On the other hand, 82% of participants (n=27) was either overweight or obese.

Key words: Gallstones, Alimentary habits, Nutritional status.

### Introducción

La litiasis vesicular y sus complicaciones son una patología frecuente y una de las razones más comunes de visita a la sala de emergencias y hospitalizaciones por síntomas gastrointestinales.

La prevalencia promedio de cálculos biliares es de 6- 22%. En EE.UU. se realizan 750.000 colecistectomías anualmente, y el National Health Institute estima que 3.000 muertes al año (0,12% de todas las muertes) son atribuidas a complicaciones de litiasis vesicular y enfermedades de la vesícula biliar. La gran mayoría de las personas que tienen cálculos biliares nunca desarrollan síntomas, pero la probabilidad de complicaciones por cálculos biliares es de alrededor del 2 % por año 1.

En Argentina, la prevalencia de litiasis vesicular es del 20%, siendo sintomática en el 46% de los casos, lo que muestra una gran diferencia respecto a la estadística de otros países en los cuales son sintomáticos entre el 22-26% de los casos 2.

Tradicionalmente, se considera que la obesidad, la edad y el género femenino son los principales factores de riesgo para el desarrollo de litiasis vesicular por colesterol. La prevalencia de litiasis vesicular aumenta de forma proporcional con el incremento del IMC, el cual es mayor en la población adulta de ingresos más bajos. A su vez, aumenta con la edad, siendo del 20% su frecuencia a partir de los 40 años. Es más prevalente en el sexo femenino, siendo que las mujeres entre 20 y 60 años presentan una tendencia de casi 3 veces mayor a las cifras en varones del mismo grupo etario. Finalmente, se ha descrito la existencia de predisposición genética, que en conjunto con factores ambientales aumentan la frecuencia de aparición de la misma 3.

La composición exacta de una dieta diversa, equilibrada y saludable varía según las características individuales de cada persona: la edad, sexo, estilo de vida y grado de actividad física; y de cada población: el nivel de educación, aspectos económicos, contexto sociocultural, alimentos disponibles localmente, dimensiones ambientales y demográficas, entre otras 4.

Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, los patrones alimentarios han empeorado en las últimas décadas. Las personas ahora consumen con mayor frecuencia alimentos ricos en grasas y azúcares, mientras que el consumo de frutas y verduras es muy bajo, lo cual lleva a que el sobrepeso y la obesidad sean un grave problema de salud pública 5.

Existen antecedentes que sugieren que una dieta rica en grasas es un posible factor predisponente para el desarrollo de litiasis vesicular. Se ha logrado establecer que, mediante una dieta excesiva en colesterol, lo que lleva a la hiperlipidemia, puede inducir la sobresaturación de la bilis, llevando a la formación de litos. Aunque el tipo de dieta grasa y específicamente ciertos ácidos grasos, pueden también influenciar la litiasis vesicular 6.

Según el servicio de Estadística del Hospital

Zonal Dr. Antonio F. David de Monte Quemado, Provincia de Santiago del Estero, se realizaron 117 colecistectomías por litiasis vesicular desde 08/10/2021 hasta el 20/08/2022, siendo el principal motivo de realización de cirugías y representando un alto costo para el hospital. Considerando que ciertos hábitos alimentarios y la obesidad son uno de los principales factores de riesgo de dicha patología, merecen especial atención por ser factores modificables y por su gran potencial de prevención.

Por esta razón, el objetivo de nuestra investigación es conocer y describir los hábitos alimenticios y el estado nutricional en la población adulta con diagnóstico de litiasis vesicular, que concurre a dicha institución.

### Planteamiento del problema

¿Cuáles son los hábitos alimentarios y el estado nutricional en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular, que acudieron al Hospital Zonal Dr. Antonio F. David de Monte Quemado, Provincia de Santiago del Estero durante el mes de agosto del 2022?

### Objetivo general

Describir el estado nutricional y los hábitos alimentarios en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular, que acudieron al Hospital Zonal Dr. Antonio F. David de Monte Quemado, Provincia de Santiago del Estero, durante el mes de agosto del 2022.

### Objetivos específicos

1. Establecer las características sociodemográficas de los pacientes seleccionados.
2. Establecer el estado nutricional mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).
3. Describir la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos.
4. Describir la frecuencia de consumo de agua y de bebidas artificiales.

### Marco teórico

#### Litiasis vesicular

La litiasis vesicular se define por la existencia de cálculos en la luz de las vías biliares. La prevalencia promedio de cálculos biliares es de 6-22%. En EE.UU. se

realizan 750.000 colecistectomías anualmente, y el National Health Institute estima que 3.000 muertes al año (0,12% de todas las muertes) son atribuidas a complicaciones de litiasis vesicular y enfermedades de la vesícula biliar. La gran mayoría de las personas

que tienen cálculos biliares nunca desarrollan síntomas, pero la probabilidad de complicaciones por cálculos biliares es de alrededor del 2 % por año 1.

En Argentina, la prevalencia de litiasis vesicular es del 20%, siendo sintomática en el 46% de los casos, lo que muestra una gran diferencia respecto a la estadística de otros países en los cuales son sintomáticos entre el 22-26% de los casos 2.

El primer evento fisiopatológico que ocurre es la hipersecreción hepática de colesterol biliar, lo que genera una sobresaturación de bilis por colesterol formándose así cálculos compuestos de colesterol, pigmentos biliares y calcio. Cuando hay bilis sobresaturada, se generan zonas densas de colesterol en la superficie vesicular formando los cristales. En la mayoría de los casos los pacientes con litiasis vesicular son asintomáticos. El riesgo de desarrollar síntomas no supera el 2-4% al año. La progresión de los síntomas responde a la obstrucción del conducto cístico, la cual puede llevar a complicaciones como colecistitis aguda, coledocolitiasis, fístula colecistoduodenal y pancreatitis. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar complicaciones es de 0,7-3% al año 7.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por dolor tipo punzante, localizado en epigastrio o hipocondrio derecho que puede irradiar al hombro derecho e interescapular. Es un dolor intermitente que generalmente aparece posterior al consumo de comidas con alto contenido de grasas, y tiene una duración aproximada de 1 a 5 horas pudiendo estar acompañado de náuseas y vómitos. Es importante considerar que puede presentarse de forma atípica, como dolor en cuadrante inferior derecho de intensidad leve asociado a la ingesta de alimento. Al examen físico la mayoría de los pacientes está dentro de los límites normales, a excepción de aquellos en que se puede evocar el dolor con la palpación del abdomen 8. Respecto al diagnóstico, este se realiza principalmente con ecografía abdominal

9. En cuanto al tratamiento de la litiasis vesicular, tiene distintas variaciones. En el caso de los pacientes con litiasis vesicular asintomática en algunos países la recomendación es no operar, sin embargo, debido a la alta incidencia de cáncer de vesícula en otros países la recomendación es realizar colecistectomía vía laparoscópica. Por otro lado, los pacientes con complicaciones o sintomáticos la indicación es realizar colecistectomía vía laparoscópica 9.

#### Alimentación y litiasis vesicular

Estudios comparativos entre sujetos sanos y pacientes con litiasis vesicular han analizado la relación que existe entre hábitos alimentarios,

dieta y el riesgo de desarrollar litiasis vesicular. Los factores relacionados con la dieta implicados son el consumo energético excesivo, dietas con elevado contenido de colesterol y de grasa de origen animal. El consumo en exceso de carbohidratos simples, la obesidad y episodios de reducción - recuperación de peso podrían también jugar un papel importante en la aparición de esta enfermedad. Por otro lado, se encontró que los factores con una correlación inversa para el desarrollo de litiasis vesicular son el consumo de proteína de origen vegetal, alto contenido de fibra y consumo de café y alcohol 10. Estudios de intervención en humanos y animales, demostraron que las dietas líquidas que aportan >1g/día de grasa originan disminución del vaciamiento vesicular que se restablece cuando se eleva el consumo de grasa a 10 g/día. El consumo de dietas de muy bajo valor energético (800 kcal/día) se asocia con cambios en la proporción de colesterol y sales biliares en la vesícula, favoreciendo la sobresaturación y el proceso de formación de cálculos 10.

Un estudio de casos y controles evidenció que los pacientes con litiasis vesicular presentaban sobrepeso y obesidad en distintos grados, a diferencia de los que no tenían litiasis vesicular, los cuales presentaban un peso normal a bajo peso, por otro lado, el consumo de comida chatarra en pacientes sin cálculos en la vesicular fue menor a 2 días a la semana, a diferencia de los pacientes con litiasis vesicular que consumieron por lo menos 2 veces a la semana este tipo de comida 11. Esto apoya lo encontrado por Aune, que concluyó que el aumento del IMC por encima del intervalo normal incrementa el riesgo de litiasis vesicular. Así también un meta análisis de estudios de cohortes encontró que la dislipidemia y la obesidad son los factores determinantes para el desarrollo de litiasis vesicular, siendo estos factores modificables por lo que es posible disminuir la frecuencia actuando sobre los mismos

12. Estudios de Compagnucci y Park demostraron que el consumo de grasas saturadas y mono insaturadas incrementan el riesgo de cálculos en la vesícula

13. También, Lander encontró que el consumo de proteínas vegetales disminuye el riesgo de padecer cálculos de vesícula 14. En Chile, del Pozo, en un estudio experimental en ratones concluyó que la ingestión de una dieta alta en grasas, de predominio en grasas saturadas, podría contribuir a la formación de cálculos de colesterol en la vesícula en estadios tempranos 15.

En cuanto a factores de riesgo modificables de la obesidad, durante las décadas anteriores al siglo

XXI, las investigaciones se centraban en investigar estos factores modificables a nivel individual, siendo el papel de la dieta y actividad física el enfoque principal en la búsqueda de cómo mitigar el riesgo de obesidad y disminuir su prevalencia. La evidencia demostrada por ensayos clínicos muestra que, casi universalmente, la implementación de una dieta con restricción calórica se asocia con mejores resultados de peso.

### Recomendaciones nutricionales

Las Guías alimentarias para la población argentina (GAPA) actualizadas por el Ministerio de Salud de la Nación el año 2018 sostuvieron el derecho humano a una alimentación adecuada como elemento básico para alcanzar la salud y un estado de bienestar en la población. El propósito de estas guías es fundamentalmente la promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, malnutrición, y aquellas relacionadas con excesos como el sobrepeso y la obesidad. Las GAPA promueven la incorporación a la dieta de alimentos variados idealmente frescos, teniendo en cuenta la diversidad cultural y tradiciones de cada lugar, y están dirigidas a una población objetivo mayor de 2 años de edad. Los grupos de alimentos se dividen en 6 tales como verduras y frutas, legumbres, cereales, papa, pan y pastas entre otros. Es importante recalcar que el grupo 6 (de consumo opcional) de estas guías son alimentos que no son necesarios ni recomendados para consumir diariamente como el resto. En este grupo se encuentran los alimentos ultra procesados con alto contenido de azúcares, grasas y/o sal relacionados principalmente con los problemas de salud que actualmente se intentan prevenir 16. Los alimentos ultra procesados son formulaciones industriales principalmente a base de sustancias extraídas o derivadas de alimentos, además de aditivos y cosméticos que dan color, sabor o textura para intentar imitar a los alimentos. Estos productos están nutricionalmente desequilibrados y tienen un elevado contenido de azúcares libres, grasa total, grasas saturadas y sodio, y un bajo contenido de proteína, fibra alimentaria, minerales y vitaminas, en comparación con los productos, platos y comidas sin procesar o mínimamente procesados 17.

Materiales y métodos

### Diseño de investigación y enfoque:

El diseño del estudio es observacional, transversal, descriptivo. Los datos fueron obtenidos de forma prospectiva a partir del diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular.

Los diseños de investigación transeccional o

transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Pero siempre, la recolección de los datos ocurre en un momento único 18.

Los diseños transversales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores) 18. Unidad de análisis:

Pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular.

Población accesible:

La población accesible se encuentra constituida por pacientes adultos, con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular, que concurren durante el mes de agosto de 2022 al Hospital Zonal Dr. Antonio F. David, Monte Quemado, Santiago del Estero.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular. Residentes del partido de Copo, de 18 a 65 años, de ambos sexos.
- Corte temporal: agosto del 2022.
- Aceptación explícita de su participación mediante el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión**

- Condición de analfabetismo que impida completar la encuesta.
- Que no acepten ser medidos y pesados.

**Criterios de eliminación**

- Personas que hayan completado el cuestionario de manera parcial.
- Letra ilegible.
- Salida voluntaria del paciente de la investigación.

Tipo de muestra:

No probabilística intencional.

Modo de selección de la muestra:

Muestreo de tipo no probabilístico intencional, ya que, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con

las características de la investigación. En este caso, el principal factor es la presencia del diagnóstico ecográfico litiasis vesicular durante el período del estudio 19.

Intencional, ya que, los sujetos de estudio se seleccionaron en base a ciertas características que cumplan con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, los cuales fueron definidos por los investigadores/as.

Este tipo de muestreo permitirá seleccionar a los casos accesibles, con conveniente accesibilidad y proximidad al investigador 19.

Tamaño de la muestra:

No se fijó a priori el tamaño de la muestra. Ingresaron al estudio todos los pacientes que presentaron diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular en dicho período de tiempo y se adecuaron a los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos.

Hipótesis:

Los pacientes adultos con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular, que concurren al Hospital Regional Dr. Antonio F. David durante el período de tiempo comprendido entre el 8 de agosto y el 2 de septiembre de 2022, consumen con mayor frecuencia embutidos, fiambres, carne, bebidas artificiales y con menor frecuencia frutas, verduras, agua y presentan una elevada proporción de sobrepeso y/u obesidad.

## Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Clasificación	Técnica
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómico-culturales presentes en la población sujeta a estudio <sup>20</sup>		Edad (años)	18 a 65 años	Cuantitativa Policotómica discreta	Revisión de encuesta
			Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal dicotómica	
Estado nutricional	Resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos <sup>21</sup> .	Peso	IMC	<18.5: Bajo peso 18.5 - 24.9: Normal 25.0 - 29.9: Sobrepeso ≥30.0: Obesidad (CDC, 2022)	Cuantitativa policotómica	Valoración antropométrica balanza/tallímetro
		Talla				
Hábitos alimentarios	Conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos <sup>22</sup>	Frecuencia de ingesta de alimentos en los últimos 3 meses de: - Leche, yogur y/o queso - Frutas frescas - Verduras - Papa, batata, cereales refinados - Cereales integrales, legumbres y/o pan integral o de salvado - Embutidos y/o fiambres - Carne roja, de ave y/o huevos - Pescado fresco y/o enlatado - Aceites vegetales - Frutas secas sin salar y/o semillas sin salar		- Nunca o <1 vez al mes - 1 a 3 veces al mes - 1 vez por semana - 2-4 veces al mes - 5-6 veces por semana - 1 vez al día - 2-3 veces al día - 4-5 veces al día - 6 o más veces al día	Cualitativa Ordinal	Entrevista /cuestionario estructurado  Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2) 2018-2019 del Ministerio de Salud de la Nación - Bloque de frecuencia de alimentos.

### Recolección de datos:

Todos los pacientes adultos que asistieron al Hospital Zonal Dr. Antonio F. David de Monte Quemado, provincia de Santiago del Estero, durante el mes de agosto del 2022 y fueron diagnosticados con litiasis vesicular mediante ecografía abdominal, han sido encuestados. En primera instancia, se proporcionó la información pertinente del estudio de investigación de manera clara y entendible, se garantiza la intimidad y confidencialidad del manejo de información, y se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo 2) por parte del sujeto seleccionado.

Posteriormente, mediante una balanza calibrada se obtuvo la información de peso en kilogramos y talla en metros, que permitieron calcular el IMC.

Finalmente, se utilizó el bloque de frecuencia de alimentos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2) 2018-2019 del Ministerio de Salud de la Nación (Anexo 3) <sup>23</sup>, la cual fue leído y explicado detalladamente y fue completada de forma anónima por los participantes del estudio.

### Prueba piloto:

Previo al desarrollo de las actividades de campo, se realizó una prueba piloto en el Hospital Antonio F. David de Monte Quemado, Santiago del Estero, con

el objetivo de evaluar la factibilidad del estudio y realizar los ajustes pertinentes para minimizar errores durante la recolección de datos. La utilidad de la prueba fue descubrir si los datos no se presentan en una forma conveniente para el análisis y para minimizar los sesgos de medición producidos por una incorrecta elección del instrumento para analizar las variables, por otro lado, fue útil para evaluar el entendimiento de las preguntas y respuestas por parte de los pacientes y el tiempo que los mismos emplearon para contestar las mismas.

La prueba piloto se llevó a cabo entre los días 25 y 31 de julio de 2022 (1 semana). Se seleccionaron 10 individuos con diagnóstico de litiasis vesicular que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos. A continuación, en un consultorio del Hospital Zonal Antonio F. David se les explicó a los participantes de manera clara el objetivo del estudio de investigación, en todo momento se les garantizó intimidad y la confidencialidad de la información que nos proporcionen, luego se procedió a la firma del consentimiento informado. A continuación, se realizó la medición del peso y talla para posteriormente determinar el estado nutricional mediante el IMC. Finalmente, los participantes realizaron la encuesta sobre frecuencia de consumo de alimentos correspondiente a la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNS2) 2018-2019 del Ministerio de Salud de la Nación 23 (Anexo 3). La duración de cada encuentro de la prueba piloto tuvo un promedio de 25 minutos.

Aspectos éticos:

De acuerdo con los principios establecidos en las pautas CIOMS 24. Este estudio se desarrollará cuando se obtenga la autorización de la institución donde se realice la investigación.

Se le solicitará a cada integrante, antes de la realización de la encuesta, la certificación de su participación voluntaria a dicho estudio bajo la firma del Consentimiento Informado.

Se garantiza según la ley 25.328 de Protección de Datos Personales, el derecho a la confidencialidad y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información aportada por el estudio. No habrá riesgos o daños a pacientes durante esta investigación. Se considerará el bienestar psicológico, físico y social del participante.

El estudio se ajustará a lo establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, las normas éticas instituidas por el Código de Núremberg de 1947 y la Declaración de Helsinki de 1964 y sus sucesivas enmiendas

25.

### Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se utilizó frecuencia absoluta y porcentaje, para variables cuantitativas de distribución normal se utilizó media y desvío estándar, mientras que para las de distribución no normal se utilizó mediana y rango intercuartílico.

### Resultados

Para este estudio se utilizaron los datos de 34 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. De estos, un paciente fue excluido por condición de analfabetismo que imposibilitó completar la encuesta. La muestra final quedó conformada por 33 pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular (Figura 1).

FIGURA 1. Flujograma:

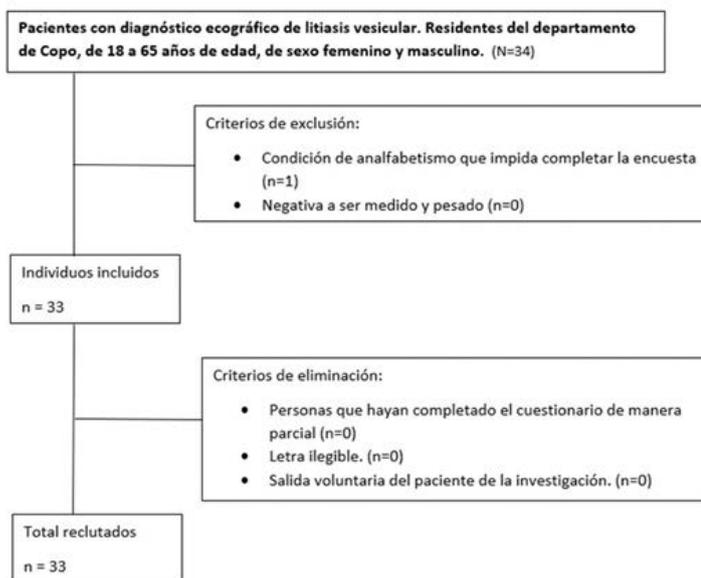


TABLA 1. Características de los pacientes con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular (n=33)  
(continuación)

<i>Consumo de cereales integrales, legumbres (lentejas, garbanzos, porotos, arroz integral y o pan integral o de salvado)</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	15 (45%)
1 a 3 veces por mes	9 (27%)
1 vez por semana	6 (18%)
2 a 4 veces por semana	2 (6%)
5 a 6 veces por semana	0 (0%)
1 vez por día	1 (3%)
2 a 3 veces por día	0 (0%)
4 a 5 veces por día	0 (0%)
6 o más veces por día	0 (0%)
<i>Consumo de embutidos y o fiambres (jamón, salame, chorizo, saichicha)</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	2 (6%)
1 a 3 veces por mes	2 (6%)
1 vez por semana	4 (12%)
2 a 4 veces por semana	15 (45%)
5 a 6 veces por semana	0 (0%)
1 vez por día	2 (6%)
2 a 3 veces por día	5 (15%)
4 a 5 veces por día	1 (3%)
6 o más veces por día	2 (6%)
<i>Consumo de carnes rojas (de vaca, chivo, cordero) de ave y o huevos</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	1 (3%)
1 a 3 veces por mes	0 (0%)
1 vez por semana	1 (3%)
2 a 4 veces por semana	3 (9%)
5 a 6 veces por semana	3 (9%)
1 vez por día	4 (12%)
2 a 3 veces por día	20 (61%)
4 a 5 veces por día	0 (0%)
6 o más veces por día	1 (3%)
<i>Consumo de pescado fresco y o enlatado</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	26 (79%)
1 a 3 veces por mes	1 (3%)
1 vez por semana	5 (15%)
2 a 4 veces por semana	0 (0%)
5 a 6 veces por semana	1 (3%)
1 vez por día	0 (0%)
2 a 3 veces por día	0 (0%)
4 a 5 veces por día	0 (0%)
6 o más veces por día	0 (0%)

TABLA 1. Características de los pacientes con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular  
(n=33) (continuación)

<i>Consumo de aceites vegetales (girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y o canola)</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	0 (0%)
1 a 3 veces por mes	0 (0%)
1 vez por semana	1 (3%)
2 a 4 veces por semana	0 (0%)
5 a 6 veces por semana	2 (6%)
1 vez por día	4 (12%)
2 a 3 veces por día	21 (64%)
4 a 5 veces por día	3 (9%)
6 o más veces por día	2 (6%)
<i>Consumo de frutas secas sin salar (mani, nueces, almendras, avellanas, castañas) y o semillas sin salar (chia, girasol, sesamo, lino)</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	24 (73%)
1 a 3 veces por mes	5 (15%)
1 vez por semana	2 (6%)
2 a 4 veces por semana	2 (6%)
5 a 6 veces por semana	0 (0%)
1 vez por día	0 (0%)
2 a 3 veces por día	0 (0%)
4 a 5 veces por día	0 (0%)
6 o más veces por día	0 (0%)
<i>Consumo de productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz)</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	6 (18%)
1 a 3 veces por mes	3 (9%)
1 vez por semana	2 (6%)
2 a 4 veces por semana	12 (36%)
5 a 6 veces por semana	1 (3%)
1 vez por día	3 (9%)
2 a 3 veces por día	3 (9%)
4 a 5 veces por día	2 (6%)
6 o más veces por día	1 (3%)
<i>Consumo de golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal)</i>	
Nunca o menos de 1 vez al mes	12 (36%)
1 a 3 veces por mes	4 (12%)
1 vez por semana	6 (18%)
2 a 4 veces por semana	1 (3%)
5 a 6 veces por semana	3 (9%)
1 vez por día	3 (9%)
2 a 3 veces por día	3 (9%)
4 a 5 veces por día	0 (0%)
6 o más veces por día	1 (3%)

TABLA 1. Características de los pacientes con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular (n=33) (continuación)

Consumo de facturas y/o productos de pastelería, galletitas dulces, cereales azucarados	
Nunca o menos de 1 vez al mes	1 (3%)
1 a 3 veces por mes	0 (0%)
1 vez por semana	4 (12%)
2 a 4 veces por semana	13 (39%)
5 a 6 veces por semana	2 (6%)
1 vez por día	4 (12%)
2 a 3 veces por día	8 (24%)
4 a 5 veces por día	1 (3%)
6 o más veces por día	0 (0%)
Consumo de productos congelados pre-elaborados	
Nunca o menos de 1 vez al mes	23 (70%)
1 a 3 veces por mes	1 (3%)
1 vez por semana	2 (6%)
2 a 4 veces por semana	4 (12%)
5 a 6 veces por semana	1 (3%)
1 vez por día	1 (3%)
2 a 3 veces por día	0 (0%)
4 a 5 veces por día	1 (3%)
6 o más veces por día	0 (0%)
Consumo de bebidas artificiales (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas)	
Nunca o menos de 1 vez al mes	0 (0%)
1 a 3 veces por mes	1 (3%)
1 vez por semana	4 (12%)
2 a 4 veces por semana	3 (9%)
5 a 6 veces por semana	1 (3%)
1 vez por día	3 (9%)
2 a 3 veces por día	12 (36%)
4 a 5 veces por día	4 (12%)
6 o más veces por día	5 (15%)
Consumo de agua	
Nunca o menos de 1 vez al mes	0 (0%)
1 a 3 veces por mes	0 (0%)
1 vez por semana	3 (9%)
2 a 4 veces por semana	0 (0%)
5 a 6 veces por semana	0 (0%)
1 vez por día	9 (27%)
2 a 3 veces por día	13 (39%)
4 a 5 veces por día	3 (9%)
6 o más veces por día	5 (15%)

En cuanto a las características sociodemográficas y antropométricas de los participantes que conformaron la muestra final, la mediana de edad fue de 37 años con un rango intercuartílico (RIQ, Q1-Q3) de 27-48, predominó el sexo femenino 73% (n=24) (Tabla 1). El IMC tuvo una media de 31 (±6), en cuanto a las categorías del mismo, el exceso de peso predominó con un 43% (n=14) y 39% (n=13) de participantes con sobrepeso y obesidad respectivamente (Figura 2).

**Frecuencia de consumo de alimentos:**

El consumo de frutas frescas un 27% (n=9) refirió consumirlas 2 a 4 veces por semana mientras que un 8% (n=8) manifestó consumirlas nunca o menos de 1 vez al mes, solo un 3% (n=1) refirió consumirlas 2 y 3 veces al día, por otro lado, en cuanto al consumo de verduras (sin contar papa y batata) un 24%(n=8) respondió consumirlas nunca o menos de 1 vez al mes mientras que un 21% (n=7) refirió consumirlas 1 vez al día (Figura 3).

Figura 2. Estado nutricional de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en Agosto de 2022 (n=33).

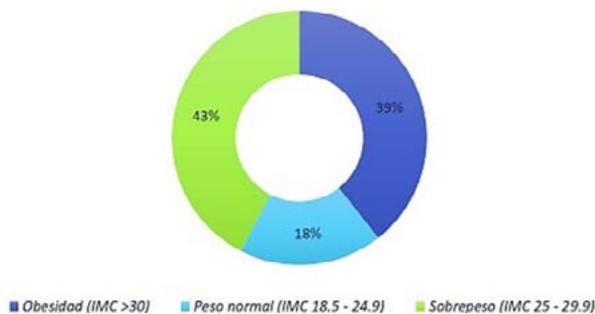
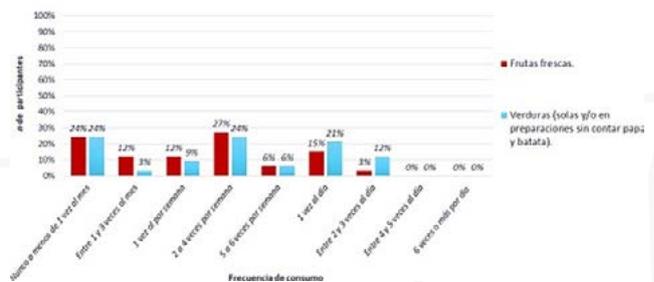
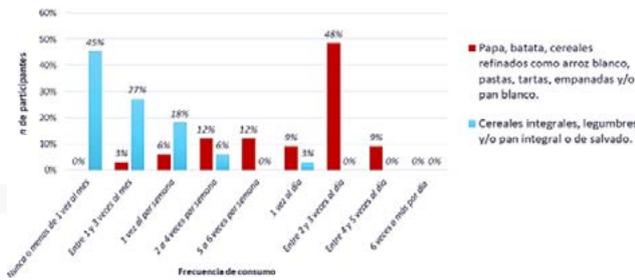


Figura 3. Frecuencia de consumo de verduras y frutas de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en agosto 2022 (n=33).



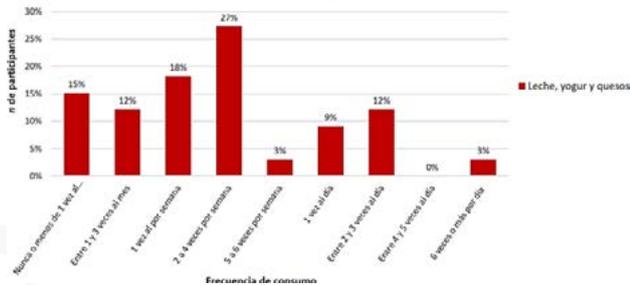
En cuanto a la frecuencia de consumo de papa, batata, cereales refinados como arroz blanco, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco un 48%(n=16) de los participantes refirió consumirlos entre 2 y 3 veces al día. Los cereales integrales, legumbres y pan integral o salvado un 45% (n=15) refirió consumirlos nunca o menos de 1 vez al mes mientras que un 18%(n=6) manifestó consumirlos 1 vez por semana (Figura 4).

Figura 4. Frecuencia de consumo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en agosto 2022 (n=33).



La leche, el yogur y los quesos un 27%(n=9) dijo consumirlos 2 a 4 veces por semana, un 15% (n=5) nunca o menos de 1 vez al mes y solo un 3%(n=1) refirió consumirlos 6 o más veces por día (Figura 5).

Figura 5. Frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en agosto 2022 (n=33).



Continuando con el consumo de carne roja (de vaca, chivo, cordero), carne de ave y huevos un 61% (n=20) refirió consumirlos entre 2 y 3 veces al día, solo un 3% (n=1) manifestó consumirlos nunca o menos de 1 vez al mes. Por el contrario, para el consumo de pescado fresco y/o enlatado un 79% (n=26) de los participantes manifestó consumirlos nunca o menos de 1 vez al mes y solo un 15%(n=5) refirió consumirlos 1 vez por semana (Figura 6). Luego, los aceites vegetales exhibieron que un 64%(n=21) los consume entre 2 y 3 veces al día, un 12%(n=4) 1 vez al día y un 6%(n=2) los utilizo 6 veces o más por día; en cuanto a las frutas secas y semillas sin salar un 73%(n=24) manifestó consumirlos nunca o menos de 1 vez al mes y solo un 6% refirió consumirlos 2 a 4 veces por semana (Figura 7).

Figura 6. Frecuencia de consumo de carnes y huevo en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Antonio F. David, agosto 2022 (n=33).

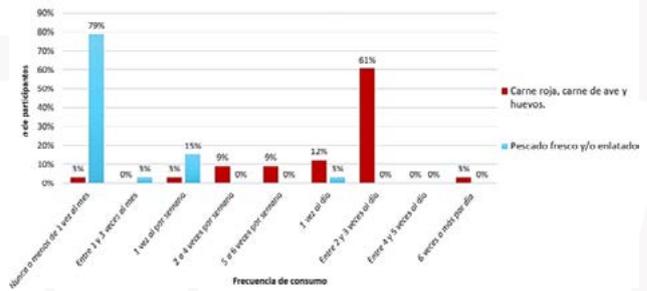
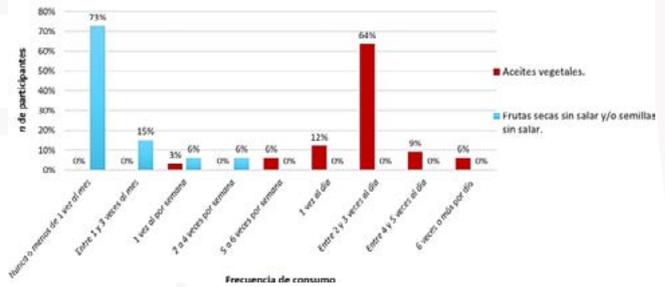
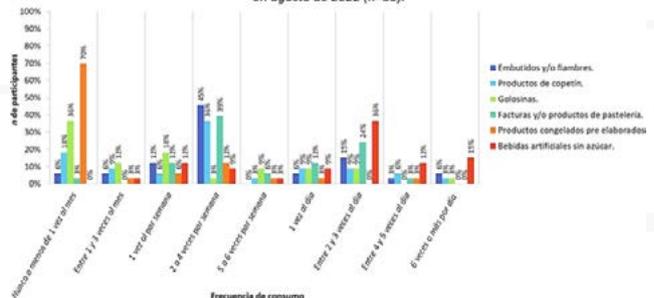


Figura 7. Frecuencia de consumo de aceites, frutas secas y semillas sin salar de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en agosto 2022 (n=33).



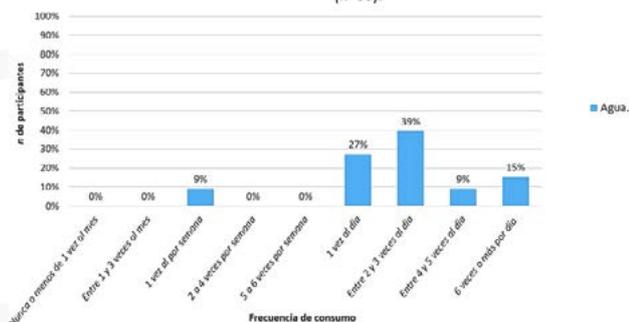
Por otro lado, en cuanto al grupo de alimentos de consumo opcional; para los embutidos y fiambres un 45% (n=15) manifestó consumirlos entre 2 a 4 veces por semana, un 15% (n=5) entre 2 y 3 veces al día y un 6%(n=2) 6 veces o más por día. Luego, los productos de copetín un 36% (n=12) refirió consumirlos entre 2 a 4 veces por semana y 18%(n=6) nunca o menos de 1 vez al mes. Un 36% (n=12) refirió consumir nunca o menos de 1 vez al mes golosinas. En cuanto al consumo de facturas y productos de pastelería un 39%(n=13) manifestó consumirlos entre 2 y 4 veces por semana, mientras que un 12%(n=4) solo las consumió 1 vez por semana. Por otro lado, para el consumo de productos congelados pre elaborados un 70%(n=23) de los participantes expresó consumirlos nunca o menos de 1 vez al mes. Para las bebidas artificiales no azucaradas un 36% (n=12) refirió consumirlos entre 2 y 3 veces al día mientras que un 15% (n=5) 6 veces o más por día (Figura 8).

Figura 8. Frecuencia de consumo de alimentos de ingesta opcional de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en agosto de 2022 (n=33).



Finalmente, en cuanto a la ingesta de agua el 39%(n=13) manifestó consumir entre 2 y 3 veces al día, un 27%(n=9) 1 vez al día y solo un 15% (n=5) manifestó consumirla 6 veces o más por día (Figura 9).

Figura 9. Frecuencia de consumo de agua de pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular que concurren al Hospital Zonal Antonio F. David, en agosto 2022 (n=33).



## Discusión

Los datos reflejados demostraron que el índice de masa corporal (IMC) tiene una media de  $31 \pm 6$  respectivamente, en cuanto a las categorías del mismo, el exceso de peso predominó con un 43% (n=14) y 39% (n=13) de sobrepeso y obesidad. Esto coincide con distintos estudios <sup>11,12</sup> que evidenciaron que los pacientes con litiasis vesicular presentan sobrepeso y obesidad en distintos grados y que el aumento del IMC por encima del intervalo normal incrementa el riesgo de esta patología.

En cuanto a frecuencia de ingesta de grupos de alimentos, la Guía alimentaria para la población argentina (GAPA) sostiene que una dieta saludable consiste, entre otros, en un consumo de 3 porciones de frutas frescas y verduras, 1 de aceite, 1 de carnes, 1 de cereales, legumbres, pastas, papa, batata, choclo o mandioca y 8 vasos de agua al día.

Algo a destacar fue el consumo de carne roja (vaca, chivo, cordero, ave), ya que, un 61% (n=20) refirió consumir entre 2 a 3 veces al día. Respecto a los embutidos y fiambres un 45% (n=15) manifestó consumirlos entre 2 a 4 veces por semana, un 15% (n=5) entre 2 y 3 veces al día. Por último, en bebidas artificiales no azucaradas un 36% (n=12) refirió consumirlas entre 2 y 3 veces al día mientras que un 15% (n=5) 6 veces o más por día.

Los resultados obtenidos concuerdan con el estudio comparativo <sup>10</sup> realizado entre sujetos sanos y pacientes con litiasis vesicular, el cual evidencio que existe relación entre los hábitos alimentarios, dieta (consumo energético excesivo, elevado contenido de colesterol y grasa) y el riesgo de desarrollo de litiasis vesicular. Finalmente, estudios de Compagnucci y Park <sup>13</sup> demostraron que el consumo de grasas saturadas y mono insaturadas incrementan el riesgo

de cálculos en la vesícula,

por lo que podríamos inferir que una de las causas de la presencia de litiasis vesicular en los participantes de este estudio se debe al consumo de este tipo de alimentos.

## Fortalezas

Como fortalezas de la presente investigación, el tipo de estudio, en este caso corte transversal es relativamente económico y poco consumidor de tiempo. Este tipo de diseño encuentra pocos dilemas y dificultades éticas, dado que en general no existe una exposición deliberada por parte del investigador y no lleva a cabo un seguimiento de pacientes a lo largo del tiempo. Además, no existen antecedentes de estudios realizados en esta región sobre la problemática abordada.

## Limitaciones

Por otro lado, es importante tener en cuenta las limitaciones presentes en esta investigación a la hora de interpretar sus resultados, en cuanto a las limitaciones propias de un estudio de corte transversal, la principal es su imposibilidad para hacer inferencias de causalidad, fundamentalmente por la ambigüedad temporal que surge al medir simultáneamente la exposición y la enfermedad. Por otra parte, el número de la muestra de esta base de datos es insuficiente para reflejar la situación verdadera de esta población respecto al problema investigado, al mismo tiempo la falta de un sistema de registro de historias clínicas dificultó el alcance a la población accesible limitando el n de esta investigación imposibilitando la realización de un estudio retrospectivo.

## Perspectivas a futuro y recomendaciones

Es importante implementar programas que logren mejorar los hábitos alimenticios de la población adulta de Monte Quemado, Santiago del Estero. Algunas sugerencias son:

Mejorar los sistemas de registro de estadística del hospital incorporando indicadores sobre hábitos alimentarios y estado nutricional.

Reforzar la consejería sobre cuestiones nutricionales para lograr una adecuada alimentación variada y saludable.

## Conclusión

Finalmente, este estudio demostró un elevado consumo de carnes, fiambres, embutidos y bebidas artificiales, a diferencia de las frutas, verduras y agua cuyo consumo no cumple con las recomendaciones diarias de las GAPA. Por otro lado, el 82% (n=27) de los participantes presentó sobrepeso y obesidad.

## Agradecimientos

Nuestro profundo agradecimiento al Dr. Mariano Vital, Dr. José Gómez, Dr. Carlos Sánchez, Dra. Marcela Batán, Dra. Nanci Olivera y a todos los profesionales del Hospital Zonal Dr. Antonio F. David que por su apoyo fue posible llevar a cabo esta investigación.

## Trabajos citados

1. Hjaltadóttir K, Haraldsdóttir K, Möller P, Sahlgrenska-Sjúkrahúsins Í Gautaborg S, Svíþjóð, Landspítala K, et al. Gallsteinar -yfirlitsgrein [Internet]. [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://www.laeknabladid.is/media/2020-10/f03.pdf>
2. Klappenbach Roberto F, Costa Cecilia, Mendoza Beleño Álvaro, Arce José, Arroyave Roberto, Rosado Helmuth et al. Complicaciones biliares en pacientes con diagnóstico previo de litiasis vesicular sintomática: Comparación entre un hospital público y otro privado del Gran Buenos Aires. *Rev. argent. cir.* [Internet]. 2019 Mar [citado 2022 Sep 05]; 111(1): 15-19. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2250-639X2019000100002&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2019000100002&lng=es).
3. Almora Carbonell Ceramides Lidia, Arteaga Prado Yanin, Plaza González Tania, Prieto Ferro Yulka, Hernández Zoraida. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012 Feb [citado 2022 Sep 05]; 16 (1): 200-214. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000100021&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100021&lng=es).
4. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [Internet]. 2019 Apr 3;393(10184):1958–72. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)
5. María E, Zapata A, Rovirosa E, Carmuega. 1996. Available from: <http://www.cesni.org.ar/archivos/biblioteca/LA-MESA-ARGENTINA-EN-LAS-ULTIMAS-DOS-DECADAS.pdf>
6. Del Pozo Reginald, Mardones Lorena, Villagrán Marcelo, Muñoz Katia, Roa Susana, Rozas Francisca et al. Efecto de una dieta alta en grasas en el proceso de formación de cálculos biliares de colesterol. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 Sep [citado 2022 Sep 05]; 145(9): 1099-1105. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000901099&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000901099&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901099>.
7. Meneses et al. Colelitiasis invisible. *S&EMJ*. Año 2022; Vol. 5: 145-159.
8. Gutiérrez Salazar A, Salinas Gonzales JM, Kochi Tamashiro R, Gandarillas M. Curso de Postgrado de Ecografía Abdominal Chile julio de 2017.
9. Vallejo López A, Baquerizo M, Kou Guzmán J. Litiasis biliar: datos asociados a su génesis, clínica y epidemiología. *RECIAMUC* [Internet]. 5abr.2019 [citado 5sep.2022]; 2(2):87-6. Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/80>
10. González Hita M, Bastidas Ramírez B, Panduro Cerda A. Factores de riesgo en la génesis de la Litiasis Vesicular. 2005 Mar; Vol. VII. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isgs051l.pdf>
11. Agurto-Jara Edgar, Espinoza-Cardic Claudia, Dámaso-Mata Bernardo, Arteaga-Livias Kovy, Panduro-Correa Vicky. Estado nutricional, actividad física y consumo de comida chatarra asociados a colelitiasis en huánuco. Estudio de casos y controles. *Rev. cir.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Sep 05]; 72 (6): 535-541. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492020000600535&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000600535&lng=es). <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920200006556>.
12. Aune, D., Norat, T. & Vatten, L.J. Body mass index, abdominal fatness and the risk of gallbladder disease. *Eur J Epidemiol* 30, 1009–1019 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0081-y>
13. Park, Y., Kim, D., Lee, J.S. et al. Association between diet and gallstones of cholesterol and pigment among patients with cholecystectomy: a case-control study in Korea. *J Health Popul Nutr* 36, 39 (2017). <https://doi.org/10.1186/s41043-017-0116-y>
14. Lander, E. M., Wertheim, B. C., Koch, S. M., Chen, Z., Hsu, C. H., & Thomson, C. A. (2016). Vegetable protein intake is associated with lower gallbladder disease risk: Findings from the Women's Health Initiative prospective cohort. *Preventive medicine*, 88, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.03.016>
15. Del Pozo Reginald, Mardones Lorena, Villagrán Marcelo, Muñoz Katia, Roa Susana, Rozas Francisca et al. Efecto de una dieta alta en grasas en el proceso de formación de cálculos biliares de colesterol. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2017 Sep [citado 2022 Sep 02]; 145(9): 1099-1105. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000901099&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000901099&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901099>.
16. Ministerio de Salud Argentino. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. 2017
17. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Alimentos ultraprocesados ganan más espacio en la mesa de las familias latinoamericanas [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15530:ultra-processed-foods-gain-ground-among-latin-american-and-caribbean-families&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15530:ultra-processed-foods-gain-ground-among-latin-american-and-caribbean-families&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0)
18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6a ed. México D.F: McGraw-Hill; 2014. P 154-155
19. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6a ed. México D.F: McGraw-Hill; 2014. P 170-194
20. Secretaría de Salud. SSA. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios orientación. 2013.
21. Pedraza DF. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2004; 6(2): 140–55. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642004000200002#:~:text=El%20estado%20nutricional%20es%20el](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002#:~:text=El%20estado%20nutricional%20es%20el)
22. Rabines, A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. [Tesis para Médico Cirujano]. Lima-Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2002. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/tesis/Rabines\\_J\\_Affg](http://sisbib.unmsm.edu.pe/tesis/Rabines_J_Affg)
23. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud [Internet]. Datos.salud.gob.ar. 2021 [cited 5 September 2022]. Available from: <http://datos.salud.gob.ar/dataset/2d008878-d0d7-44d8-a6f8-e5e6d769fe/resource/d7098231-d426-4118-bd90-94f12b3661fa/download/cuestionario-de-18-anos-y-mas.pdf>
24. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Available from: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
25. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la

AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 2014 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

## ANEXO 1: Solicitud de acceso de base de datos

### ANEXO 1

Solicitud para acceder a la base de datos del Hospital Zonal Antonio F. David:

Dr. Mariano P. Vital

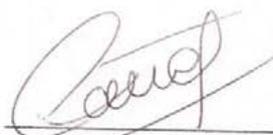
Vicedirector médico del Hospital Zonal Antonio F. David

Nos dirigimos a usted en carácter de estudiantes de medicina para solicitarle cordialmente nos conceda la autorización para obtener acceso al informe de ecografías abdominales con diagnóstico de litiasis vesicular de pacientes concurrentes al Hospital durante el mes de Agosto de 2022, con la finalidad de elaborar nuestro proyecto denominado "Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular del Hospital Zonal Antonio F. David de Monte Quemado, Santiago del Estero, Argentina en 2022: Estudio descriptivo y transversal". Nos comprometemos a mantener total confidencialidad de los datos proporcionados.

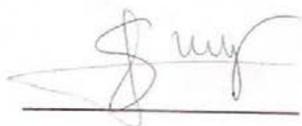
Atentamente,



Julieta R. Binda



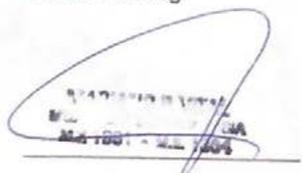
Camila Cañas



Micaela R. Stieg



Jocelyn N. Tamblay Rios



Dr. Mariano P. Vital



Hospital Zonal Antonio F. David, Monte Quemado, Santiago del Estero,  
Argentina a los 19 días del mes de julio del 2022.

## ANEXO 2: consentimiento informado

### Consentimiento Informado

**Título de Proyecto:** Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular del Hospital Zonal Dr. Antonio F. David, Monte Quemado, Santiago del Estero, Argentina en 2022: Estudio descriptivo y transversal.

**Responsables de la investigación:** Julieta Romina Binda DNI 40.304.959, Camila Cañas DNI 41.927.499, Micaela Roció Stieg DNI 41.564.157 y Jocelyn Nikole Tamblay Rios DNI 95.766.704, estudiantes de 6to año de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El consentimiento informado es un documento médico legal en el cual, los usuarios o miembro de la muestra del estudio se comprometieron a brindar información que contribuya a la realización del presente tema de investigación titulado “Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular del Hospital Zonal Dr. Antonio F. David, Monte Quemado, Santiago del Estero, Argentina en 2022: Estudio descriptivo y transversal”. Es necesario mencionar que, todos los datos levantados serán usados con fines pedagógicos y estadísticos.

La información recolectada se mantendrá en forma confidencial en los archivos de la universidad de procedencia, de manera tal que se garantice la privacidad y confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley 25.326 de Protección de datos personales. No se publicarán nombres de ningún tipo, por lo que se puede garantizar confidencialidad absoluta.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Zonal Antonio F. David de Monte Quemado, Santiago del Estero, durante el mes de agosto de 2022 bajo previa aprobación del Comité de Ética correspondiente.

Para la realización del mismo una vez diagnosticada la presencia de litiasis vesicular mediante ecografía, los participantes acudirán a un consultorio dentro del Hospital donde se garantice un ambiente cómodo, tranquilo y con privacidad para

completar la encuesta de “Frecuencia de consumo de alimentos” administrada por las rotantes de sexto año de la carrera de Medicina, de la Universidad Favaloro, donde responderán acerca de sus hábitos alimentarios mediante un cuestionario de opción múltiple, y, posteriormente, se evaluará su estado nutricional mediante la medición del peso y la talla.

La participación en esta investigación es voluntaria; por lo que usted puede escoger no participar o abandonar el estudio cuando lo considere necesario y ello no representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios. No recibirá pago alguno por su participación en la presente investigación y usted puede solicitar más información al investigador responsable del estudio.

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ me comprometo a brindar información referente a hábitos dietéticos sabiendo que la participación es totalmente voluntaria y puedo abandonar la investigación sin necesidad de dar ningún tipo de explicación o excusa.

Una vez explicado claramente el procedimiento, Nosotras, Julieta R. Binda DNI 40.304.959, Camila Cañas DNI 41.927.499, Micaela R. Stieg DNI 41.564.157 y Jocelyn N. Tamblay Rios DNI 95.766.704, autoras del tema a investigar, declaramos:

- Por medio del documento he informado el procedimiento a realizar.
- Me comprometo a respetar y a recibir recomendaciones durante el proceso.
- A guardar la información recolectada, sin divulgar los resultados.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Julieta R. Binda, 40304959

\_\_\_\_\_

Camila Cañas 41927499

\_\_\_\_\_  
Micaela R. Stieg, 41564157

\_\_\_\_\_  
Jocelyn N. Tamblay Rios, 95766704

Hospital regional Antonio F David, Monte Quemado, Santiago del Estero,  
Argentina a los ..... días del mes de ..... del 2022.

### **ANEXO 3: Encuesta**

“Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes adultos con diagnóstico de litiasis vesicular del Hospital Zonal Dr. Antonio F. David, Monte Quemado, Santiago del Estero, Argentina en 2022: Estudio descriptivo y transversal”.

#### **Datos Personales**

Nombre:

Apellido/s:

DNI:

Sexo (F/M):

#### **Datos Sociodemográficos**

Edad:

Peso:

Talla:

#### **Estado nutricional**

IMC:

## Cuestionario: Frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos.

1. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió leche, yogur y/o quesos?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

2. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió frutas frescas (solas y/o en preparaciones)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

3. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió verduras (solas y/o en preparaciones sin contar papa y batata)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

4. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió papa, batata, cereales refinados como arroz blanco, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

5. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió cereales integrales, legumbres (ej. lentejas, garbanzos, porotos, arroz integral) y/o pan integral o de salvado?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

6. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió embutidos y/o fiambres (jamón, salame, chorizo, salchicha)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

7. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió carne roja (por ejemplo de vaca, chivo, cordero), carne de ave y/o huevos?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

8. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió pescado fresco y/o enlatado?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

9. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió aceites vegetales (girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y/o canola)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día

- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

10. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) y/o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

11. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió productos de copetín (papas fritas, palitos de maíz, etc.)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

12. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió golosinas (caramelos, alfajores, chupetines, chicles, barras de cereal, etc.)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

13. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió facturas y/o productos de pastelería galletitas dulces, cereales con azúcar?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

14. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió productos congelados pre elaborados (Nuggets de pollo, supremas, medallones, bastones de muzzarella, pizzas, empanadas, bocaditos de carne, papas fritas, etc.)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

15. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió bebidas artificiales sin azúcar (jugos en polvos y/o concentrados, gaseosas, aguas saborizadas, etc.)?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

16. Tomando en cuenta los últimos 3 meses, cuantas veces al mes usted consumió agua?

- A. Nunca o menos de 1 vez al mes
- B. Entre 1 y 3 veces al mes
- C. 1 vez por semana
- D. 2 a 4 veces por semana
- E. 5 a 6 veces por semana
- F. 1 vez al día
- G. Entre 2 y 3 veces al día
- H. Entre 4 y 5 veces al día
- I. 6 veces o mas por día

# PÁMPA DE LOS GUANACOS

## SANTIAGO DEL ESTERO

**Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular y su asociación con la alimentación en adultos de la comunidad menonita en comparación con la población general de pampa de los guanacos, Santiago del Estero, Argentina en Julio-Septiembre del 2022: Un estudio observacional, analítico y transversal, pareado caso-control.**

---

**Autores:**

- Luz M. Byun
- Gimena V. Galdeano
- Franco G. Kugler

**Docente supervisor:**

- Dr. Roberto Tarchini - Hospital Distrital Pampa de los Guanacos

---

**Resumen**

**Introducción** Los factores de riesgo cardiovascular predisponen y facilitan el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, principal causa de muerte en Argentina y en el mundo. Estos son influenciados por el estilo de vida, que en Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, es variado, principalmente por la presencia de la comunidad menonita, una colectividad ético-religiosa que se ocupa de la actividad de campo y cuya alimentación es distinta a la de la población general. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de factores

de riesgo cardiovascular y su asociación con la alimentación en adultos de la Comunidad Menonita en comparación con la población general de Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, Argentina. **Metodología:** Estudio observacional, analítico y transversal, pareado caso-control entre julio y septiembre del 2022. La base de datos fue recabada mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular. El muestreo fue no probabilístico accidental. Se consideró p significativo <0,05. **Resultados.** Se encuestaron 40 adultos de la población general de Pampa de los Guanacos

y 35 adultos de la comunidad Menonita. De los encuestados en Pampa de los Guanacos, 17 fueron de sexo femenino (42,5%) y 23 fueron de sexo masculino (57,5%). En la comunidad Menonita encuestada, 12 fueron de sexo femenino (34,3%) y 23 fueron de sexo masculino (65,7%). Se demostró asociación entre ser parte de la población de Pampa de los Guanacos y presentar los factores de riesgo cardiovascular mencionados, a excepción del tabaquismo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener sobrepeso u obesidad y desarrollar hipercolesterolemia en la totalidad de las personas encuestadas (OR:7,846; IC:1,261 - 86,48). Conclusión. Se demostró asociación entre ser parte de la población de Pampa de los Guanacos y presentar los factores de riesgo cardiovascular mencionados, a excepción del tabaquismo. A su vez se estableció que la presencia de sobrepeso u obesidad fueron factores de riesgo para el desarrollo de hipercolesterolemia.

Palabras clave: Factores de riesgo cardiovascular, estilo de vida, alimentación, Pampa de los Guanacos, menonitas.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad prematura y morbilidad a nivel mundial, habiendo demostrado tendencias de aumento de prevalencia(1). Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son aquellos elementos mensurables que poseen una relación causal con el incremento de las enfermedades cardiovasculares. De esta forma, el Framingham Heart Study estableció a los siguientes componentes como factores de riesgo cardiovascular: sedentarismo, tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, alimentación no saludable, hipercolesterolemia, consumo de alcohol y diabetes(2).

En relación a la dieta en particular, se han publicado numerosos estudios sobre la relación entre el riesgo de enfermedad cardiovascular y diversos nutrientes, alimentos y patrones de alimentación.

Con respecto a los FRCV en Argentina, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2018 ha informado la prevalencia de sobrepeso (36,3%) y obesidad (23,3%) por autorreporte, cifras de presión arterial elevadas (34,7%) y de percepción de alimentación poco/nada saludable (28,2%). Específicamente, en la población de Santiago del Estero, se obtuvieron cifras de sobrepeso (35,4%) y obesidad (29,9%) por autorreporte, cifras de presión arterial elevadas (38,3%) y de percepción de alimentación poco/nada saludable (30,1%)(3).

Pampa de los Guanacos es una localidad que forma parte del Departamento Copo, ubicado en dicha provincia, que cuenta con una población estimada

de 4.375 habitantes según los datos obtenidos en el Censo Nacional de la Población del 2010 llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)(4). Dentro de esta localidad reside otra comunidad, los denominados Menonitas, una colectividad étnico-religiosa con origen Suizo-Holandés, que se ocupan fundamentalmente de la actividad de campo como manera de sustentarse, que hablan un idioma diferente llamado "Plautdietsch", que significa "de la región de los Países Bajos", y cuya dieta se basa en comidas producidas en sus hogares, sin conservantes ni aditivos comerciales(5-7). Se han realizado estudios que han demostrado que estas diferencias en la dieta se traducen en una menor prevalencia de hipercolesterolemia en menonitas varones en comparación con la población general, reflejando así el impacto de sus hábitos en los factores de riesgo de esta población(8).

Actualmente no se dispone de datos congruentes que comparen los distintos estilos de vida ni que objetiven el riesgo de enfermedad cardiovascular de las distintas comunidades de la región.

Esta investigación parte de la recolección de datos de personas que asistieron al servicio de urgencias del Hospital Distrital Pampa de los Guanacos y al centro comunitario de la Comunidad Menonita durante un periodo de tiempo que abarca desde julio a septiembre del 2022; para luego poder obtener información sobre los factores de riesgo cardiovascular y su relación con la alimentación.

## Hipótesis

La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en la población general de Pampa de los Guanacos es mayor que en la población adulta de la Comunidad Menonita, asociado a la alimentación de cada una, durante el período comprendido entre julio y septiembre del 2022.

## Objetivo general

Conocer la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular y su asociación con la alimentación en adultos de la Comunidad Menonita en comparación con la población general de Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, Argentina, en el período comprendido entre julio y septiembre del 2022.

## Objetivos específicos

- Relacionar la frecuencia de hipertensión arterial con el hábito alimenticio, comparando la población de la Comunidad Menonita con la población general de Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, Argentina.
- Determinar la asociación de factores de riesgo cardiovascular con la actividad física comparando la población de la Comunidad Menonita con la población general de Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, Argentina.
- Comparar los patrones de alimentación con la

prevalencia de hipercolesterolemia en ambas poblaciones, Santiago del Estero, Argentina.

- Establecer la asociación del IMC con la hipercolesterolemia entre la población de la Comunidad Menonita con la población general de Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, Argentina.

### MARCO TEÓRICO

#### Comunidad Menonita

La comunidad menonita es una colectividad derivada de la rama religiosa anabaptista formada durante la reforma protestante en Zurich, Suiza en 1525 liderada por Ulrich Zwingli. En 1536 con la incorporación del líder holandés Menno Simons (1496-1561), esta colectividad comenzó a ser denominada “menists” o “menonitas”, denominación que la representa hasta la actualidad(5).

A raíz de persecuciones de índole religiosa, la comunidad se vio obligada en varias ocasiones a emigrar, en principio, a regiones dentro de Europa. Luego, motivados fundamentalmente por la segunda guerra mundial, terminaron emigrando a otros territorios, iniciando por América del Norte (Canadá, Estados Unidos), y llegando finalmente a América Latina (México, Paraguay y Argentina)(9).

Un rasgo característico de la comunidad es la cultura laboral. Se ocupan fundamentalmente de la actividad de campo como manera de sustentarse, iniciando a trabajar desde edades tempranas; de hecho, la mayoría de los jóvenes completan únicamente los estudios primarios. Esta población se instaló en lo que se denominan “colonias”, es decir, comunidades cerradas, fundamentalmente agropecuarias con autogobierno, en donde se llevan a cabo todas las actividades de la vida diaria según sus propias costumbres.

Actualmente, la sociedad menonita se divide en dos grandes grupos. Por un lado, se encuentran los “liberales”, que realizan su actividad agropecuaria orientada a la exportación y al mundo empresarial. Mientras que, los “tradicionales”, limitan la actividad al cultivo de sus tierras para su propio consumo. Estos últimos se ven sometidos más frecuentemente a situaciones difíciles por las condiciones precarias del campo.

Otro aspecto cultural a destacar es el lenguaje, en cuyo caso es el denominado “Plautdietsch”, que significa “de la región de los Países Bajos”. Consiste en un idioma del bajo alemán con orígenes del norte de Alemania y Holanda, que, a diferencia del hablado actualmente en Alemania, el “alemán alto”, carece de nuevas denominaciones o derivaciones del idioma inglés o francés(5).

Los menonitas del habla bajo alemán (o según sus

siglas en inglés “Low German Speaking” LSG) son un grupo más conservador dentro la comunidad, conformándose en tres subgrupos: los más liberales, llamados “Kleine Gemeinde”; los más conservadores, llamados “Old Colony Church” y un intermedio llamado “Sommerfelder”.

Cuando emigraron a México, y luego a otras localizaciones, llevaron con ellos el esquema social y político que los caracteriza. Al adquirir tierras en esos territorios, establecieron comunidades con campos estructurados y colonias cerradas a la participación del resto de la sociedad. Para ello, construyeron sus propias iglesias donde profesan una religión única y sus propias escuelas con un esquema educativo adoptado aproximadamente hace cuatrocientos años atrás.

El uso que las colonias hacen de la tecnología ha variado con el paso del tiempo. Si bien los preceptos religiosos que los rigen prohíben la integración de la comunidad en el mundo tecnológico, se aceptan actualmente ciertos vehículos motorizados, llantas de goma y la electricidad para la alimentación de limitados electrodomésticos. El uso de tecnologías aún más avanzadas los obliga a entrar en un complejo dilema ético-religioso. Basados en el análisis costo-beneficio, algunos han decidido disponer de la telefonía celular como un recurso de comunicación, a modo de herramienta laboral(10).

Se han realizado escasos estudios acerca de la alimentación en comunidades menonitas. Existen trabajos poco actualizados que hablan de una dieta tradicional agraria alta en grasas y carbohidratos, consistiendo principalmente de comidas producidas en sus hogares, sin conservantes ni aditivos comerciales(7). Además, ésta generalmente posee baja proporción de grasas saturadas y colesterol, hecho que se ve reflejado en una menor prevalencia de hipercolesterolemia en los menonitas varones en comparación con la población general. Un factor que justifica esta diferencia de valores es la intensa actividad física que los menonitas realizan cada día como parte de sus actividades laborales. No obstante, se ha evidenciado que las mujeres de esta colectividad presentan valores de colesterol en sangre más elevados que la población masculina, llegando a asemejarse más a los valores registrados en la población general. Esta diferencia entre mujeres y varones puede atribuirse a los cambios fisiológicos asociados al embarazo que pueden mantenerse en el tiempo, ya que es frecuente que las mujeres menonitas tengan múltiples embarazos a lo largo de sus vidas(8).

Factores de Riesgo Cardiovascular

Actividad física

Se considera actividad física cualquier movimiento

corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Específicamente, la actividad física se considera regular cuando consiste en ejercicio dinámico que hace intervenir a grandes grupos musculares durante al menos 20 minutos, tres veces por semana, con intensidad del 60% del consumo máximo de oxígeno(11).

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas(12).

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda:

1. Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares. Estas recomendaciones se aplican a todos los adultos sanos de 18 a 64 años, salvo que coincidan dolencias médicas específicas que aconsejen lo contrario. Son válidas para todos los adultos independientemente de su sexo, raza, origen étnico, o nivel de ingresos. También se aplican a las personas que estando en ese margen de edad sufren enfermedades crónicas no transmisibles no relacionadas con la movilidad, tales como hipertensión o diabetes.

Con respecto a la intensidad, esta refleja la velocidad a la que se realiza la actividad, o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio o actividad. Se puede estimar preguntándose cuánto tiene que esforzarse una persona para realizar esa actividad. N base a esto se clasifica en leve, moderada e intensa(13).

Sedentarismo

Existen varias definiciones del término sedentarismo. Desde el punto de vista del tiempo dedicado a realizar actividad física, sedentario es aquel individuo que no realiza al menos 30 min de actividad física moderada durante la mayoría de días de la semana. Desde el punto de vista del gasto energético, se puede definir como sedentario o inactivo a aquel individuo que no realiza 5 o más días (sesiones) de actividad física moderada o de caminata durante al menos 30 min por sesión, o que no realiza 3 o más días (sesiones) semanales de actividad física vigorosa durante al menos 20 min, o que no genera un gasto energético de al menos 600 Mets-min<sup>-1</sup> por semana (aproximadamente 720 kcal por semana para una persona de 70 kg de peso) en una combinación de actividades vigorosas, moderadas y/o de caminata(14).

Este comportamiento sedentario se ha identificado como un factor de riesgo independiente de la actividad física, para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles tales como: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, síndrome metabólico y depresión, entre muchas otras, que afectan la calidad de vida de las personas. Permanecer sentado por largos periodos, es tan peligroso y nocivo para la salud como fumar. Se ha encontrado que, en personas saludables, a quienes se les solicitó reducir la cantidad de pasos de 6.000/día a menos de 1.500/día, en escasas dos semanas presentaron aumentos de resistencia a la insulina, aumento de las concentraciones de triglicéridos y de grasa abdominal(15). Se considera sedentario a aquella persona que permanezca más de 4 horas sentadas por día(16).

En los años noventa del siglo pasado la "American Heart Association" reconoció el sedentarismo como un factor de riesgo independiente de cardiopatía isquémica. El estilo de vida sedentario, aunque relativamente moderno, tiene una importancia de tal magnitud en la salud que la OMS estima que es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, e influye de una manera importante en la carga mundial de morbilidad(14). En cuanto al impacto emocional, se ha encontrado que una persona sedentaria tiene mayor probabilidad de padecer insomnio, depresión, ansiedad, estrés, entre otros(17).

El sedentarismo es un problema a nivel mundial, ya que las sociedades actuales se caracterizan por sustituir el tiempo libre dedicado a la práctica de actividad física por el uso de tecnologías (televisión, computadora, Tablet, celular, Internet, redes sociales, entre otros), lo que recientemente se ha denominado como "sedentarismo tecnológico", y que tiene presencia importante, tanto en los hogares como en los recintos educativos de nivel

universitario. Diferentes estudios sugieren que una proporción considerable de jóvenes en países desarrollados y en vías de desarrollo ven más de 4 horas por día la televisión, el doble del tiempo máximo recomendado(18).

#### Tabaquismo

Según la Organización Mundial de la Salud es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados, y también la causa más importante de años de vida perdidos y/o vividos con discapacidad. Se calcula que sólo en Argentina mueren cada año 40.000 personas por esta causa(19).

Es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina y la exposición permanente a más de 7.000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y cancerígenas. Las dos moléculas más directamente relacionadas con la aparición de las complicaciones circulatorias son:

- Monóxido de carbono (CO): es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante que proviene de la combustión incompleta de materias carbonosas. Su efecto tóxico se debe a su capacidad para unirse a la hemoglobina en sangre, formando carboxihemoglobina, que en el fumador en promedio es cercana a 5%, pero puede llegar a ser un 15%, en comparación a niveles entre 0,5 a 2% en el no fumador. La carboxihemoglobina, al desplazar al oxígeno, reduce el oxígeno transportado por la hemoglobina, provocando hipoxemia. Esta hipoxemia puede dañar los sistemas enzimáticos de respiración celular, reducir el umbral de fibrilación ventricular, tiene un efecto inotrópico negativo y favorece el desarrollo de placas ateroscleróticas precoces por lesión y disfunción endotelial(20).

- Nicotina: es una amina terciaria que se absorbe rápidamente cuando alcanza la vía aérea pequeña y alvéolos. En la circulación sistémica tiene una vida media de 1 a 4 horas, alcanzando concentraciones elevadas y estimulando receptores nicotínicos del cerebro en aproximadamente 10-20 segundos. La nicotina ejerce sus efectos sobre el aparato cardiovascular actuando en diferentes niveles(21):

- Inducción de un estado de hipercoagulación: Los estudios epidemiológicos muestran que los fumadores aumentan fundamentalmente su riesgo de infarto del miocardio y muerte súbita más que la angina crónica estable, lo que es consistente con un aumento del riesgo de trombosis.

- Aumento del trabajo cardíaco y vasoconstricción coronaria: Los efectos hemodinámicos de fumar un cigarrillo incluyen el aumento de la frecuencia cardíaca en 10 a 15 latidos/ minuto y de la presión arterial en 5 a 10 mmHg, como consecuencia aumenta el consumo de oxígeno miocárdico; efectos que son más intensos en los primeros 5 minutos de empezar

a fumar, persistiendo este efecto por lo menos 30 minutos más.,

- Liberación de catecolaminas: La nicotina estimula a los ganglios autonómicos y a la unión neuromuscular, activando el sistema nervioso simpático a través de la médula adrenal, con liberación de catecolaminas.

- Alteración del metabolismo de los lípidos: El hábito de fumar se asocia a niveles más elevados de ácidos grasos libres, triglicéridos y colesterol total, colesterol LDL y VLDL, con reducción de colesterol HDL constituyendo un perfil lipídico más aterogénico.

- Alteración de la función endotelial: El consumo de tabaco induce una menor síntesis de óxido nítrico y de prostaciclina, incrementándose la vasoconstricción generada por la endotelina 1, todo esto lleva a la disfunción endotelial, que es la primera manifestación de enfermedad vascular.

Con respecto al tabaquismo pasivo es aquel en el que la persona no elige activamente la inhalación del humo del tabaco existente en espacios cerrados. La combustión del cigarrillo produce dos tipos de corrientes: la lateral o secundaria, que es el resultado de la combustión del tabaco, y la corriente principal o primaria, que se forma durante las caladas del fumador. Además, la corriente secundaria (también denominada humo de segunda mano (HSM)) contiene hasta 3 veces más nicotina y alquitrán, 5 veces más monóxido de carbono y mayor concentración de cancerígenos que la corriente principal. El humo de tabaco en el ambiente es una mezcla de ambas corrientes y aunque ambas sean perjudiciales, algunos estudios han demostrado que la corriente secundaria contiene mayor concentración de determinados tóxicos, siendo la que perjudica en mayor medida al fumador pasivo(22).

Para medir el grado de exposición al tabaco existe una prueba de laboratorio que puede medir la presencia e incluso la concentración de cotinina en sangre, orina, pelo o saliva de una persona que no fuma. La cotinina es un biomarcador y el principal metabolito de la nicotina y que tiene una vida media en adultos de hasta 48h tras la exposición, pudiendo ser en niños de hasta más de 6 días(23).

#### Hipertensión

La hipertensión arterial (HTA) tiene una prevalencia mundial estimada en 1130 millones de personas en 2015, afectando entre 30 y 45% de la población total de adultos, siendo su inicio más frecuente a edades avanzadas, impactando al 60% de la población de adultos mayores de 60 años(24,25).

La HTA es el principal factor de riesgo asociado a mortalidad prematura, siendo la primera causa

de mortalidad y discapacidad, aumentando el riesgo de padecer eventos cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, ictus hemorrágico e isquémico. Se la asocia, además, a un riesgo aumentado de presentar muerte súbita, enfermedad arterial periférica y enfermedad renal terminal. Asimismo, existe evidencia que asocia la HTA con un aumento en el riesgo de aparición de deterioro cognitivo, demencia y arritmias como la fibrilación auricular(1,26).

Se considera HTA cuando existen niveles de presión arterial en la que los que los beneficios del tratamiento son superiores a los riesgos considerados en los estudios clínicos realizados. Puede definirse, entonces, como una presión arterial sistólica (PAS) >140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) >90 mmHg. A su vez, la presión arterial se clasifica en óptima (<120 mmHg de PAS y <80 mmHg de PAD), normal (120-129 mmHg PAS y/o 80-84 mmHg PAD), normal alta (130-139 mmHg PAS y/o 85-89 mmHg PAD), HTA grado 1 (140-159 mmHg PAS y/o 90-99 mmHg PAD), HTA grado 2 (160-179 mmHg PAS y/o 100-109 mmHg PAD) y HTA grado 3 (>180 mmHg PAS y/o >110 mmHg PAD).

En cuanto al tratamiento, los pacientes que presentan HTA grado 2 o 3, así como también aquellos pacientes con HTA grado 1 con alto riesgo o daño orgánico, tienen indicación de inicio de tratamiento con drogas hipotensoras, al mismo tiempo que las intervenciones en el estilo de vida, tales como restricción de sodio en la dieta, cesación tabáquica, reducción del consumo de alcohol, reducción de peso, aumento de consumo de frutas y verduras y realización de actividad física. En el caso de los pacientes con HTA grado 1, se debe iniciar tratamiento farmacológico si no se consiguen valores de presión arterial normales luego de 3-6 meses de cambios en el estilo de vida.

Las clases de fármacos utilizadas para el tratamiento de la hipertensión son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II), betabloqueantes, bloqueantes del canal de calcio y diuréticos. Los IECA y ARA-II son las clases más utilizadas, habiendo demostrado la misma eficacia que las otras clases, sin diferencias en cuanto a la tasa de complicaciones y mortalidad(27).

#### Alimentación

Entre los factores de riesgo cardiovasculares establecidos, se ha determinado que la alimentación saludable (incluida en los cambios del estilo de vida), disminuye la prevalencia de hipercolesterolemia, hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad y diabetes mellitus. Por lo tanto, se ha demostrado que una dieta rica en frutas y verduras disminuye la prevalencia de estos factores de riesgo, siendo

además un elemento esencial en el tratamiento no farmacológico de las enfermedades cardiovasculares. Los cambios dietéticos necesarios para disminuir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares son principalmente: reducir la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, colesterol y azúcares y aumentar el consumo de frutas, vegetales, cereales(28). El consumo de alimentos saludables forma parte de un proceso socio-cultural, influenciado fuertemente por cambios sociales. Es más, el bajo nivel socioeconómico se asoció con un menor consumo de frutas(29).

El consumo de frutas y verduras, en particular, se considera como el pilar fundamental de la alimentación, debido a su asociación con la reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Por ello, la ingestión recomendada por las guías de alimentación actuales es de hasta 5 porciones por día. Según estudios en la actualidad, las propiedades cardioprotectoras de este grupo alimenticio pueden atribuirse a su alto contenido de compuestos bioactivos como grasas insaturadas, polifenoles, fibras, vitaminas y minerales que proporcionan un efecto antioxidante, antiinflamatorio y antitrombótico, contribuyendo a una disminución notoria del riesgo cardiovascular(30).

Otro factor a destacar sobre la alimentación es el consumo de sal. Actualmente se recomienda una ingesta de aproximadamente 2 gramos/día, con el fin de reducir los niveles de presión arterial(31).

#### Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica de carácter multifactorial, que se caracteriza por la acumulación anormal y excesiva de grasa, y que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel global, representando una compleja condición médica con serias consecuencias sociales y psicológicas. Está definida como un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. Previo al desarrollo de obesidad, existe el sobrepeso, que es definido como un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>(32,33).

Las principales características asociadas con el exceso de grasa visceral y la acumulación de grasa ectópica incluyen: la resistencia a la insulina, la dislipidemia aterogénica, la hipertensión arterial, la disminución de la fibrinólisis, el aumento del riesgo de trombosis y la inflamación endotelial(34).

Los principales factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad son el consumo elevado de energía a través de productos altamente procesados, de bajo valor nutricional y alto contenido en sal, azúcares y grasas; la ingesta habitual de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente. Estos cambios en los

patrones alimentarios y de estilos de vida se explican e interactúan con una serie de transformaciones económicas, sociales, demográficas y ambientales como los cambios en los modelos de producción de los alimentos ultraprocesados, su alta disponibilidad y asequibilidad, las formas de comercialización y marketing, la insuficiente regulación de los entornos y los productos, entre otros aspectos. Es así como las personas se desarrollan en entornos obesogénicos.

#### Hipercolesterolemia

La presencia de niveles elevados de colesterol en sangre constituye un importante factor de riesgo cardiovascular, contribuyendo a la presentación de eventos coronarios, accidentes cerebrovasculares isquémicos y enfermedad arterial periférica. Se han realizado estudios que reportaron una fuerte relación entre niveles elevados de LDL-C en sangre, o bien niveles disminuidos de HDL-C, y un aumento en el riesgo de enfermedad aterosclerótica(35,36).

La dislipidemia abarca un gran rango de anomalías en los niveles de lípidos y puede comprender una combinación de aumento del colesterol total (>240 mg/dl), LDL-C (>160 mg/dl) y niveles de triglicéridos (>200 mg/dl), o bien, disminución de los niveles de HDL-C (<40 mg/dl)(37).

La edad a la que se debe realizar el tamizaje para detección de dislipidemia es un tema discutido. De acuerdo con la US Preventive Service Task Force, se debería estudiar a todos aquellos hombres mayores a 35 años y a aquellos que tengan entre 20-35 años, en el caso de que presenten un riesgo elevado de desarrollar enfermedad cardiovascular. Recomienda, además, estudiar a aquellas mujeres mayores a 45 años y a aquellas entre 20-45 si presentan riesgo elevado(38).

Al realizar el diagnóstico de dislipidemia es importante considerar el riesgo cardiovascular del paciente utilizando criterios diagnósticos como la escala de Framingham, el estimador de riesgo de enfermedad aterosclerótica de ACC/AHA y la escala de riesgo de Reynolds. El uso de dichas escalas permite conocer el riesgo cardiovascular global y qué pacientes se verán más beneficiados con el tratamiento farmacológico.

Los cambios en el estilo de vida continúan siendo el pilar del tratamiento para modificar los niveles de colesterol total, LDL-C, HDL-C y triglicéridos en sangre. No obstante, se ha demostrado que dichas modificaciones en hábitos resultan insuficientes para reducir los niveles de lípidos, por lo que muchos pacientes requieren de tratamiento farmacológico para alcanzar las metas terapéuticas(39).

Se debe hacer énfasis en la necesidad de adoptar una dieta rica en frutas, vegetales, nueces, productos lácteos, carnes blancas y pescado. Se deben limitar los alimentos dulces, bebidas azucaradas y carnes

rojas. Una dieta baja en carnes rojas reduce el riesgo cardiovascular global, independientemente de los niveles de lípidos en sangre. Además, la moderación en el consumo de alcohol, la cesación tabáquica, la reducción de peso y el ejercicio regular han demostrado tener un efecto favorecedor en los niveles de HDL-C en sangre(40).

Se debe iniciar una estrategia de prevención primaria en aquellos pacientes que tengan un riesgo elevado de presentar eventos cardiovasculares. El tratamiento farmacológico está indicado en todos aquellos pacientes donde sea necesaria la prevención secundaria, teniendo en cuenta las comorbilidades, tratamientos concomitantes, y evaluación riesgo-beneficio.

El tratamiento de primera línea son las estatinas, habiendo demostrado reducir niveles de LDL-C y disminuir el riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares, tanto en pacientes con enfermedad aterosclerótica previa como en pacientes de alto riesgo(37).

#### Consumo de alcohol

El alcohol es un tóxico que afecta múltiples aparatos y sistemas del organismo, generando efectos tanto agudos como crónicos. En relación al riesgo cardiovascular, tiene repercusiones negativas sobre el sistema arterio-venoso y la contractilidad cardíaca, dependiendo principalmente de la cantidad ingerida y la frecuencia de consumo, Se considera como alto consumo, aquel que se hace por encima de los 80 gramos/día en hombres y 60 gramos/día en mujeres. Se considera como consumo máximo admisible al que supera los 400 gramos/día, ya que un consumo superior sería letal, al no poder metabolizarse.

En relación al tipo de alcohol consumido, existen controversias respecto a los efectos del mismo. Un estudio ha demostrado que, el consumo leve a moderado del vino se asocia a un menor riesgo cardiovascular mientras que un consumo similar de otras bebidas como la cerveza y los licores fuertes se asociaron a mayor mortalidad cardiovascular(41). El efecto cardiovascular en el consumo agudo del alcohol puede verse en la intoxicación alcohólica aguda, caracterizada por un cuadro de ataxia, depresión del nivel de conciencia y disfunción cortical, pudiendo ocasionar crisis hipertensivas, disminución de la contractilidad miocárdica y arritmias.

Existen estudios en donde se objetivó el efecto del alcohol sobre el miocardio, cuyo hallazgo principal fue que la concentración de etanol en sangre durante la intoxicación aguda genera una alteración en el acoplamiento excitación-contracción del miocardio, hecho que se contrarresta al administrar calcio o diluyendo las concentraciones de alcohol en sangre.

A su vez, el etanol puede causar un daño selectivo a nivel endocárdico, generando alteraciones en la contracción cardíaca(42).

El consumo de alcohol se ha podido relacionar directamente con la prevalencia de hipertensión arterial, siendo significativa cuando se consumen dosis superiores a 20 gramos/día. Esto se debe al aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, de los niveles de catecolaminas en sangre y la disminución de la sensibilidad de los barorreceptores localizados en las paredes arteriales(43).

#### Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica secundaria a la alteración de la secreción pancreática de insulina, resultando en una hiperglucemia crónica así también como en la alteración del metabolismo de grasas, hidratos de carbono y proteínas.

La diabetes se clasifica en dos grandes categorías:

- Diabetes mellitus tipo 1: caracterizada por una deficiencia en la secreción de la insulina secundaria a la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas.

- Diabetes mellitus tipo 2: caracterizada por una resistencia a la acción de la insulina.

Actualmente, el valor de corte establecido para la glucemia normal se define como aquella menor a 100 mg/dl en el período de ayuno y a un valor menor a 140 mg/dl dos horas después de la ingesta o carga de glucosa. En función de esto, se definen dos condiciones asociadas al desarrollo de la diabetes mellitus:

- Glucemia alterada en ayunas (GAA): definido como un valor de glucemia en ayunas entre 100 mg/dl y 125 mg/dl.

- Intolerancia a la prueba de la glucosa: definido como cifras de glucemia entre 140 y 199 mg/dl luego de una carga oral de 75 gramos de glucosa.

Se han establecido como puntos de corte para realizar el diagnóstico de diabetes mellitus a una glucemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, una PTOG o glucemia al azar con una cifra de glucemia mayor o igual a 200 mg/dl o una cifra de hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6,5% o la presencia de una glucemia mayor o igual a 200 mg/dl en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica (poliuria, polidipsia, pérdida de peso y visión borrosa)(44).

La confirmación del diagnóstico se realiza con una repetición de las pruebas (preferentemente la misma prueba para la confirmación, aunque puede realizarse el diagnóstico ante dos pruebas distintas que cumplan con los criterios diagnósticos

previamente mencionados). Si al realizarse dos pruebas distintas, solo una de ellas entra en el rango normal, ésta debe repetirse, pudiendo confirmar el diagnóstico si la segunda medición entra en los criterios diagnósticos. En cambio, si al repetir la prueba, esta no cumple con el criterio diagnóstico, se deberá realizar un seguimiento del paciente por tres a seis meses(45).

Según las guías de la Asociación Americana de Diabetes, el tratamiento actual consiste en dos pilares fundamentales. En primer lugar, están los cambios del estilo de vida, estimulando la práctica de actividad física de intensidad moderada-alta por al menos 150 minutos semanales y pérdida de peso en caso de presentar sobrepeso u obesidad.

En relación a la dieta como medida terapéutica, se ha encontrado una asociación positiva entre el alto consumo de carnes rojas, comidas con alto contenido de azúcares (golosinas, gaseosas, dulces) y comidas fritas con el riesgo de desarrollar insulinoresistencia y diabetes mellitus tipo 2. Por lo tanto, cambiar la dieta a un alto consumo de frutas y verduras contribuye a una disminución de la insulinoresistencia y mejoría de la diabetes, al proporcionar un contenido rico en nutrientes, fibras y antioxidantes, factores protectores de la diabetes mellitus tipo 2(46).

En segundo lugar se encuentra el tratamiento farmacológico, comenzando con metformina, un fármaco anti hiperglucemiante considerado como primera línea terapéutica(47). La dosis inicial es de 500 mg una o dos veces al día, pudiendo aumentarse a dosis de 850 mg o 1000 mg dos veces por día (siempre y cuando no haya efectos adversos gastrointestinales). Esta droga puede ser utilizada tanto en monoterapia como en combinación con otros fármacos antidiabéticos y/o insulina(45). Se ha establecido que la metformina llega a disminuir hasta un 1,5% de los niveles plasmáticos de la hemoglobina glicosilada e incluso llega a contribuir en el descenso de peso(48). Otras drogas que se pueden utilizar, como fármacos de segunda línea son las sulfonilureas, las meglitinidas, inhibidores de la alfa glucosidasa y las tiazolidinedionas.

El tratamiento con insulina generalmente se reserva como última estrategia terapéutica, cuando la función de las células beta se encuentra severamente limitada. No obstante, se recomienda la administración de insulina como primera línea de tratamiento en pacientes con una hemoglobina glicosilada mayor a 9%, síntomas severos de hipoglucemia, evidencia de cetoacidosis, en embarazo, ante contraindicación de fármacos por vía oral o ante el fracaso terapéutico con los

fármacos previamente mencionados(49).  
Antecedentes relevantes de los factores de riesgo cardiovasculares en Santiago del Estero

En el último trimestre de 2018 fue llevada a cabo la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, como componente de la estrategia nacional de prevención y control de enfermedades no transmisibles. Su objetivo fue proporcionar información sobre los factores de riesgo y prevalencias de las principales enfermedades no transmisibles en la población mayor de 18 años de la República Argentina(3).

En dicho estudio se describe a las enfermedades crónicas no transmisibles como aquellas representadas por enfermedades cardio y cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Dichas entidades constituyen una epidemia global, siendo responsables del 71% de las muertes por año que se producen en el mundo.

Los datos arrojados por la Encuesta respecto a la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en Argentina y en la provincia de Santiago del Estero fueron los siguientes:

- La prevalencia total de consumo de cigarrillos fue del 16,6% en Santiago del Estero, de los cuales el 44,5% reportó haber intentado dejar de fumar en el último año. Además, un 27% de la población de la provincia se vio expuesta a humo de tabaco ajeno en el hogar.

- En cuanto a la actividad física, un 54,6% de la población de Santiago del Estero reportó realizar actividad física de baja intensidad.

- El consumo de alcohol regular de riesgo autorreportado fue del 8,4% en Argentina y del 3,3% en la provincia. Asimismo, el 56,3% del total y el 58,7% de la provincia reportaron estar de acuerdo con el impuesto a las bebidas alcohólicas.

- En cuanto a los hábitos de alimentación, el 68,9% de los encuestados de Santiago del Estero le agrega sal a sus comidas durante la cocción y el 12,4% agrega sal en la mesa, luego de la cocción. Además, el 30,1% percibió su alimentación como poco o nada saludable. Los valores autorreportados de exceso de peso, sobrepeso y obesidad fueron de 65,3%, 35,4% y 29,9%, respectivamente.

Finalmente, la prevalencia de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia autorreportadas en Santiago del Estero fueron de 13,7%, 38,3% y 28,9%, respectivamente.

## METODOLOGÍA

Diseño de Investigación

Estudio observacional, analítico y transversal a realizar en adultos de la población general de

Pampa de los Guanacos así como de la Comunidad Menonita, Santiago del Estero, Argentina, entre julio y septiembre del 2022 con una muestra de cada población.

Unidad de Análisis

Adultos, de edad mayor o igual a 18 años. que vivan en Pampa de los Guanacos así como de la Comunidad Menonita, Santiago del Estero, Argentina.

Criterios de Inclusión

- Adultos.

- Edad mayor o igual a 18 años.

- De ambos sexos.

- Que vivan en Pampa de los Guanacos así como de la Comunidad Menonita, Santiago del Estero, Argentina.

- Que hayan asistido al servicio de urgencias del Hospital Distrital Pampa de los Guanacos en el caso de la población general; mientras que en el caso de la Comunidad Menonita que hayan asistido al centro comunitario de la misma.

- Grupo estudio: población general de Pampa de los Guanacos, grupo Control: población de la Comunidad Menonita .

- Corte transversal desde julio a septiembre del 2022

Criterios de Exclusión

- Personas que se nieguen a completar la encuesta

- No firmar el consentimiento.

Criterios de Eliminación

- Datos incoherentes o incompletos de la encuesta. Con incoherente refiere a que la cantidad de horas por día que realiza actividad física no coincide con los minutos que realiza cada uno de estos días.

Población

Adultos, de ambos sexos, de edad mayor o igual a 18 años, que vivan en Pampa de los Guanacos así como de la Comunidad Menonita, Santiago del Estero, Argentina.

Muestra

Con respecto al tipo de muestreo fue no probabilístico accidental: entre todos los Adultos que viven en Pampa de los Guanacos así como de la Comunidad Menonita, Santiago del Estero, Argentina fueron seleccionados los primeros 41 incluibles que lleguen al servicio de urgencias del Hospital Distrital Pampa de los Guanacos en el caso de la población general; mientras que en el caso de la Comunidad Menonita fueron seleccionados los primeros 41 incluibles que llegaban al centro comunitario de la misma.

Herramientas de recolección de datos

La base de datos para este estudio fue recabada mediante la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del INDEC.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el software

estadístico GraphPad Prism 8. Para analizar la normalidad de los datos se aplicó el test de Shapiro-Wilk.

Los datos de variables cuantitativas no normales se analizaron mediante el test de Wilcoxon en el caso de datos apareados, o el test de Mann-Whitney en el caso de datos no apareados y se reportaron como mediana (rango intercuartílico). Para los casos con distribución normal se utilizó el test de t.

Los datos de variables cualitativas se analizaron mediante el test de Chi 2, además se calculó la medida de asociación Odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95%, entre las variables estudiadas. Se consideró un valor de alfa del 5% ( $p < 0,05$ ) para significancia estadística.

#### ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar el presente estudio, previamente el proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por los directivos del Hospital Distrital Pampa de los Guanacos, y las autoridades de ambas comunidades dieron su consentimiento.

Antes de proceder a la recolección de la información, se le solicitó a cada persona participante la firma del Consentimiento Informado posterior a la explicación del propósito del estudio, procedimientos, beneficios y riesgos de participar en el mismo. Para cada individuo se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos brindados en el instrumento; no hubieron riesgos o daños a los participantes durante esta investigación, todos los procedimientos se realizaron considerando el bienestar físico, psicológico y social de la persona. Conflictos de interés

Los investigadores participantes de este proyecto declaran no poseer conflictos de interés ni financiación de ninguna índole.

#### RESULTADOS

Del total de la muestra de 1558 adultos que hayan asistido al servicio de urgencias del Hospital Distrital Pampa de los Guanacos en el caso de la población general Santiago del Estero, Argentina, se excluyeron 1517 participantes por no firmar el consentimiento informado y se eliminó un participante por entregar la encuesta con respuestas incoherentes o incompletas. Quedando de esta forma un total de 40 adultos que cumplieron todos los criterios de selección. Figura 1

Mientras que, del total de la muestra de 407 adultos que hayan asistido al Centro Comunitario de la Colonia Menonita, Santiago del Estero, Argentina, se excluyeron 367 participantes por no firmar el consentimiento informado y se eliminaron 6 participantes por entregar la encuesta

con respuestas incoherentes o incompletas. Quedando de esta forma un total de 35 adultos que cumplieron todos los criterios de selección. Figura 2

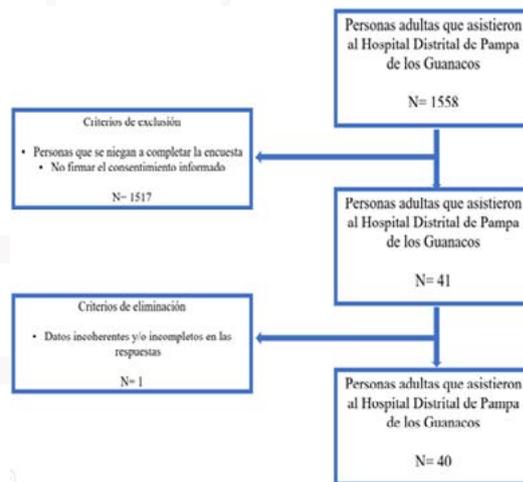


Fig. 1. Flujograma con criterios de exclusión y eliminación de la población de Pampa de los Guanacos.

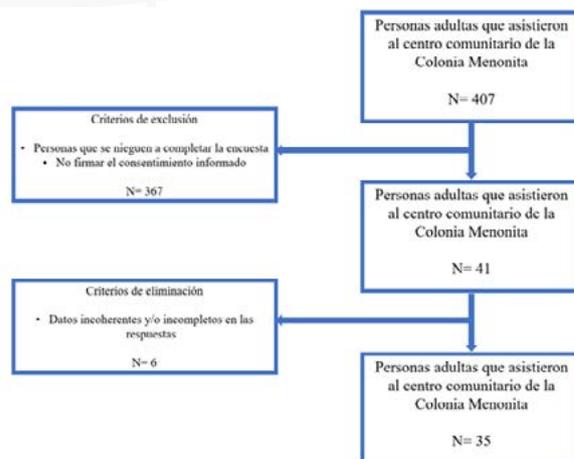


Fig. 2. Flujograma con criterios de exclusión y eliminación de la población de la Colonia Menonita

La distribución de sexo y de la edad puede verse en la Tabla 1. La mediana de la edad de las 40 personas de la población de Pampa de los Guanacos fue de 37,5 años con un rango intercuartílico (RIQ) de 30-50,25 mientras que la mediana de la edad de las 35 personas de la Comunidad Menonita fue de 40 años con un rango intercuartílico (RIQ) de 26,5-47,5. Del total de los encuestados de la población de Pampa de los Guanacos, 17 fueron de sexo femenino (42,5%) y 23 fueron de sexo masculino (57,5%). En la comunidad Menonita encuestada, 12 fueron de sexo femenino (34,3%) y 23 fueron de sexo masculino (65,7%). No se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo y edad entre ambos grupos ( $p>0,05$ ). La media del peso en la población de Pampa de los Guanacos fue de  $86,25 \pm 17,38$  kg y la media de la talla en este mismo grupo fue de  $1,65 \pm 0,094$  m. En la población de la Comunidad Menonita la media del peso fue de  $79,6 \pm 15,63$  kg mientras que la media de la talla fue de  $1,65 \pm 0,094$  m. Los valores del peso fueron similares entre ambos grupos ( $p>0,05$ ). Se evidenció diferencias significativas entre los grupos con respecto a la talla ( $p=0,004$ ).

Tabla 1. Características demográficas de la población de Pampa de los Guanacos y de la Comunidad Menonita (n=75).

Tabla 1. Características demográficas de la población de Pampa de los Guanacos y de la Comunidad Menonita (n=75).

Variables		Población de Pampa de los Guanacos (n=40)	Población de la Comunidad Menonita (n=35)	p
Sexo	Femenino n(%)	17 (42,5)	12 (34,3)	0,487
	Masculino n(%)	23 (57,5)	23 (65,7)	
Edad (años), mediana (RIQ)		37,5 (30-50,25)	40 (26,5-47,5)	0,64
Peso (kg), media $\pm$ DS		$86,26 \pm 17,38$	$79,6 \pm 15,63$	0,085
Talla (m), media $\pm$ DS		$1,65 \pm 0,094$	$1,72 \pm 0,096$	0,004*

RIQ: Rango Intercuartílico; DS: Desvío Estándar; kg: kilogramos; m: metros.

\*Valor significativo:  $p<0,05$

Respecto a la evaluación de la cantidad de actividad física intensa en horas/semana, se observó que fue menor en la población de Pampa de los Guanacos (mediana:0; RIQ:0 – 3) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (mediana:18; RIQ: 0 – 30;  $p=0,0039$ ) Figura 3.

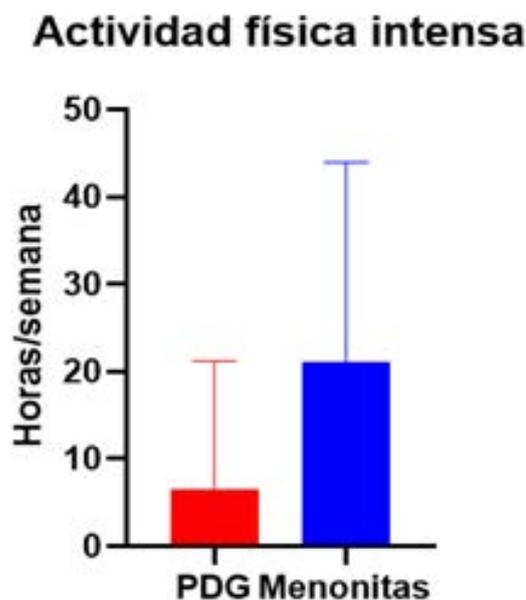


Fig. 3. Cantidad de actividad física intensa en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p=0,0039$

Al analizar la actividad física moderada en horas/semana, se evidenció que fue menor en la población de Pampa de los Guanacos (mediana:0; RIQ:0 – 6) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (mediana:18; RIQ: 12 – 28;  $p<0,0001$ ) Figura 4.

### Actividad física moderada

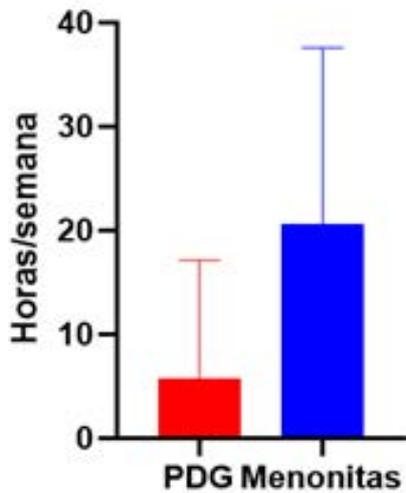


Fig. 4. Cantidad de actividad física moderada en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p < 0,0001$

En relación a la actividad física leve en horas/semana, se obtuvo que fue menor en la población de Pampa de los Guanacos (mediana:4,5; RIQ:0 - 21) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (mediana:36; RIQ: 28 - 56;  $p < 0,0001$ ) Figura 5.

### Actividad física leve

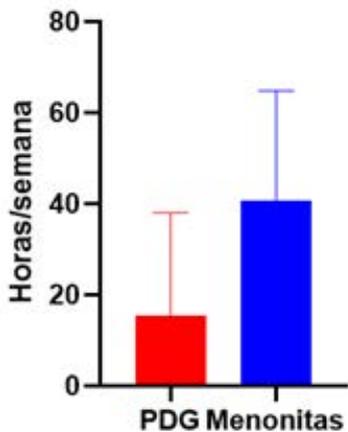
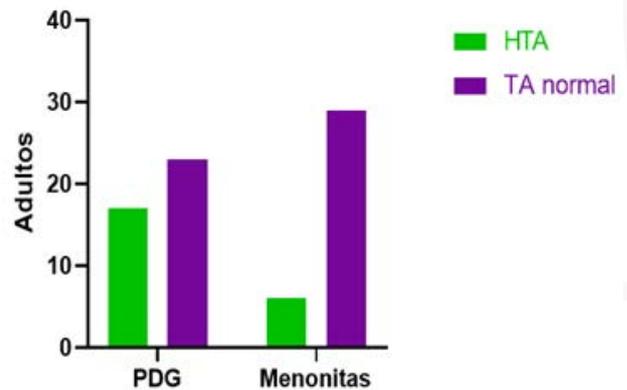


Fig. 5. Cantidad de actividad física leve en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p < 0,0001$

En cuanto a la tensión arterial, se definió como hipertenso a aquel individuo que reportó tener dos registros de presión arterial iguales o mayores a 140-90 mmHg tomados por un médico, un enfermero u otro profesional de la salud. Dio como resultado que el porcentaje de la población de Pampa de los Guanacos hipertensa (42,5%) fue mayor que el porcentaje de adultos de la Comunidad Menonita hipertensos (17,1%;  $p = 0,01$ ), como se puede observar en la figura 6.



En cuanto a la tensión arterial, se definió como hipertenso a aquel individuo que reportó tener dos registros de presión arterial iguales o mayores a 140-90 mmHg tomados por un médico, un enfermero u otro profesional de la salud. Dio como resultado que el porcentaje de la población de Pampa de los Guanacos hipertensa (42,5%) fue mayor que el porcentaje de adultos de la Comunidad Menonita hipertensos (17,1%;  $p = 0,01$ ), como se puede observar en la figura 6.

Fig. 6. Porcentaje de hipertensos en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p = 0,01$

A su vez, los resultados demostraron que existe asociación entre formar parte de la población general de Pampa de los Guanacos con la hipertensión (OR:3,572; IC:1,204 - 10,84). Sin embargo, no hubo asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sal y la hipertensión en la totalidad de las personas encuestadas (OR:0,449; IC:0,023 - 8,89). Al estudiar el Índice de masa corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura (expresada en metros), se definió como  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> sobrepeso y  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> como obesidad. Dio como resultado que

existen diferencias significativas ( $p=0,0002$ ) entre la población general de Pampa de los Guanacos con una media de  $31,55 \pm 6,1$ , y la de la Comunidad Menonita con una media de  $26,77 \pm 4,15$ . Figura 7.

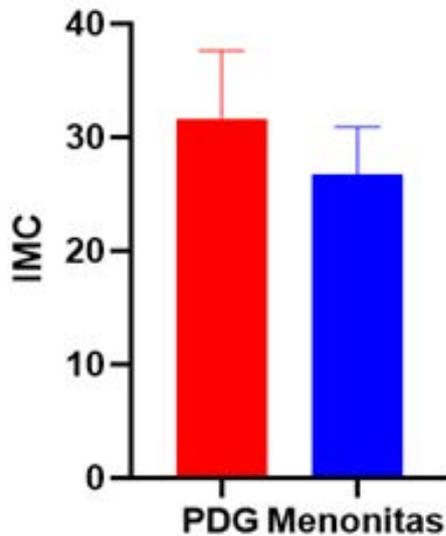
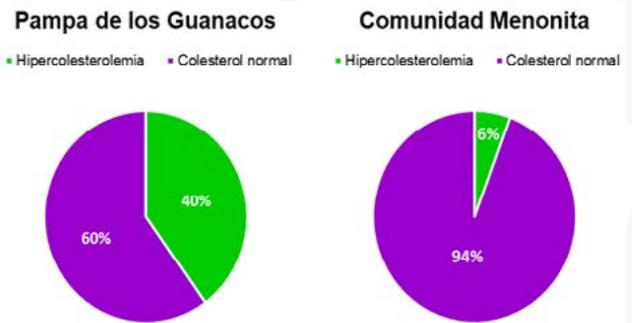


Fig. 7. Índice de masa corporal en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p=0,0002$

Con respecto al colesterol, se estableció como hipercolesterolemia a aquellos individuos a los cuales un médico, un enfermero u otro profesional de la salud les hubiere informado un aumento del colesterol total ( $>240$  mg/dl), LDL-C ( $>160$  mg/dl) y niveles de triglicéridos ( $>200$  mg/dl). Se observó que el porcentaje de adultos con hipercolesterolemia fue mayor en la población de Pampa de los Guanacos (40%) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (6%;  $p=0,0005$ ). Figura 8. Asimismo, se demostró que existe asociación entre formar parte de la población general de Pampa de los Guanacos con la hipercolesterolemia (OR:11; IC:2,441 - 50,46)



Con respecto al colesterol, se estableció como hipercolesterolemia a aquellos individuos a los cuales un médico, un enfermero u otro profesional de la salud les hubiere informado un aumento del colesterol total ( $>240$  mg/dl), LDL-C ( $>160$  mg/dl) y niveles de triglicéridos ( $>200$  mg/dl). Se observó que el porcentaje de adultos con hipercolesterolemia fue mayor en la población de Pampa de los Guanacos (40%) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (6%;  $p=0,0005$ ). Figura 8. Asimismo, se demostró que existe asociación entre formar parte de la población general de Pampa de los Guanacos con la hipercolesterolemia (OR:11; IC:2,441 - 50,46)

Fig. 8. Porcentaje de adultos con hipercolesterolemia en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p=0,0005$

Al analizar ambas variables juntas, se obtuvo que el porcentaje de adultos que presentaban sobrepeso u obesidad con hipercolesterolemia (30,36%) fue mayor que el porcentaje de adultos normopeso con hipercolesterolemia (5,26%;  $p=0,02$ ), como se puede observar en la figura 9. Además, hubo asociación estadísticamente significativa entre tener sobrepeso u obesidad y la hipercolesterolemia en la totalidad de las personas encuestadas (OR:7,846; IC:1,261 - 86,48).

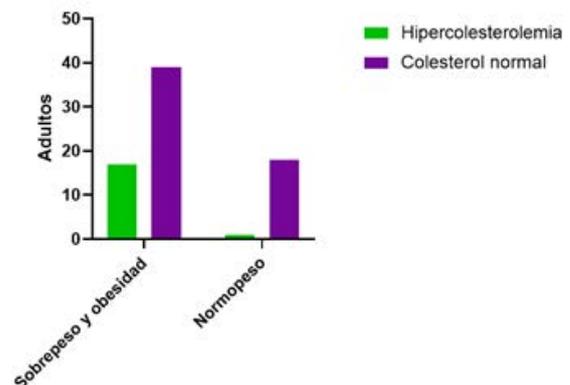


Fig. 9. Porcentaje de hipercolesterolemia en adultos que presentaban sobrepeso u obesidad en comparación con adultos normopeso  $p=0,02$

En relación al consumo de alcohol se encontró que las bebidas más consumidas fueron cerveza y bebidas blancas con una frecuencia de 14 adultos para cada una de ellas, en ambas poblaciones. Otras bebidas como anís y sidra constituyeron la menor frecuencia de consumo dando como resultado 6 adultos. Figura 10.

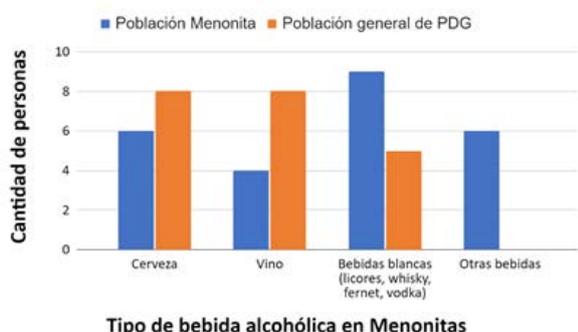


Fig. 11. Frecuencia de consumo de las distintas bebidas alcohólicas en adultos de ambas poblaciones.

En cuanto a la diabetes mellitus (DM), se definió como diabético a aquel individuo que reportó tener dos registros de glucemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl, una PTOG o glucemia al azar con una cifra de glucemia mayor o igual a 200 mg/dl o una cifra de hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6,5%, informados por un médico, un enfermero u otro profesional de la salud. Se evidenció que el porcentaje de adultos con diabetes fue mayor en la población de Pampa de los Guanacos (22,5%) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (2,86%;  $p=0,01$ ). Figura 11.

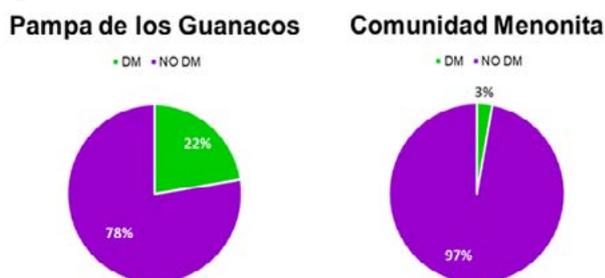


Fig. 11. Porcentaje de adultos con diabetes mellitus en la población de Pampa de los Guanacos en comparación con la población de la Comunidad Menonita  $p=0,01$

A su vez, los resultados demostraron que existe asociación entre formar parte de la población general de Pampa de los Guanacos con la diabetes mellitus (OR:9,871; IC:1,381 - 111,1). Sin embargo, no hubo asociación estadísticamente significativa entre el consumo de frutas y verduras y la diabetes en la totalidad de las personas encuestadas (OR:0; IC:0 - 7,53).

### DISCUSIÓN

Se demostró asociación entre ser parte de la población de Pampa de los Guanacos y presentar los factores de riesgo cardiovascular mencionados, a excepción del tabaquismo.

En cuanto a la actividad física, existe diferencia significativa en la actividad física intensa, moderada y caminatas realizadas entre las dos poblaciones, siendo menor en la población de Pampa de los Guanacos. Esto puede atribuirse a las exigentes actividades de campo realizadas diariamente por los menonitas como componente fundamental de sus actividades laborales.

A su vez, se demostró que la hipertensión en la población de Pampa de los Guanacos (42,5%) fue significativamente mayor que la de la comunidad menonita (17,1%), existiendo además asociación entre formar parte de la población de Pampa de los Guanacos y referir hipertensión (OR:3,572; IC:1,204 - 10,84).

Se obtuvo que el porcentaje de adultos que presentaban sobrepeso u obesidad con hipercolesterolemia fue mayor que el porcentaje de adultos normopeso con hipercolesterolemia, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre tener sobrepeso u obesidad y desarrollar hipercolesterolemia en la totalidad de las personas encuestadas (OR:7,846; IC:1,261 - 86,48). Se estableció, entonces, que presentar sobrepeso u obesidad es un factor de riesgo para desarrollar hipercolesterolemia en ambas poblaciones.

Además, en relación a la diabetes, también se demostró una diferencia entre la población diabética en Pampa de los Guanacos (22,5%) en comparación con la población de la Comunidad Menonita (2,86%). Existen varias publicaciones que acentúan la influencia de los patrones de alimentación con respecto al desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, siendo los alimentos con alto contenido en grasas y azúcares los que predisponen al desarrollo de sobrepeso y obesidad que a

su vez, es factor de riesgo para el desarrollo de hipercolesterolemia. No obstante, en la población menonita, se han realizado pocos estudios sobre esto, algunos de ellos reflejando la baja frecuencia de hipercolesterolemia en comparación con la población general en relación a la dieta con baja proporción de grasas y colesterol.

Se ha definido una meta de consumo ideal de frutas y verduras como 5 porciones al día (tres verduras y dos de fruta) por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ha relacionado un bajo consumo de frutas y verduras de acuerdo con el nivel de ingreso de los hogares, estableciendo que el bajo nivel socioeconómico como un factor de riesgo para el bajo consumo de estos alimentos. No obstante, en un estudio del 2016 en donde se observó el consumo de frutas y verduras a lo largo de varios años, se determinó que, si bien hubo aumentos en los ingresos del hogar, mayor cantidad y diversidad en consumo de frutas y verduras, en ningún período se llegó a alcanzar los 400 gramos diarios (5 porciones/día) definidos por la OMS(29).

Entre las fortalezas del estudio se destaca ser el primero que analice la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular tanto en la población general de Pampa de los Guanacos como en la comunidad Menonita. Esto permite el desarrollo de estrategias de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, actuando a partir de las frecuencias de factores de riesgo obtenidas en Pampa de los Guanacos. A su vez, son escasos aquellos estudios que comparen a una población rural como la de Pampa de los Guanacos con una población con las particularidades que caracterizan a la comunidad Menonita. Aportó, además, datos actualizados acerca de la salud de adultos Menonitas en relación con su estilo de vida.

En cuanto a las limitaciones del estudio, hubo tiempos acortados en el período de realización del mismo, que en consecuencia no permitieron un mayor análisis de ambas poblaciones. Se presentaron dificultades con respecto a la comunicación con la comunidad Menonita debido a la diferencia en el idioma hablado, que conllevó a un mayor tiempo requerido a la hora de realizar las encuestas. Asimismo, debido a las características de la encuesta utilizada, los datos obtenidos a partir de la misma acerca de factores de riesgo cardiovascular fueron autorreportados por los individuos encuestados, por lo que no fueron corroborados con mediciones realizadas en el momento.

## CONCLUSIÓN

Se demostró asociación entre ser parte de la población de Pampa de los Guanacos y presentar

los factores de riesgo cardiovascular mencionados, a excepción del tabaquismo. A su vez se estableció que la presencia de sobrepeso u obesidad fueron factores de riesgo para el desarrollo de hipercolesterolemia en ambas poblaciones.

Se necesitan estudios más grandes que profundicen el análisis de factores de riesgo cardiovascular en comunidades rurales aisladas como las colonias Menonitas.

## Agradecimientos

Quisiéramos agradecer la ayuda y asesoramiento que nos brindaron el Dr. Francisco Cimbaro y las autoridades del Hospital Distrital Pampa de los Guanacos.

- Casilla de correo electrónico: [gimegaldeano@gmail.com](mailto:gimegaldeano@gmail.com)

Fecha: ..... / ..... / .....

Certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida, respecto del presente protocolo de investigación que comprende: (a) la recolección de datos sobre factores de riesgo cardiovascular a través de encuestas anónimas validadas al respecto (b) el análisis de los datos por parte de los autores del presente estudio, (c) estando previamente aprobado por las autoridades del Hospital Distrital de Pampa de los Guanacos, Santiago del Estero, Argentina.

La información obtenida a partir del presente protocolo es de carácter confidencial y los datos serán utilizados con el único propósito de realizar un trabajo de investigación, manteniendo el anonimato de los participantes del estudio, conforme la Ley de Habeas Data 25326.

Declaro que actúo consciente, libre y voluntariamente como colaborador/a, contribuyendo a este propósito.

Soy conoedor/a de la autonomía suficiente que poseo para oponerme a participar sin necesidad de justificación alguna.

.....

(Firma del participante)

.....

(Aclaración)

.....

(Documento de identidad)

.....

(Firma del investigador)

.....

(Aclaración)

.....

(Documento de identidad)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Bardour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 22 de diciembre de 2020;76(25):2982-3021.
2. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. abril de 2010;27:237-45.
3. (INDEC) IN de E y C, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo- Resultados definitivos. 2019 oct.
4. (INDEC) IN de E y C. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2012 oct. Report No.: 2.
5. Patricia Islas Salinas, María Olivia Trevizo Nevárez, Francisco Alberto Pérez Piñón, Aberto Heiras Torres. La identidad cultural de los menonitas mexicanos. *Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*. marzo de 2015;5(1).
6. Taylor Hansen LD. Las migraciones menonitas al norte de México entre 1922 y 1940. *Migraciones internacionales*. junio de 2005;3(1):05-31.
7. Fuchs JA, Levinson RM, Stoddard RR, Mullet ME, Jones DH. Health risk factors among the Amish: results of a survey. *Health Educ Q*. 1990;17(2):197-211.
8. Glick M, Michel AC, Dorn J, Horwitz M, Rosenthal T, Trevisan M. Dietary cardiovascular risk factors and serum cholesterol in an Old Order Mennonite community. *Am J Public Health*. agosto de 1998;88(8):1202-5.
9. Rodríguez IM. Menonitas 1927-1935. Colonización y evangelización en el Chaco paraguayo. *Revista Latino-Americana de Historia*. 2017;6(Extra 17):176-91.
10. Múr RL. Apropiación y uso de tecnologías digitales entre grupos étnicos minorizados en México. [citado 8 de septiembre de 2022]; Disponible en: [https://www.academia.edu/38010020/Apropiaci%C3%B3n\\_y\\_uso\\_de\\_tecnolog%C3%ADas\\_digitales\\_entre\\_grupos\\_%C3%A9tnicos\\_minorizados\\_en\\_M%C3%A9xico](https://www.academia.edu/38010020/Apropiaci%C3%B3n_y_uso_de_tecnolog%C3%ADas_digitales_entre_grupos_%C3%A9tnicos_minorizados_en_M%C3%A9xico)
11. Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencia, características y tendencia. *Medicina Interna de México*. junio de 2006;22:189-96.
12. Organización Mundial de la Salud. La actividad física en los adultos [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/)
13. Ministerio de Salud- Uruguay, Organización Panamericana de la Salud. Guía de actividad física. 2017.
14. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria*. marzo de 2015;47(3):175-83.
15. Fox M. What Is Sedentary? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. agosto de 2012;112(8):1124-8.
16. Morales S, Gómez-Cabello A, González-Agüero A, Casajús JA, Ara I, Vicente-Rodríguez G. Sedentarismo y condición física en mujeres postmenopáusicas. *Nutrición Hospitalaria*. agosto de 2013;28(4):1053-9.
17. VARELA, MARÍA TERESA; DUARTE, CAROLINA; SALAZAR, ISABEL CRISTINA; LEMA, LUISA, FERNANDA; TAMAYO, JULIÁN ANDRÉS. Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica*. septiembre de 2011;
18. José Antonio Rivera-Tapia, , Lilia Cedillo-Ramírez, , Jessica Pérez-Nava, , Benjamín Flores-Chic, y Rodrigo Iván Aguilar-Enriquez. Uso de tecnologías, sedentarismo y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Ciencias*. febrero de 2018;
19. El consumo de tabaco disminuye: la OMS insta a los países a invertir para ayudar a más personas a dejar de fumar [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-11-2021-tobacco-use-falling-who-urges-countries-to-invest-in-helping-more-people-to-quit-tobacco>
20. Fernando LZ, Pamela SS. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Rev Med Clin Condes*. 1 de noviembre de 2012;23(6):699-705.
21. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol*. junio de 1997;29(7):1422-31.
22. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. abril de 2018;17(2):225-35.
23. Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*. enero de 2002;44:s144-60.
24. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 7 de enero de 2017;389(10064):37-55.
25. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 4 de septiembre de 2013;310(9):959-68.
26. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 14 de diciembre de 2002;360(9349):1903-13.
27. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 1 de febrero de 2019;72(2):160.e1-160.e78.
28. Foz M, Esteban BM, Bartrina JA, Gil B, Jover E, Núñez-Cortés JM, et al. Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. Clínica e investigación en arteriosclerosis. 2003;15(5):196-232.
29. Adrogué C, Orlicki ME. Factores relacionados al consumo de frutas y verduras en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina: Factors related to the consumption of fruits and vegetables based on the National Survey of Risk Factors in Argentina. *Revista Pilquen*. septiembre de 2019;22(3):70-82.
30. Badimon L, Chagas P, Chiva-Blanch G. Diet and Cardiovascular Disease: Effects of Foods and Nutrients in Classical and Emerging Cardiovascular Risk Factors. *Curr Med Chem*. 2019;26(19):3639-51.
31. Berciano S, Ordoñas JM. Nutrición y salud cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 1 de septiembre de 2014;67(9):738-47.
32. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
33. Bryce-Moncloa A, Alegría-Valdivia E, San Martín-San Martín MG. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina*. abril de 2017;78(2):202-6.
34. Barnes PJ. Mechanisms and resistance in glucocorticoid control of inflammation. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 31 de mayo de 2010;120(2-3):76-85.
35. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 1 de enero de 2013;127(1):143-52.
36. Wild SH, Byrne CD, Tzoulaki I, Lee AJ, Rumley A, Lowe GDO, et al. Metabolic syndrome, haemostatic and inflammatory markers, cerebrovascular and peripheral arterial disease: The Edinburgh Artery Study. *Atherosclerosis*. abril de 2009;203(2):604-9.
37. Kopin L, Lowenstein C. Dyslipidemia. *Ann Intern Med*. 5 de diciembre de 2017;167(11):ITC81-96.
38. Chou R, Cantor A, Dana T, Wagner J, Ahmed AY, Fu R, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review

for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 23 de agosto de 2022;328(8):754-71.

39. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 4 de septiembre de 2012;157(5):367-71.

40. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 24 de junio de 2014;129(25 Suppl 2):S76-99.

41. Grønbaek M, Deis A, Sørensen TI, Becker U, Schnohr P, Jensen G. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer, or spirits. *BMJ*. 6 de mayo de 1995;310(6988):1165-9.

42. Guarnieri T, Lakatta EG. Mechanism of myocardial contractile depression by clinical concentrations of ethanol. A study in ferret papillary muscles. *J Clin Invest*. mayo de 1990;85(5):1462-7.

43. Zakhari S. Alcohol and the cardiovascular system: molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol Health Res World*. 1997;21(1):21-9.

44. Díaz Naya L, Delgado Álvarez E. Diabetes mellitus. Criterios diagnósticos y clasificación. *Epidemiología. Etiopatogenia. Evaluación inicial del paciente con diabetes. Medicine*. 1 de septiembre de 2016;12(17):935-46.

45. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. enero de 2010;33(Suppl 1):S62-9.

46. Sami W, Ansari T, Butt NS, Hamid MRA. Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. *Int J Health Sci (Qassim)*. junio de 2017;11(2):65-71.

47. Standards of Medical Care in Diabetes—2019 Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes*. enero de 2019;37(1):11-34.

48. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. enero de 2015;38(1):140-9.

49. Upadhyay J, Polyzos SA, Perakakis N, Thakkar B, Paschou SA, Katsiki N, et al. Pharmacotherapy of type 2 diabetes: An update. *Metabolism*. enero de 2018;78:13-42.

# TÉRMINOS DE RÍO HONDO

## SANTIAGO DEL ESTERO

Frecuencia de violencia dentro del ámbito laboral entre 2019 y 2022 en el Centro Integral de Salud Termas de Río Hondo en trabajadores de 18 a 75 años: Estudio Descriptivo, Observacional y Transversal.

### Autores:

- Iara Daniela Chait
- Agustina Fernández
- Araceli Fernández Guyot
- Paloma Gaisch Varelli

### Tutores

- **Dra. María Gabriela Torres**  
Hospital CIS Termas de Río Hondo, SGE
- **Dr. Mario Orlando Turbay**  
Hospital CIS Termas de Río Hondo, SGE
- **Director: Dr. Luis Martínez**  
Hospital CIS Termas de Río Hondo, SGE

### Introducción

La violencia laboral en el sector de la salud forma la cuarta parte de los actos de violencia que se cometen en los lugares de trabajo del mundo.

Argentina: pocos datos sobre acoso laboral.

- UNA y RNICVL (2021): 6 de cada 10 trabajadores experimentaron violencia en el trabajo (56,9%), y se ejerce mayormente a

mujeres (65,5%) y personas no binarias (87,6%).

- EVL de la HCDN: 29% de encuestados sufrieron algún tipo de violencia, 90% indicaron que sucedió en el ámbito del trabajo.

- OAVL: consultas (861 en 2021) por violencia laboral son de personas de 26 a 45 años, de sexo femenino (62%). Las

denuncias que son más habituales son las psicológicas en un 88%. En general los acosadores suelen ser hombres (62%).

Surge que han estado expuestos/as a situaciones de violencia psicológica (88%), a contextos de violencia sexual (8%) y violencia física (4%).

### Objetivo general

Describir la frecuencia de violencia entre 2019 a 2022 en el ámbito laboral en trabajadores de 18 a 75 años en CIS Termas de Río Hondo, Santiago del Estero.

### Objetivos específicos

- Conocer qué tipos de violencia son más frecuentes en el CIS Termas de Río Hondo, Santiago del Estero.

- Registrar el conocimiento de los trabajadores del CIS Termas de Río Hondo sobre la Ley Micaela.

- Determinar si existen situaciones de violencia por motivos de género en el ámbito laboral percibidas por

los trabajadores del CIS Termas de Río Hondo, Santiago del Estero.

- Conocer si los hechos de violencia han sido denunciados o no y cuál fue el motivo por el que no se

realizó la denuncia por parte de los trabajadores del CIS Termas de Río Hondo, Santiago del Estero.

- Relacionar el género de los trabajadores del CIS Termas de Río Hondo, Santiago del Estero con la

frecuencia de situaciones de violencia laboral.  
 - Asociar la edad de los trabajadores del CIS termas de Río Hondo con la frecuencia de situaciones de violencia laboral.

### Materiales y métodos

- Diseño de investigación: Estudio Descriptivo, Observacional y Transversal.
- Unidad de análisis: Trabajadores.
- Población accesible: Trabajadores sin distinción de género entre 18 a 75 años pertenecientes al Centro Integral de Salud (CIS) Termas de Río Hondo, Santiago del Estero.
- Muestra: Probabilístico aleatorio simple.

### Hipótesis

Existe mayor frecuencia de situaciones de violencia laboral en trabajadoras de 18 a 75 años de género femenino comparado con los trabajadores de género masculino pertenecientes al CIS

Termas de Río Hondo, Santiago del Estero entre octubre de 2019 a agosto de 2022.

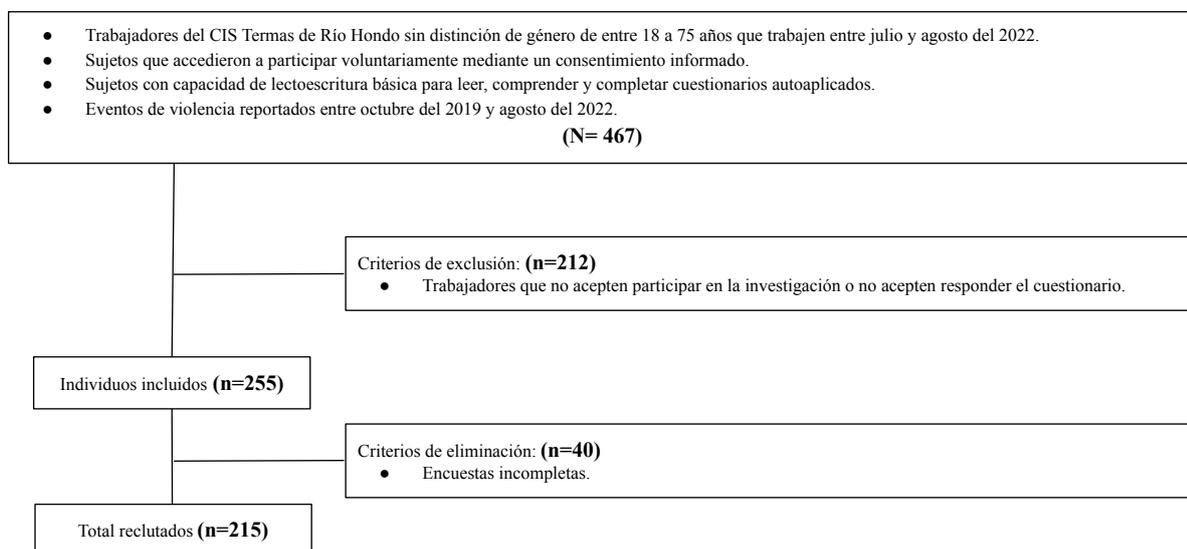
### Aspectos éticos

- Los participantes firmaron el Consentimiento Informado.
- Se respetaron los principios éticos declarados por Helsinki y la Ley de Protección de los Datos Personales.

### Recolección de datos

- Encuesta validada
- Cuestionario estructurado de 5 secciones:
  1. Aspectos sociodemográficos
  2. Conocimiento de la Ley Micaela
  3. Violencia laboral
  4. Violencia por motivos de género
  5. Denuncia de situaciones de Violencia Laboral

### RESULTADOS



**TABLA 1. Características de trabajadores del CIS Termas (n = 215)**

<b>Variables Sociodemográficas</b>	
Edad (años) mediana (RIQ):	43 (32 - 52)
<b>Género</b>	<b>n (%)</b>
Mujer	143 (66,5)
Varón	72 (33,5)
Mujer Trans	0 (0)
Varón Trans	0 (0)
Otro	0 (0)

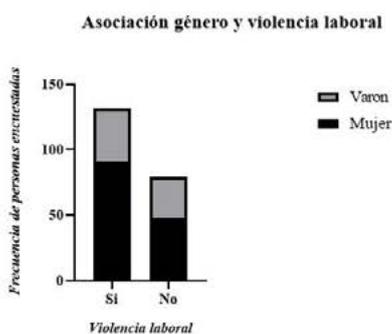
RIQ: Rango Intercuartílico

**TABLA 2. Violencia laboral (n = 215)**

<b>Frecuencia de violencia laboral</b>	<b>n (%)</b>
Individuos que atravesaron violencia laboral	131 (60,9)
Individuos que presenciaron situaciones de violencia laboral	161 (74,9)
<b>Tipos de violencia laboral sufrida</b>	<b>n (%)</b>
Violencia psicológica	119 (81,5)
Violencia física	9 (6,2)
Violencia sexual	8 (5,5)
Ciber-acoso	10 (6,8)
<b>Tipos de violencia laboral presenciada</b>	<b>n (%)</b>
Violencia psicológica	146 (83,4)
Violencia física	7 (4,0)
Violencia sexual	12 (6,9)
Ciber-acoso	10 (5,7)

**TABLA 3. Violencia de género en el ámbito laboral (n = 215)**

<b>Frecuencia de violencia de género en el ámbito laboral</b>	<b>n (%)</b>
Individuos que atravesaron violencia de género	94 (43,7)
<b>Tipos de violencia</b>	<b>n (%)</b>
Violencia psicológica	68 (60,2)
Violencia física	1 (0,9)
Violencia sexual	6 (5,3)
Violencia simbólica	9 (8,0)
Violencia económica	29 (25,7)
<b>Conocimiento sobre la Ley Micaela</b>	<b>n (%)</b>
Individuos que conocen la Ley Micaela	149 (69,3)

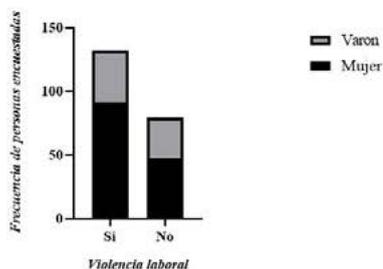


	Mujer	Varón	Total
Si	91	41	132
No	48	31	79
Total	139	72	211

Gráfico de barras apiladas.  $p > 0.05$ . (OR = 1.4; IC95% 0.79 - 2.54)

## Resultados

Asociación edad y violencia laboral



	Menor de 43	Mayor de 43	Total
Si	75	74	149
No	30	32	62
Total	139	72	211

Gráfico de barras apiladas.  $p > 0.05$ . (OR = 1.08; IC95% 0.59 - 1.97)

### Discusión

#### PREVENCIÓN:

- Desarrollar campañas de sensibilización y difusión sobre el tema.
- Realizar programas de formación a los trabajadores.

#### Limitaciones:

Recolección de datos.

#### ACCIÓN:

- Detectar situaciones de violencia.
- Crear y proveer un espacio de escucha activa.
- Cuidar y apoyar a los trabajadores afectados.

#### Conclusiones

- La frecuencia de violencia laboral y la violencia por motivos de género dentro del ámbito laboral fue elevada y en la mayoría de los casos el tipo de violencia fue psicológica.
- Existe un bajo número de individuos que realizaron la denuncia de las situaciones de violencia y en su mayoría fue porque no creían que sirviera de algo.
- No se encontró significancia al relacionar el género y edad de los trabajadores con la frecuencia de situaciones de violencia laboral.

#### Bibliografía

- Sociedad Argentina de Pediatría. (2013). Violencia hacia el Equipo de Salud en el ámbito laboral. Manual de Prevención y Procedimientos. SAP, Buenos Aires.
- Nacional Argentino. (2018). Ley 27.499. Ley Micaela. Ley Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (2022). Violencia de género. Conocé y ejercé tus derechos. Buenos Aires: Ediciones SAIJ.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2016). Manual

de concientización y prevención sobre la violencia laboral en las organizaciones empresariales. Buenos Aires: Dirección de Prensa y Comunicación.

- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2021). Violencia y acoso en el mundo del trabajo Aportes desde la negociación colectiva y la OAVL a un año de la ratificación del Convenio núm. 190 . Buenos Aires: Dirección de Prensa y Comunicaciones.
- Organización Internacional del Trabajo. (2021). La violencia en el mundo del trabajo, un abordaje multicausal. Buenos Aires: ILO.
- Universidad Nacional de Avellaneda. (2021). Encuesta Nacional sobre Violencia. Buenos Aires, Argentina.

#### Agradecimientos

Este trabajo de investigación fue realizado con el acompañamiento de la Dra. Diana Galimberti (Coordinadora del Comité de Violencia de Género de FASGO, Asesora de la Subsecretaría de Derechos Humanos y Justicia de la Nación, Asesora en Violencia del Comité de DDSSYRR, Miembro del Comité: Facing Women In Crisis FIGO) y la Lic. Stella Garrido (Coordinadora de Ciencias de la Educación en Universidad Católica de Santiago del Estero) y con el asesoramiento de la Dra. Cecilia Sanpaolesi, la Lic. Claudia Cuestas y la Trabajadora Social Julia Nieto de la Dirección de Género dependiente de DDHH del Ministerio de Justicia de la Provincia de Santiago del Estero, a quienes agradecemos enormemente por la ayuda recibida.

# VILLA UNIÓN

LA RIOJA

**Educación para la salud sobre métodos anticonceptivos para adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina en 2022: resultado de una breve intervención en atención primaria de la salud, un estudio analítico, prospectivo, longitudinal.**

#### Autoras:

- Curtis Candelaria
- Olivieri Rocío, Ranieri Sofía
- Yeremenko Anna

#### Tutoras

- Dra. Leila Ormeño  
Hospital "Dr. Eduardo Neira" - Villa Unión
- Dra. María Elena De la Vega  
Hospital "Dr. Eduardo Neira" - Villa Unión

#### Resumen

Introducción. La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. La adolescencia es una etapa en la que se producen cambios, por lo cual es importante la ejecución de intervenciones tempranas, que deben responder a las necesidades y deseos de cada grupo destinatario. Objetivo: Evaluar los conocimientos previos de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina, en 2022 acerca de métodos anticonceptivos, y el efecto de la charla informativa

sobre estos.

Población y métodos. Se realizó un estudio longitudinal. Se incluyeron estudiantes de 13 a 18 años que concurren al colegio Rosario V. Peñaloza durante el ciclo lectivo de 2022. Muestra no probabilística por conveniencia. Variables estudiadas: salud sexual y reproductiva, que se define como estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y características sociodemográficas. Para el análisis de datos se utilizó el software Microsoft Excel 2016 para el cálculo de Chi cuadrado y GraphPad Prism 9 para el

cálculo del test de t.

Resultados. La muestra final fue de 253 individuos, con una media de edad de  $15.44 \pm 1.46$  años. Se identificó un aumento significativo de los conocimientos generales evaluado con test de t con una p menor a 0.001 y de los conocimientos sobre métodos hormonales, de barrera, dispositivos intrauterinos y métodos definitivos, evaluados con Chi cuadrado, con p menor a 0.05 en todos los casos. Conclusiones. La intervención realizada logró generar un incremento significativo del nivel de conocimiento de los adolescentes, tanto el general como el referido a cada uno de los temas tratados, particularmente, métodos anticonceptivos hormonales, de barrera, dispositivos intrauterinos y definitivos.

Palabras clave. Salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, adolescencia.

### Introducción

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales. (1)

Entre los problemas de acceso a servicios de salud reproductiva, las barreras geográficas y de calidad de los servicios juegan un papel central. Es crucial llegar a aquellos territorios que tienen problemas con el acceso a transporte y las distancias para encontrar los servicios, así como contar con servicios con capacidad resolutoria, y la oportuna referencia. Otro desafío que enfrenta la región es que en algunos países existen barreras legales al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, de por medio, afectando el uso de métodos anticonceptivos, la disponibilidad y uso de la anticoncepción legal de emergencia, la interrupción del embarazo, el cuidado post aborto, incluida la anticoncepción post aborto. (2)

En Argentina, el derecho a la salud sexual se encuentra respaldado desde el año 2002 por la Ley 25.673, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (3) A su vez, el derecho a la educación sexual integral (ESI) se encuentra respaldado desde el año 2006 por la Ley 26.150, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. (4) La adolescencia es una etapa en la que se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales, por lo cual se debe hacer referencia a la importancia en la ejecución de intervenciones tempranas; las de promoción de

la salud, frecuentemente, son para el grupo de 15 a 19 años. Los programas e intervenciones deben responder eficazmente a las necesidades y a los deseos de cada grupo destinatario, el hecho de realizarse tempranamente garantiza infundir patrones de conducta saludables y duraderos, antes de que aquellos patrones que comprometen la salud se hayan arraigado. (5)

Dados los problemas previamente mencionados en lo que respecta la accesibilidad de la población adolescente a la información sobre la salud sexual y los métodos anticonceptivos, se decidió realizar este trabajo.

### Marco teórico

#### Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. (5)

La adolescencia es una etapa progresivamente prolongada, durante la cual se producen rápidos y grandes cambios que llevan al ser humano a madurar biológica, psicológica y socialmente, y potencialmente a vivir de forma independiente. Los objetivos de desarrollo de este período son el establecimiento de la identidad y el logro de la autonomía. Si bien es un proceso de alta variabilidad individual en cuanto a su inicio y fin, la progresión por etapas, la sincronía del desarrollo entre las distintas áreas, y en otros aspectos, el desarrollo psicosocial y cultural de este período suele tener características comunes y un patrón progresivo. La anticoncepción en adolescentes involucra diferentes situaciones que afectan la accesibilidad y aceptabilidad de diferentes métodos anticonceptivos. Estas situaciones pueden ser barreras que interfieran en la elección y el uso correcto de los diferentes métodos en este grupo de edad. Estos factores son multidimensionales, algunos son universales como los cambios biológicos de la pubertad y otros varían según la región donde vive la persona. (6)

De acuerdo al Código Civil y Comercial, desde los 13 años, los adolescentes tienen derecho a acceder en forma autónoma a todos los métodos anticonceptivos reversibles, y a partir de los 16 años pueden tomar de manera autónoma todas las decisiones sobre el cuidado de su cuerpo. Sólo es requisito dejar constancia por escrito de su decisión después de recibir información completa y comprensible. (7)

Salud sexual y reproductiva

En Argentina, el derecho a la salud sexual se encuentra

respaldado desde el año 2002 por la Ley 25.673, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. El Artículo 6 de dicha Ley establece que la transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá: a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT; c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido. (3)

El derecho a la educación sexual integral (ESI) se encuentra respaldado desde el año 2006 por la Ley 26.150, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que indica que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. (4)

#### Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden y deben utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. (8)

Los métodos anticonceptivos no solo previenen del embarazo sino que también el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Los mismos se brindan según lo que el adolescente o miembros de una pareja escojan tras haber recibido información completa, posterior a un interrogatorio exhaustivo y examen físico. En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo por no tener una adecuada información sobre los MAC. Frecuentemente actúan basados en opiniones y conceptos que podrían ser erróneos en la mayoría de los casos. (9)

Métodos naturales

Los distintos métodos anticonceptivos naturales actuales se basan en el conocimiento de la duración de los ciclos y la utilización de diferentes síntomas de la fase periovulatoria del ciclo menstrual, como la evolución del moco cervical y el aumento de la temperatura basal. Estos métodos pueden emplearse de forma aislada o combinada. El método natural más demandado actualmente, el sintotérmico, es el que combina más parámetros, ofrece la mayor eficacia y precisa mejor la fase fértil. (10)

#### Métodos no hormonales

Preservativo:

Los condones han sido utilizados por mucho tiempo como método de anticoncepción; sin embargo también tienen un rol fundamental en la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), siendo este el único método de anticoncepción que brinda protección contra dichas enfermedades. La principal desventaja es que poseen una baja eficacia anticonceptiva. La tasa de fracaso de los condones masculinos es del 13%. Estos porcentajes son atribuibles a uso inadecuado, inconsistente o ruptura. Se han registrado personas que presentan reacciones alérgicas al látex y sufren de irritación en la piel. A consecuencia de lo anterior, se han desarrollado condones de poliuretano; no obstante estos son menos efectivos que aquellos confeccionados con látex porque tienen un ajuste más holgado y se deslizan con mayor facilidad. (11)

Las fallas en este método de barrera pueden ser por múltiples causas. El problema de ruptura del preservativo ha estado asociado con una gran variedad de fallas en su uso, tales como utilizar lubricantes con base oleosa; abrir el paquete del preservativo usando los dientes, cuchillos, tijeras, lápices o instrumentos afilados; no dejar espacio para el semen ni sacar el aire; guardar el preservativo en sitios con temperaturas elevadas; no comprobar fecha de caducidad; no comprobar si el preservativo está dañado; y desenrollarlo por completo antes de colocarlo. Por su parte, el deslizamiento se ha asociado con desenrollar el preservativo antes de colocarlo; colocarlo al revés; no desenrollarlo hasta la base del pene, utilizar el mismo preservativo más de una vez; colocarlo antes de la eyaculación pero con una penetración previa sin preservativo; no retirar el preservativo después de perder la erección y no sostenerlo en la base del pene cuando se retira de la vagina; quitarse el preservativo antes de terminar la relación; y no usar un nuevo preservativo al cambiar de práctica sexual. Es posible que la ocurrencia de estas fallas se deba a un desconocimiento por parte de los jóvenes sobre la forma correcta en la que debe usarse el preservativo durante el acto

sexual, es decir, al hecho de nunca haber recibido instrucción sobre cómo usarlo, sobre qué se debe y qué no se debe hacer para evitar que se rompa o deslice; pero también puede deberse a una falta de experiencia sobre cómo colocar y retirar un preservativo en un pene. (12)

#### Anticoncepción vaginal:

La anticoncepción vaginal se basa en la creación de una barrera física o química para impedir la progresión de los espermatozoides por las vías genitales y, en consecuencia, la fecundación. Las barreras vaginales físicas son los preservativos femeninos, los diafragmas y los capuchones cervicales. Las barreras químicas son los espermicidas en forma de óvulos, cremas o esponjas. El preservativo femenino es el único método que es al mismo tiempo un método de anticoncepción y de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (13)

El campo de látex puede realizarse con un preservativo masculino, recortado con una tijera, lo que genera un cuadrado de látex que se usará como barrera. La barrera evita el contacto con las secreciones corporales, puede utilizarse para practicar sexo oral vaginal y/o anal. Se sugiere usar los preservativos extra grandes para que las barreras sean más apropiadas. A su vez, se debe indicar que cada campo de látex sólo se emplea una vez y se desecha. (14)

#### Métodos hormonales

##### Anticonceptivos orales:

Los anticonceptivos orales son pastillas de toma diaria, que en su forma más frecuente contienen 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestágenos), y cuyo mecanismo de acción es evitar la ovulación y, además, generar cambios a nivel del moco cervical lo cual impide el paso de los espermatozoides desde la vagina hacia el útero. Existen varias presentaciones de los mismos los cuales incluyen cajas de 21, 22, 28 o 34 pastillas, contando todas ellas con una misma concentración hormonal. Sus efectos adversos pueden incluir náuseas, cefalea leve, sensibilidad mamaria, leve aumento de peso, acné, nerviosismo, alteraciones en el patrón de sangrados (goteo o sangrado entre las menstruaciones) y amenorrea. (15)

##### Anticonceptivos transdérmicos:

Los anticonceptivos transdérmicos son parches de aproximadamente 4.5 x 4.5 cm, cuyos componentes son iguales a los de las pastillas (estrógenos y progestágenos), con la salvedad de que este método, al eliminar el primer paso hepático, permite que las dosis sean menores y las concentraciones séricas constantes. Además, al no ser el sistema digestivo

el transportador, su absorción y eficacia no se ven afectados en los procesos gastrointestinales, a diferencia de los anticonceptivos orales. Este método cuenta con un régimen semanal, con una semana de descanso en el medio, y deben ser colocados en zonas de piel sana, limpia, seca y sin vello (glúteos, abdomen, parte superior externa del brazo o torso [su absorción es similar], pero nunca en las mamas). Entre sus reacciones adversas se encuentran: reacciones locales, tensión o dolor mamario (tres veces más que con anticonceptivos orales combinados), dismenorrea; retraso (un día más que con anticonceptivos orales combinados) y prolongación del periodo menstrual. Algunos estudios reportan cefalea y náuseas. La amenorrea es excepcional. (16)

##### Anillo vaginal:

Los anillos vaginales anticonceptivos permiten la administración vaginal de las hormonas esteroideas con una duración de 3 semanas, evitando el efecto de primer paso hepático, permitiendo la liberación constante y controlada de las mismas y permitiendo la disminución de las dosis que se utilizan por vía oral. Como lo demuestran los estudios realizados hasta la fecha, el anillo vaginal anticonceptivo resulta eficaz, cómodo y aceptable para las mujeres, por lo que reúne las características necesarias para convertirse en una alternativa real a la píldora clásica. (17)

##### Anticonceptivos inyectables:

Una opción distinta de anticoncepción hormonal, con un perfil similar a los anticonceptivos orales combinados, es el fármaco inyectable administrado mensual o trimestralmente. Son útiles para contrarrestar los problemas de "compliance" (apego al tratamiento) y disminuir los efectos adversos, pues constituyen un método reversible y de prevención del embarazo, que no requieren la administración diaria o aplicarlos durante el coito. La mayoría de las usuarias de anticonceptivos inyectables combinados mensuales reporta cambios en el patrón de sangrado en los primeros meses de tratamiento. No se han encontrado diferencias significativas en la presión arterial, citología cervical, examen pélvico ni en los exámenes de laboratorio. (18)

##### Anticonceptivos subdérmicos: (implantes/chip)

Es un método anticonceptivo reversible de larga duración y alta eficacia que consiste en 6 cápsulas finas, flexibles, de material plástico muy suave que se colocan en la parte interna del brazo, debajo de la piel. Se conoce que cada cápsula libera 30 mg de levonorgestrel diarios y provee una efectividad anticonceptiva por aproximadamente 5 años. Su acción anticonceptiva se explica por bloqueo de la ovulación por supresión del pico ovulatorio de la

hormona luteinizante, cambios fisicoquímicos en el moco cervical y el desarrollo de una insuficiencia luteal. Se han señalado como principales efectos colaterales cambios en el patrón menstrual, cefalea, acné y cambios en el peso. Por la alta eficacia, reversibilidad, protección continuada y pocos efectos adversos constituye un método anticonceptivo recomendado a mujeres sanas, en edad reproductiva que deseen anticoncepción por tiempo prolongado. (19)

Dispositivo intrauterino: (DIU)

Dentro de este método se pueden distinguir dos tipos de dispositivos, el DIU de cobre que consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo durante 10 años de colocación intrauterina, y el DIU con liberación prolongada de levonorgestrel que posee también forma de T, está hecho de polietileno, pero su componente activo, el levonorgestrel (LNG), se encuentra contenido en un reservorio alrededor del marco, y se liberan 20 ug por día de LNG directamente en la cavidad uterina. El sistema está recomendado durante 5 años durante los cuales provee de un eficaz control de la concepción. Entre los efectos adversos, el DIU de cobre puede asociarse a sangrados excesivos o irregulares o más dolorosos, y el hormonal a alteración del patrón de sangrado, quistes funcionales ováricos, acné o aumento de vello en áreas dependientes de andrógenos. (20)

Anticonceptivo de emergencia: ("pastilla del día después")

El anticonceptivo de emergencia es una de las alternativas que pueden ser utilizadas para evitar un embarazo no deseado en mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección, si han tenido un accidente con su método anticonceptivo, o en pacientes que han sido víctimas de abuso sexual. Este tipo de anticoncepción consiste en el uso de hormonas anticonceptivas durante las primeras 72 horas o la inserción de un dispositivo intrauterino con cobre (DIU) en los primeros 5 días posteriores al coito desprotegido. (21)

En el caso de las pastillas, según la dosis que contienen, se usan de la forma siguiente: a) si contienen 50 µg de etinilestradiol y 0,5 mg de norgestrel (0,25 mg de levonorgestrel), debe tomarse una dosis inicial de 2 píldoras tan pronto como sea posible pero nunca después de 72 horas de la relación no protegida y debe repetirse la misma dosis de 2 píldoras a las 12 horas después de la dosis inicial; b) cuando se dispone de píldoras de 30 µg de etinilestradiol y 0,3 mg de norgestrel (0,15 mg de levonorgestrel) la dosis inicial será de 4 píldoras y se debe repetir la misma dosis 12 horas después.

Con respecto a sus efectos adversos, estos son los mismos que aquellos de los anticonceptivos orales. En el caso del DIU la indicación de este método es más precisa: si han transcurrido más de 72 horas del acto sexual sin protección y si la paciente y su médico han valorado este método como alternativa para largo plazo. Se contraíndican el uso de estos dispositivos intrauterinos de emergencia en caso de certeza de embarazo, sepsis o infecciones de transmisión sexual reciente, cervicitis, afección maligna del tracto genital, anomalías uterinas, fibromas que deforman la cavidad uterina, tuberculosis pélvica y enfermedad trofoblástica maligna. En la adolescencia no es recomendable el uso de este método, porque incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica. (22)

Métodos definitivos

Ligadura de trompas de Falopio:

La ligadura tubaria como método anticonceptivo permanente, y en principio irreversible (con disidencias a nivel médico), se brinda a la mujer por circunstancias médicas, tales como el fracaso de otros métodos o patologías severas que desaconsejan futuros embarazos, o bien, por factores sociales, económicos o culturales. Existen diferentes métodos para efectuar la ligadura tubaria: 1- A través de una laparoscopia quirúrgica y colocación de unos clips o coagulación tubaria. 2- A través de una minilaparotomía son ligadas y seccionadas las Trompas de Falopio. 3- Con posterioridad a la cesárea abdominal se ligan y seccionan las trompas. (23)

Las complicaciones de este método, además de las cicatrices abdominales, son que si falla la cirugía, cerca del 30% de los embarazos serán ectópicos (condición que pone en riesgo la vida y requiere atención urgente) y, además, como en todo procedimiento quirúrgico, aunque poco frecuente en este caso, existe riesgo de sangrado, infección, problemas relacionados con la anestesia y daño de otros órganos. (24)

Vasectomía:

La vasectomía es una antigua técnica de esterilización masculina, frecuentemente reversible, que sigue siendo la referencia, en un contexto en el que la anticoncepción masculina se desarrolla lentamente. La vasectomía es una intervención quirúrgica simple que se practica de forma ambulatoria. Los dos objetivos siguen siendo el aspecto mínimamente invasivo de la disección del conducto deferente y la interrupción de éste, que debe combinar la escisión y la oclusión de sus extremos para limitar el riesgo de fracaso, que sigue siendo infrecuente y que se define por la persistencia de espermatozoides en el

espermograma 6 meses después de la vasectomía. Las causas son un error en la técnica quirúrgica o la reopermeabilización de los conductos deferentes. Las complicaciones son infrecuentes y no muy graves; predominan el hematoma escrotal postoperatorio, así como el dolor del epidídimo y del conducto deferente, que se presenta con las eyaculaciones y a menudo se resuelve de forma espontánea. (25)

#### Estado del arte

En muchas regiones el uso de métodos anticonceptivos tuvo un gran incremento durante la década de 1990, pero en las décadas siguientes el ritmo se ha ralentizado. La proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en relación de pareja, con necesidades de planificación familiar insatisfechas es de 10% para América Latina y 17% para el Caribe. La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de cualquier tipo es de 74% para América Latina y de 61% para el Caribe. El uso de anticonceptivos modernos es de 67%. Se estima que la necesidad insatisfecha de planificación familiar promedia en un 10%. (2)

Datos de la OMS indican que cada año dan a luz 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años. La mayoría de estos embarazos ocurren en países de ingresos bajos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa principal de muerte entre las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Al mismo tiempo, los bebés nacidos de madres adolescentes corren un riesgo significativamente mayor de morir que los nacidos de mujeres entre 20 y 24 años. A los 20 años de edad, casi el 75% de las adolescentes habrían tenido relaciones sexuales. (6)

En un estudio realizado por Ayala-Castellanos y cols, en Guadalajara, México, se encontró que la fuente de información más importante fue en orden decreciente: la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), internet (2%) y la familia (2%). (26)

Dentro de lo que es Argentina, en 2013 se realizó una Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva a mujeres de entre 14 y 49 años en todo el país dando como resultados pertinentes para esta investigación:

- Conocimientos sobre MAC en mujeres entre 14 y 19 años - anticoncepción hormonal de emergencia 9.3%, condón 88.5%, diafragma 5.2%, DIU 33.9%, inyectable 33.9%, ligadura de trompas 8.7%, pastillas 90.3%, vasectomía 1.7%.
- Conocimientos sobre MAC en mujeres de 14 a 49 años en el noroeste argentino: pastillas 89.0%, DIU

53.5%, condón 75.5%, diafragma 3.7%, inyectable 57.2%, ligadura de trompas 19.0%, vasectomía 4.5%, anticoncepción hormonal de emergencia 11.2%.

Siendo importante destacar, respecto a estos últimos datos, que la región del noroeste argentino es aquella que cuenta con el menor conocimiento, en todo el país, respecto a los siguientes métodos anticonceptivos: pastillas, condón y diafragma. (27) En lo que respecta al marco legal La Rioja en relación al programa de Educación Sexual Integral, cabe destacar que esta provincia posee adhesión provincial a la ley N°26.150, siendo pertinente mencionar que en sus leyes orgánicas de educación también está presente la ESI. Sin embargo, un aspecto fundamental que da indicios de la implementación de la ley N°26.150 es el ligado a la capacitación docente, siendo que todas las provincias de la muestra exceptuando La Rioja, hacen mención a la realización de alguna jornada de capacitación, seminarios, actualizaciones. Además, cabe mencionar que, La Rioja no posee una plataforma oficial donde permitir una comunicación, por lo que la recolección de datos y la información disponible de la zona es muy limitada. (28)

#### Hipótesis

- Hipótesis nula: la charla informativa acerca de métodos anticonceptivos no tuvo efecto alguno sobre los conocimientos de los adolescentes de 13 a 18 años, estudiantes del colegio Rosario V. Peñaloza.

- Hipótesis alternativa: la charla informativa acerca de métodos anticonceptivos tuvo efecto positivo sobre los conocimientos de los adolescentes de 13 a 18 años, estudiantes del colegio Rosario V. Peñaloza.

#### Objetivos

##### Objetivo general

Evaluar los conocimientos previos de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina, en 2022 acerca de métodos anticonceptivos, y el efecto de la charla informativa sobre estos.

##### Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los estudiantes.

- Evaluar la aplicación de los métodos anticonceptivos por los adolescentes.

- Evaluar los conocimientos de los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y su correcto uso previo a la charla informativa realizada en el colegio.

- Evaluar el efecto de la charla informativa sobre los conocimientos de los adolescentes.

- Establecer la utilidad de una correcta educación sexual en la población adolescente.

## Materiales y métodos

### Diseño de investigación:

Estudio analítico, prospectivo y longitudinal, realizado en adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja.

### Unidad de análisis:

- Estudiantes de nivel secundario que acudan al colegio secundario Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina en 2022.

### Población:

- Población diana: estudiantes de nivel secundario que acudan al colegio secundario Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina.

- Población accesible: estudiantes de 13 a 18 años de nivel secundario que acudan al colegio secundario Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina.

### Muestra:

En este caso la muestra fue no probabilística, por conveniencia. El marco muestral fue constituido por los estudiantes matriculados en el colegio secundario Rosario V. Peñaloza.

### Criterios de inclusión:

- Estudiantes de 13 a 18 años que concurran al colegio secundario Rosario V. Peñaloza durante el ciclo lectivo de 2022.

### Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no deseen o no tengan la capacidad para contestar la encuesta.

- Estudiantes que no firmen el consentimiento o asentimiento informado.

- Estudiantes menores de edad cuyos padres o tutores no hayan firmado el consentimiento informado.

### Criterios de eliminación:

- Estudiantes que respondan de forma inadecuada o dejen incompleta la encuesta.

- Estudiantes cuya letra no sea comprensible.

- Estudiantes que se hayan ausentado en alguna de las instancias (entrega de encuestas o realización de charla).

## Operacionalización de variables

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
<b>Salud sexual y reproductiva</b>	La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (1)	Aplicación de métodos anticonceptivos	¿Qué métodos para evitar un embarazo conoce?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ninguno</li><li>- Pastilla anticonceptiva</li><li>- DIU, espiral, T de cobre</li><li>- Preservativo, condón, forro</li><li>- Diafragma</li><li>- Anticonceptivo inyectable</li><li>- Implantes</li><li>- Espumas, jaleas, óvulos</li><li>- Ligadura de trompas</li><li>- Método del moco cervical</li><li>- Ritmo (método de los días)</li><li>- Retiro (el hombre se retira)</li><li>- Vasectomía</li><li>- Yuyos, hierbas, tés</li><li>- Lactancia</li><li>- Pastilla del día después</li><li>- Otro</li></ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	ENSSyR (Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013) (14)

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
------------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------	---------------	-------------

				(especificar)		
			¿Ha tenido su primera relación sexual?	- Si - No	Cualitativa, dicotómica, nominal	
			¿A qué edad ha tenido su primera relación sexual?	Edad en años	Cuantitativa, policotómica, continua	
			Cuando tuvo su primera relación sexual, ¿usted...	- quería tenerla en ese momento? - quería tenerla más adelante? - no quería tenerla/fue forzada?	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	Edad en años	Cuantitativa, policotómica, continua	
			¿Qué relación tenía con esa persona?	- Amigo-a/vecino-a/conocido-a - Novio/a - Esposo-a/conviviente - Pariente varón/mujer - Desconocido/a - Trabajador/a sexual - Otro	Cualitativa, policotómica, nominal	

				(especificar)		
			En esa primera relación ¿utilizaron algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU, u otros métodos?	- Si - No	Cualitativa, dicotómica, nominal	
			¿En esa primera relación usaron ...	- preservativo/con dón? - diafragma? - pastillas/inyectables/implantes? - DIU? - Otros (especificar)	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Alguna vez usted o la/s persona/s con quién/es tuvo relaciones, utilizaron métodos anticonceptivos tales como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos)	- Si - No	Cualitativa, dicotómica, nominal	

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
------------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------	---------------	-------------

			¿Por qué nunca usó métodos anticonceptivos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desea quedar embarazada</li> <li>- La pareja no quiere</li> <li>- Teme que le hagan daño a la salud</li> <li>- No tiene dinero para comprarlos</li> <li>- No conoce los métodos</li> <li>- Razones religiosas</li> <li>- Cree que no puede quedar embarazada</li> <li>- No le gusta usarlos/no quiere</li> <li>- En el centro de salud nunca tienen</li> <li>- Otras razones específicas</li> </ul>		Cualitativa, policotómica, nominal
			¿Piensa usar algún método en el futuro?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>		Cualitativa, dicotómica, nominal
			¿Cuántos años tenía cuando usó algún método por primera vez?	Edad en años		Cuantitativa, policotómica, continua
			¿Estuvo embarazada antes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>		Cualitativa, dicotómica, nominal

			de usar anticonceptivos por primera vez?			
			¿Había tenido hijos cuando comenzó a utilizar métodos anticonceptivos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>		Cualitativa, dicotómica, nominal
		Conocimiento acerca de métodos anticonceptivos	¿Qué son los métodos anticonceptivos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Son métodos para evitar contraer una infección de transmisión sexual</li> <li>- Son métodos que sirven para evitar un aborto</li> <li>- Son métodos que evitan la fecundación del óvulo por el espermatozoide</li> <li>- Son métodos cuya utilidad es para evitar el cáncer</li> </ul>		Cualitativa, policotómica, nominal
			Mencione los métodos anticonceptivos que conoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastillas</li> <li>- Inyectables</li> <li>- Preservativo</li> <li>- DIU o T de cobre</li> <li>- Ritmo/regla</li> </ul>		Cualitativa, policotómica, nominal

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactancia materna</li> <li>- Ovulación</li> <li>- Temperatura basal</li> <li>- Óvulos/tabletas vaginales</li> <li>- Implantes</li> </ul>		
			¿Cuáles son los métodos hormonales?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastillas</li> <li>- Inyectables</li> <li>- Implantes</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			Las pastillas las pueden tomar:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una anciana</li> <li>- Una señora después de la menopausia</li> <li>- Una mujer que desea evitar un embarazo no deseado</li> <li>- Cualquier mujer de cualquier edad</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			Las pastillas anticonceptivas tienen dos componentes esenciales:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrógenos y vitmaina E</li> <li>- Progesterona y colágeno</li> <li>- Solo estrógenos</li> <li>- Estrógeno y progesterona</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Una adolescente puede tomar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>	Cualitativa, dicotómica, nominal	

			pastillas y no sentir molestias en su cuerpo?			
			¿Para que una chica no quede embarazada debe tomar todos los días del mes la pastilla?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>	Cualitativa, dicotómica, nominal	
			¿Cuáles son los métodos de barrera?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservativo masculino</li> <li>- Preservativo femenino</li> <li>- Jaleas/espumas</li> <li>- Óvulos</li> <li>- Tabletas vaginales</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			En cuanto al preservativo, considera que es un método que sirve para:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteger de las infecciones de transmisión sexual</li> <li>- Evitar un embarazo</li> <li>- Evitar que la mujer no menstrue y tenga dolor durante la relación sexual</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			El preservativo está hecho de:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plástico</li> <li>- Látex</li> <li>- De polietileno</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
------------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------	---------------	-------------

				- De intestinos de animales		
			Mencione la correcta utilización del preservativo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se coloca cuando el pene está erecto</li> <li>- Se coloca cuando el pene está en su estado de flacidez</li> <li>- Se coloca después de eyacular</li> <li>- Se coloca antes de eyacular</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			Para utilizar el preservativo debemos tener en cuenta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecha de vencimiento</li> <li>- Materiales de fabricación</li> <li>- Lugar de donde se adquieren</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			El preservativo tiene una duración de uso de:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una semana</li> <li>- Unas pocas horas</li> <li>- Una sola relación sexual</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Qué acción tomarías si al momento que vos o tu pareja, al colocarse el preservativo, este	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sigues con la relación sexual</li> <li>- Le manifestas a tu pareja que vaya a comprar otro preservativo</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	

			se rompe?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deciden parar en ese momento</li> <li>- Llevas siempre un preservativo de "repuesto"</li> </ul>		
			¿Cuál de los siguientes es un DIU (dispositivo intrauterino)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservativo</li> <li>- Inyectable</li> <li>- T de cobre</li> <li>- Tabletas vaginales</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Qué tiempo de permanencia tiene el método DIU en el útero?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un año</li> <li>- Cinco años</li> <li>- Diez años</li> <li>- Tres años</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Cómo funciona el DIU?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mujer ya no puede tener más hijos</li> <li>- Evita que los espermatozoides fertilicen el óvulo</li> <li>- No se pueden mantener relaciones sexuales</li> <li>- La mujer es más fértil</li> </ul>	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Cuáles son los efectos que se evidencian con el uso del DIU?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangrados con mayor intensidad y dolor</li> </ul>	Cualitativa, dicotómica, nominal	

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
------------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------	---------------	-------------

				- Riesgo de adquirir una inflamación a nivel genital		
			¿Cuáles son las ventajas de uso del DIU?	- Evita que la mujer se embarace - Evita que los espermatozoides lleguen a fecundar el óvulo - Ayuda a que mejore el carácter de una mujer - Evita contraer una infección de transmisión sexual	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Qué material tiene el DIU?	- Solo plástico - Solo cobre - Plástico y cobre - Plástico y acero inoxidable	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Quién es el que coloca el DIU?	- Obstetra - Enfermero/a - Técnico de enfermería - Pediatra	Cualitativa, policotómica, nominal	

			¿Qué riesgos tiene el DIU?	- Moverse de su sitio de colocación - Salirse - Insertarse en el útero - Oxidarse	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿El DIU protege del VIH/SIDA?	- Si - No	Cualitativa, dicotómica, nominal	
			¿En qué parte del aparato reproductor de inserta el DIU?	- En el ovario - En el cuello del útero - En el útero - En la trompa de Falopio	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Qué son métodos definitivos?	- Aquellos que impiden cierto tiempo el embarazo - Aquellos métodos donde solo la mujer ya no puede quedar embarazada - Aquel método que hace que la mujer no presente menstruación - Aquel método que hace que tanto el varón	Cualitativa, policotómica, nominal	

Variable general	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
------------------	-----------------------	-----------	-----------	-----------	---------------	-------------

				como la mujer ya no puedan procrear		
			¿Quiénes usan el método definitivo?	- Solo mujeres - Solo hombres - Ambos	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Cómo se le llama a los métodos definitivos?	- Ligadura de trompas - Vasectomía - Histerectomía	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿El método definitivo protege del HIV/SIDA?	- Si - No	Cualitativa, dicotómica, nominal	
			El método definitivo que se le practica a la mujer se llama:	- Obstrucción de los ovarios - Ligamento del útero - Extracción de los óvulos - Ligadura de las trompas de Falopio	Cualitativa, policotómica, nominal	
			En el método definitivo que se le practica a la mujer ¿qué parte del aparato reproductor operan?	- Las mamas - Los ovarios - La vagina - Las trompas de Falopio	Cualitativa, policotómica, nominal	

			El método definitivo que se le practica al varón se llama:	- Extracción de próstata - Extracción de los espermatozoides - Ligadura de los testículos - Vasectomía	Cualitativa, policotómica, nominal	
			¿Qué parte del aparato reproductor del varón se opera?	- Los testículos - Los conductos deferentes - El glande - La próstata	Cualitativa, policotómica, nominal	
			Una vez realizado el método definitivo ¿es posible que la persona vuelva a procrear?	- Si - No	Cualitativa, dicotómica, nominal	
			El personal calificado para realizar este método es:	- Enfermero/a - Ginecólogo/a o urólogo/a - Dentista - Cirujano/a plástico/a	Cualitativa, policotómica, nominal	
			Para adquirir algún método anticonceptivo, ¿se harían en:	- Un supermercado - Una farmacia - Un consultorio particular - Un hospital	Cualitativa, policotómica, nominal	
			- Otra			

(especificar)

### Recolección de datos

Para la localización de los instrumentos se realizó la búsqueda bibliográfica en Google Académico utilizando los descriptores: Métodos anticonceptivos y encuesta.

Para la primera variable, Salud Sexual y Reproductiva, se utilizó la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) de 2013 del INDEC y el Cuestionario sobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos del ULADECH. Las encuestas se tratan de preguntas cerradas de opción múltiple y son autoadministradas, sin embargo, existen contadas excepciones de preguntas abiertas, que incluyen la opción "otro (especificar)" y la edad de la persona entrevistada. (29, 30)

En lo que respecta a la variable de características sociodemográficas, se utilizó el Cuestionario sobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos del ULADECH. (Anexo 1)

### Aspectos éticos

Este trabajo respetó los lineamientos de la declaración de Helsinki (2013), que tiene como fin promover y velar por la salud y por la vida. Asimismo, se respetaron los principios de vida, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. A modo de respetar el principio de autonomía, se otorgó un consentimiento informado tanto para los padres/representantes legales/tutores, como para los alumnos. El consentimiento informado siguió los modelos de consentimiento de la Organización Mundial de la Salud. (Anexo 2). (31)

### Charla informativa

La intervención se realizó una semana después de la realización de las primeras encuestas y una semana antes de las segundas. Se realizaron grupos de 40 participantes aproximadamente y se organizaron talleres de 15 minutos que trataban sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, especialmente los anticonceptivos hormonales, los de barrera, el DIU y los métodos definitivos. (x)

### Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describieron con media +/- desvío estándar (DS), y las cualitativas con porcentajes y frecuencia absoluta. Respecto al análisis estadístico, primero se determinó si la muestra es normal mediante la determinación del DS, la media y si las medidas de posición (media, mediana y moda). Respecto a las variables cualitativas, se compararon entre grupos con la prueba de  $\chi^2$  cuadrado. Por su parte, para las variables cuantitativas, en caso de presentar distribución normal, se utilizó un

test paramétrico como el test de T. Por otro lado, si no la presentaba, se utilizó un test no paramétrico como el de Wilcoxon. En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de  $\alpha < 0,05$ . El análisis de datos se realizó mediante la utilización de Microsoft Excel 2016 y GraphPad Prism 9. (33)

### Resultados

Durante el ciclo lectivo del 2022 concurren 491 estudiantes al colegio secundario Rosario V. Peñaloza, de los cuales 253 fueron incluidos en el estudio (98 individuos fueron excluidos y 140 fueron eliminados) (Figura 1).



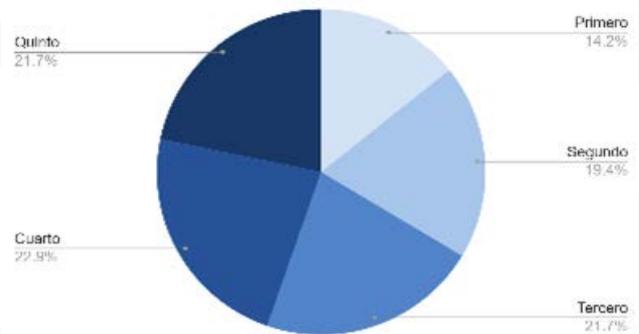
La edad promedio de los estudiantes incluidos en el estudio fue de  $15.44 \pm 1.46$  años, y del total de participantes el 56.52% (n=143) correspondió al sexo femenino, y del total, salvo un adolescente, todos se identificaban con su sexo biológico. El 71.94% (n=182) de los adolescentes indicaron ser solteros y el 22.13% (n=56) se encontraban en pareja estable o casados, el 78.66% (n=199) refirieron ser creyentes, de los cuales el 80.9% (n=161) indicaron ser católicos (n=161) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los adolescentes (n=253)		
Edad (en años) - media + DE	15.44 + 1.46	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	143	56.52
Masculino	110	43.48
<b>Género</b>		
Femenino	144	56.92
Masculino	109	43.08
<b>Estado civil</b>		
Soltero	182	71.94
En pareja estable	56	22.13
Casado	1	0.40
Otro	15	5.93
<b>Religión</b>		
Católico	161	63.63
No creyente	54	21.34
Otro	38	15.02
<b>Preferencia sexual</b>		
Heterosexual	184	72.73
Homosexual	6	2.37
Bisexual	59	23.14
Otra	8	3.16
<b>Año escolar</b>		
Primero	36	14.23
Segundo	49	19.37
Tercero	55	21.74
Cuarto	58	22.92
Quinto	55	21.74

DE = desvío estándar

Los estudiantes de primer año fueron los menos numerosos, representando el 14.23% (n=36), los de segundo año el 19.37% (n=49), los de tercer y quinto años el 21.74% (n=55) cada uno, y los de cuarto año el 22.92% (n=58), siendo el grupo más numeroso (Gráfico 1).

Gráfico 1. Año escolar de los adolescentes (n=253)



De los adolescentes encuestados, el 41,5% (n=105) ya ha tenido su primera relación sexual (Gráfico 2). De los individuos que ya tuvieron su primera relación sexual, la mayor parte, el 37,14% (n=39) la tuvo a los 14 años, seguido por el 23,81% (n=25) que la tuvo a los 15 años y el 20% (n=21) que la tuvo a los 16 años (Gráfico 3). De los adolescentes que tuvieron su primera relación sexual, el 90.5% (n=95) utilizó algún método anticonceptivo en esta relación (Gráfico 4). De estos, el 80,95% (n=85) utilizó preservativo y el 19,05% (n=20) pastillas, inyectables o implantes como método anticonceptivo.

Gráfico 2. ¿Ha tenido su primera relación sexual? (n=253)

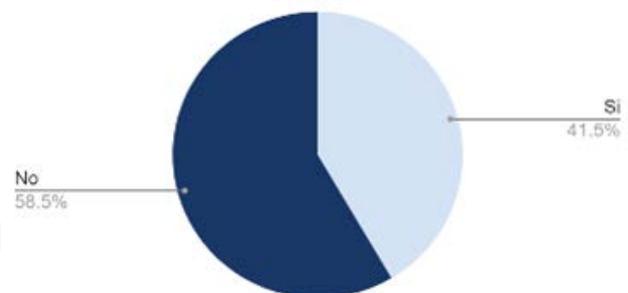


Gráfico 3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? (n=253)

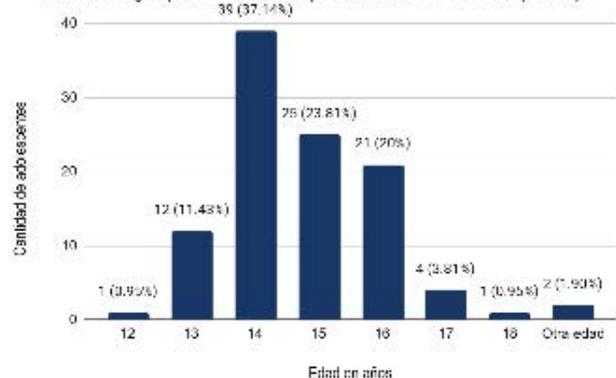
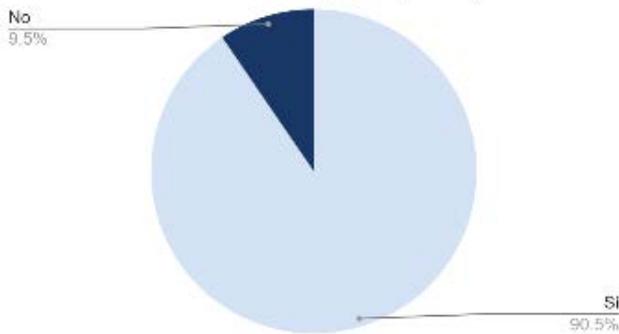
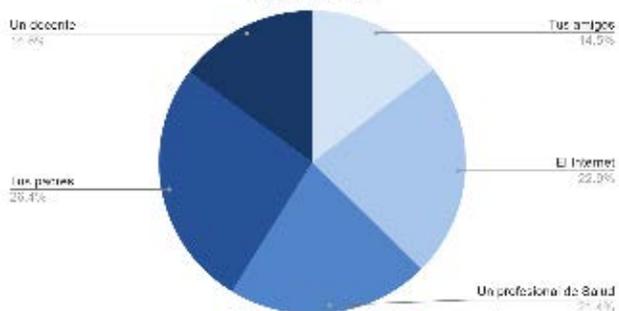


Gráfico 4. En esa primera relación, ¿utilizaron algún método anticonceptivo? (n=253)



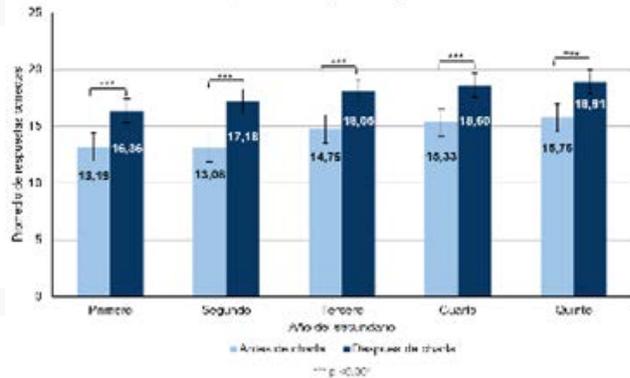
La mayor parte de los alumnos indicaron como una de las fuentes de información acerca de métodos anticonceptivos a sus padres, un 26,4% (n=153), seguido por un 22,99% (n=133) que la recibió del internet y un 21,4% (n=124) que la recibió de un profesional de salud (Gráfico 5).

Gráfico 5. Recibiste información acerca de los métodos anticonceptivos a través de: (n=253)



Posteriormente, se calcularon los promedios de las respuestas correctas (de las 23 máximas) contestadas por los estudiantes de cada año del secundario antes y después de la charla realizada (Gráfico 5). Para evaluar el efecto que esta tuvo se utilizó la prueba t de Student sobre los promedios de antes y después de los estudiantes de cada año, obteniendo un valor de t de 25,79 en primer año, 25,51 en segundo año, 19,95 en tercer año, 19,47 en cuarto año y 22,35 en quinto año, todos con una  $p < 0,001$ . Luego, se utilizó test de t para muestras pareadas sobre los promedios de antes y después de todos los cursos, el valor t obtenido fue de 19,11 con una  $p < 0,001$ , con lo cual se pudo aceptar la hipótesis alternativa y afirmar que la charla informativa acerca de métodos anticonceptivos tuvo efecto positivo sobre los conocimientos de los adolescentes de 13 a 18 años, estudiantes del colegio Rosario V. Peñaloza.

Gráfico 5. Promedio de respuestas correctas por año (n=253)



Se organizaron las preguntas según el tema del que trataban para evaluar el efecto de la intervención sobre cada tema que se abordó en la charla informativa por separado, evaluando este con la prueba de Chi<sup>2</sup>, siendo significativamente positivo en todos los casos, con una  $p < 0,05$ , teniendo en cuenta que para cumplir dicho requerimiento el valor de Chi debía ser mayor a 3,84. Los valores de Chi obtenidos fueron de 64,58 en caso de métodos anticonceptivos hormonales, 34,88 de los de barrera, 25,04 del DIU y 157,78 de los métodos definitivos (Tabla 2).

Tabla 2. Chi<sup>2</sup> para evaluación de efecto de la intervención por temas abordados (n=253)

	Respuestas				Valor de Chi <sup>2</sup>	p
	Pre-charla		Post-charla			
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas		
MAC hormonales	787	478	937	292	64,58	<0,05
MAC de barrera	883	129	959	53	34,88	<0,05
DIU	537	222	620	139	25,04	<0,05
MAC definitivos	1118	906	1500	524	157,78	<0,05

DIU: dispositivo intrauterino. MAC: métodos anticonceptivos.

## Discusión

En el presente trabajo se evaluaron los conocimientos previos de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina, en 2022 acerca de métodos anticonceptivos, y el efecto de la charla informativa sobre estos, el cual resultó ser significativamente positivo. En la participación de este estudio, la mayoría del alumnado correspondió al sexo femenino y, del total a excepción de un adolescente, se identificaron con su sexo biológico. A su vez, en cuanto a su estado civil y religión, un gran porcentaje refirió estar soltero y ser practicante del catolicismo. Sobre el total de los encuestados, más de la mitad indicó que aún no había tenido su primera relación sexual, y de aquellos que sí iniciaron su actividad

sexual, una gran proporción de ellos comenzó a los 14 años, habiendo utilizado algún método anticonceptivo, siendo el preservativo el método más aplicado.

En lo que respecta a la adquisición de conocimientos, gran parte del alumnado refirió a sus padres como principal fuente de información sobre anticoncepción a diferencia del estudio realizado por Ayala-Castellanos y cols, en Guadalajara, México, que indicó a internet como el principal recurso informativo. (26)

Dentro del marco de este trabajo se decidió evaluar, mediante la comparación de promedios de una misma encuesta previa y posterior a una charla informativa, el efecto de una intervención, sustentada por la ley de ESI, acerca del empleo de métodos anticonceptivos, habiendo demostrado esta evaluación resultados positivamente significativos. Es así, que se pudo constatar un aumento significativo en el conocimiento de los adolescentes acerca de los temas previamente clasificados en anticonceptivos hormonales, anticonceptivos de barrera, DIU y métodos definitivos, en comparación a sus conocimientos previos.

Con respecto a las fortalezas del presente trabajo, además de evidenciarse un aumento en el conocimiento acerca métodos anticonceptivos de los estudiantes del colegio secundario, luego de la realización de la charla informativa, se puede reforzar la importancia con la que cuentan este tipo de intervenciones, sobre todo en lo que respecta a la salud, para que ya desde la adolescencia, una persona cuente con la información y pueda practicar el autoconocimiento y cuidado preventivo. (5)

La principal limitación del presente trabajo consistió en la escasa disponibilidad de información en la región sobre anticoncepción lo que impidió la realización de comparaciones con otros estudios. Esto es debido a que La Rioja no posee una plataforma oficial de ESI que permita la comunicación, por lo que la recolección de datos e información disponible en la zona es muy limitada. (28)

Se recomiendan futuras intervenciones en esta región sobre educación sexual integral y métodos anticonceptivos para educar a la población y tener acceso a información actualizada sobre estos temas. Asimismo, sería de gran utilidad la realización de talleres sobre educación sexual que involucren a los padres siendo su principal fuente de información referida por los alumnos.

### Conclusión

A modo de conclusión, en este estudio se buscó evaluar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y el efecto de la charla informativa sobre estos, en adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario

V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, debido a que es de suma importancia mejorar la calidad educativa sobre el conocimiento y uso adecuado de métodos anticonceptivos puesto que esto repercute en la salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se puede afirmar que la intervención realizada logró generar un incremento significativo del nivel de conocimiento de los adolescentes, tanto el general como el referido a cada uno de los temas tratados, particularmente, métodos anticonceptivos hormonales, de barrera, dispositivos intrauterinos y definitivos.

### Bibliografía

1. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2006. Disponible en: <https://www.who.int/es>
2. Salud Sexual y Reproductiva. UNFPA, América Latina y el Caribe, 2015. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva>
3. Poder Legislativo Nacional. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires, Argentina. Ley 25673. Noviembre de 2002. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
4. Poder Legislativo Nacional. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Buenos Aires, Argentina. Ley 26.150. Octubre de 2006. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
5. Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Revcocmed.sld.cu*. 2014. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1703>
6. Labovsky M, Oizerovich S. Anticoncepción en adolescentes, la otra mirada. *Amada.org.ar*. 2022. Disponible en: <http://www.amada.org.ar/index.php/numero-actual/64-revista/revista-n2-2021/480-anticoncepcion-en-adolescentes-la-otra-mirada>
7. Poder Legislativo Nacional. Régimen para las intervenciones para la contracepción quirúrgica. Buenos Aires, Argentina. Ley 26.130. Agosto del 2006. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
8. Métodos Anticonceptivos - guía práctica para profesionales de salud. *lah.salud.gov.ar*. 2014. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento49.pdf>
9. Jerónimo Maturana C, Alvarez Leon J, Carbonel Luyo W, Neira Goyeneche J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Scielo.org.pe*. 2009. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172009000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172009000300006&script=sci_arttext)
10. Soler F. Asesoramiento/ educación sanitaria a la mujer. Métodos anticonceptivos naturales (II) [Internet]. *Federacion-matronas.org*. 2005. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol6n3pag5-13.pdf>
11. Baralis Aragón P, Corella Solano A, Ye Ng L. Vista de Anticoncepción masculina *Revista Médica Sinergia* 2021. Available from: [https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/653/1159?fbclid=IwAR2MTBkcmNFq2bAaLXSVr\\_OHevO16g-jnwi\\_BwRZs5ni\\_JeqZWgtfpm5eN0k](https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/653/1159?fbclid=IwAR2MTBkcmNFq2bAaLXSVr_OHevO16g-jnwi_BwRZs5ni_JeqZWgtfpm5eN0k)
12. Robles Montijo S, Rodríguez Cervantes M, Frías Arroyo B, Moreno Rodríguez D. Indicadores del uso eficaz del preservativo [Internet]. *Repsasppr.net*. 2014. Available from: <https://www.repsasppr.net/index.php/rep/article/view/242/242>
13. D.Hassoun. Anticoncepción vaginal o métodos de barrera femeninos. *Elsevier* 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X1889333X>
14. Subsecretaría de Salud Pública. Guía de Atención Integral

- de la Salud de Personas LGTBI [Internet]. Saludneuquen.gob.ar. 2018. Available from: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2018/11/Atencion-a-Personas-LGTBI.pdf?fbclid=IwAR1j8omz1a1ckAj2Od7Ya2GaUssRyNZK9V5xTYc37sVlxxK-goUzXepH7Zk>
15. Díaz S, Schiappacasse V. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. 2017. Disponible en: <http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que%20y%20cuales%20son%20los%20metodos%20anticonceptivos%2001122017.pdf>
16. Cortés-Bonilla, M. and Velázquez-Ramírez, N., 2020. Anticoncepción transdérmica. Medigraphic.com. Disponible en: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201f.pdf>>
17. Lete I. Anillos vaginales anticonceptivos [Internet]. Pesquisa.bvsalud.org. 2002. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-19303>
18. Vallejo-Maldonado M. Anticonceptivos inyectables combinados. Medigraphic.com. 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201e.pdf>
19. Santana Pérez F, Gómez Alzugaray M, Real Cancio R. Sistema de implantes subdérmico: norplant. Pesquisa.bvsalud.org. 2000. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-271279>
20. Vargas Mora S, Estrada Rodríguez C. ANTICONCEPCIÓN CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO [Internet]. Medigraphic.com. 2013. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132f.pdf>
21. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Anticoncepción de emergencia en la adolescencia [Internet]. Scielo.sld.cu. 2006. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312006000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000200009)
22. 7. Barcia J, Sancristóbal Díaz J, Rodríguez Carvajal M. Anticoncepción de emergencia [Internet]. Scielo.sld.cu. 2009. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252009000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252009000200013)
23. Casavilla F, Curia M. LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [Internet]. Csjn.gov.ar. 2003. Disponible en: [https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/\\_Tomo-3\(2004\)/Numero-2-3/04.pdf](https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/_Tomo-3(2004)/Numero-2-3/04.pdf)
24. Ligadura de trompas: cirugía laparoscópica - Cancer Care of Western New York. Cancercarewny.com. 2019. Disponible en: <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=593301>
25. A.Goujon, A.Giwerc, P.Meria. Vasectomía - Elsevier 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1761331022464796>
26. Ayala-Castellanos M, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Medigraphic.com. 2011. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28192>
27. INDEC. Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Bancos.salud.gob.ar. 2013. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000729cnt-encuesta\\_nacional\\_sobre\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000729cnt-encuesta_nacional_sobre_salud_sexual_y_reproductiva.pdf)
28. Alonso M. La Educación Sexual Integral en las agendas de gobierno provinciales. Aportes para pensar su implementación a 13 años de su sanción. Rephip.unr.edu.ar. 2020. Disponible en: <http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/19071/TIF%20ESI.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
29. Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR). Biblioteca.indec.gob.ar. 2013. Disponible en: [https://biblioteca.indec.gob.ar/bases/minde/2mi570x3\\_2.pdf](https://biblioteca.indec.gob.ar/bases/minde/2mi570x3_2.pdf)
30. Velazco Ojeda S. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de cuarto y quinto año de la Institución Educativa CAP FAP José Abelardo Quiñones Castilla - Piura Mayo 2018. Repositorio.uladech.edu.pe. 2018. Disponible en: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/5748/ADOLESCENCIA\\_CONOCIMIENTOS\\_VELASCO\\_OJEDA\\_SANDY\\_YANE-LA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/5748/ADOLESCENCIA_CONOCIMIENTOS_VELASCO_OJEDA_SANDY_YANE-LA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 31 Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Anmat.gov.ar. 2013. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELINSINKI\\_2013.pdf](http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELINSINKI_2013.pdf)
32. Prism - GraphPad. Análisis estadístico. Obtenido de <https://www.graphpad.com/scientific-software/prism/>

Anexo  
Cuestionario 1

<b>1. Edad:</b> Años	<b>2. Sexo:</b> 1. Masculino ( ) 2. Femenino ( )	<b>3. Estado civil:</b> 1. Soltero ( ) 2. Casado ( ) 3. conviviente ( )
<b>4. Religión:</b> 2. Otras ( ) 3. No creyentes ( )	1. Católico ( )	<b>5. Tiene enamorado (a):</b> 1. Si ( ) 2. No ( )
<b>6. Ocupación:</b> 1. Estudiante ( )	2. Trabaja/estudia ( )	
<b>7. Has tenido relaciones sexuales coitales alguna vez:</b> 1. Si ( ) Pase a la pregunta 8; 2. No ( ), pase a la pregunta 9		
<b>8. A qué edad tuviste por primera vez; a los ..... años</b>		
<b>9. Cuál es tu preferencia u opción sexual:</b> 1. Heterosexual - de tu sexo opuesto ( ) 2. Homosexual - de tu mismo sexo ( ) 3. Bisexual - de ambos sexos ( )		

**5. ACTIVIDAD SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN (ASA)**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las formas en que las personas pueden evitar un embarazo.

**1. ¿Qué métodos para evitar un embarazo conoce?**  
*No lea y marque todas las que correspondan*

Ninguno/nada  (1)

Pastilla anticonceptiva  (2)

DIU, espiral, T de cobre  (3)

Preservativo, condón, forro  (4)

Diafragma  (5)

Anticonceptivo inyectable  (6)

Implantes  (7)

Espumas, jaleas, óvulos  (8)

Ligadura de trompas (esterilización femenina)  (9)

Método del moco cervical (método de Billings)  (10)

Ritmo (método de los días)  (11)

Retiro (el hombre se retira)  (12)

Vasectomía (esterilización masculina)  (13)

Yuyos, hierbas, té  (14)

Lactancia  (15)

Pastilla del día después/anticoncepción de emergencia  (16)

Otro (Especificar)  (17)

.....

**5. ¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?**

años

Na/nc  (99)

**6. ¿Qué relación tenía con esa persona?**

Amigo/vecino/conocido  (1)

Amiga/vecina/conocida  (2)

Novio  (3)

Novia  (4)

Esposa/conviviente  (5)

Esposa/conviviente  (6)

Pariente varón  (7)

Pariente mujer  (8)

Desconocido  (9)

Desconocida  (10)

Trabajador/a sexual  (11)

Otra persona (Especificar)  (12)

.....

**2. ¿Ha tenido su primera relación sexual?**

Si  (1)

No  (2) (pase a Cap. 6)

**7. Es esa primera relación, ¿utilizaron algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?**

Si  (1)

No  (2) (pase a preg. 9)

**3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?**

años

Na/nc  (99)

**8. ¿En esa primera relación usaron...**

	Si	No
...preservativo/condón?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
...diafragma?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
...pastillas/inyectables/implantes?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
...DIU?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
¿Otro? (Especificar)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

..... (pase a preg. 15)

**4. Cuando tuvo su primera relación sexual, ¿usted...**

...quería tenerla en ese momento?  (1)

...quería tenerla más adelante?  (2)

...no quería tenerla/fue forzada?  (3)

**9.** ¿Alguna vez usted o la/s persona/s con quien/es tuvo relaciones, utilizaron métodos anticonceptivos, tales como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?

Si  (1) (pase a preg. 12)

No  (2)

**10.** ¿Por qué nunca usó métodos anticonceptivos? No lea y marque todas las que correspondan

Desee quedar embarazada  (1)

La pareja no quiere  (2)

Teme que le hagan daño a la salud  (3)

No tiene dinero para comprarlos  (4)

No conoce los métodos  (5)

Razones religiosas  (6)

Cree que no puede quedar embarazada  (7)

No le gusta usarlos/No quiere  (8)

En el centro de salud nunca tienen  (9)

Otras razones (Especificar)  (10)

.....

**11.** ¿Piensa usar algún método en el futuro?

Si  (1)

No  (2) (pase a Cap. 6)

**12.** ¿Cuántos años tenía cuando usó algún método por primera vez?

años

Ns/nc  (10)

**13.** ¿Estuvo embarazada antes de usar anticonceptivos por primera vez?

Si  (1)

No  (2) (pase a preg.15)

**14.** ¿Había tenido hijos cuando comenzó a utilizar métodos anticonceptivos?

Si  (1) → **14.1 ¿Cuántos?**

No  (2)

Uno  (1)

Dos  (2)

Tres  (3)

Cuatro o cinco  (4)

Seis o más  (5)

**19.** ¿Por qué eligió/eligieron ese método y no otro? Indique el motivo principal.

Es el más efectivo  (1)

No daña la salud/no tiene efectos secundarios  (2)

Es el que se consigue gratis  (3)

Es el más barato  (4)

Es el único que consiguió  (5)

El médico lo indicó  (6)

Se lo recomendó un amigo/vecino/pariente  (7)

Es el que usa la persona con que tiene relaciones  (8)

Es el más práctico  (9)

Otra razón (Especificar)  (10)

.....

**20.** ¿Ese método lo consiguió/conseguieron en forma gratuita?

Si  (1)

No  (2)

Ns/nc  (3) (pase a Cap. 6)

**16.** ¿Actualmente tiene relaciones sexuales?

Si  (1)

No  (2) (pase a Cap. 6)

**16.** Actualmente ¿usted o la persona con quien tiene relaciones sexuales utilizan algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?

Si  (1)

No  (2) (pase a preg. 22)

**17.** ¿Cuál es el método que utiliza...

	... principalmente?	17.1 ¿Utiliza algún otro método?
Pastilla anticonceptiva	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
DIU, espiral, T de cobre	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
Preservativo, condón, fono	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
Diagnóna	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
Anticonceptivo inyectable	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)
Implantes	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)
Espumas, jaleas, óvulos	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (7)
Ligadura de trompas (esterilización femenina)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (8)
Método del moco cervical (método de Billings)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (9)
Ritmo (método de los días)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (10)
Retiro (el hombre se retira)	<input type="checkbox"/> (11)	<input type="checkbox"/> (11)
Vasectomía (esterilización masculina)	<input type="checkbox"/> (12)	<input type="checkbox"/> (12)
Yuyot, hierbas, té	<input type="checkbox"/> (13)	<input type="checkbox"/> (13)
Lactancia	<input type="checkbox"/> (14)	<input type="checkbox"/> (14)
Pastilla del día después/ anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/> (15)	<input type="checkbox"/> (15)
Otro (Especificar)	<input type="checkbox"/> (16)	<input type="checkbox"/> (16)
.....		
Ninguno		<input type="checkbox"/> (17)

**18.** ¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?

Usted junto con la persona con quien tiene relaciones  (1)

Usted sola  (2)

La persona con quien tiene relaciones  (3)

Profesional de la salud  (4)

Otros (Especificar)  (5)

.....

**21.** ¿Dónde se lo dieron?

Hospital público  (1)

Centro de salud/salita  (2)

Farmacia a través del hospital público  (3)

Se lo dio el médico en su consultorio particular/lo cubre la prepaga, mutual u obra social  (4)

Se lo dio un amigo/vecino/pariente  (5)

Otro lugar (Especificar)  (6)

.....

Ns/nc  (8) (pase a cap. 6)

**22.** ¿Por qué no utiliza?

No lea y marque todas las que correspondan

Desee quedar embarazada  (1)

La pareja no quiere  (2)

Teme que le hagan daño a la salud  (3)

No tiene dinero para comprarlos  (4)

No conoce los métodos  (5)

Razones religiosas  (6)

Cree que no puede quedar embarazada  (7)

No le gusta usarlos/No quiere  (8)

En el centro de salud nunca tienen  (9)

Otras razones (Especificar)  (10)

.....

**1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?**

1. Son medidas para evitar contraer una infección de transmisión sexual.
2. Son métodos que sirven para evitar un aborto.
3. Son métodos que evitan la fecundación del óvulo por el espermatozoide.
4. Son métodos cuya utilidad es para evitar el cáncer.

**2. Mencione los métodos anticonceptivos que conoce:**

1. Píldora
2. Inyectable
3. Condón
4. T de cobre
5. Ritmo, regla
6. Lactancia materna

1. Sí ( )
2. No ( )

**8. ¿Cuáles son los métodos de barrera?**

1. Preservativo masculino
2. preservativo femenino
3. jaleas, espumas
4. óvulos
5. tabletas vaginales

**9. En cuanto al preservativo considera que es un método que sirve para:**

1. Proteger de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.
2. Evitar un embarazo.
3. Evitar que la mujer no menstrúe y tenga dolor durante la relación coital.

**10. El preservativo está hecho de:**

1. Plástico.
2. látex.
3. De polietileno.
4. De intestinos de animales.

**11. Mencione el uso de la correcta utilización del preservativo**

1. Se coloca cuando el pene está erecto.
2. Se coloca cuando el pene está en su estado de flacidez.
3. Se coloca después de eyacular.
4. Se coloca antes de eyacular.

**12. Para utilizar el preservativo debemos de tener en cuenta:**

1. Fecha de vencimiento.

7. Ovulación
8. Temperatura basal
9. Óvulos, tabletas vaginales
10. Implantes

**3. ¿Cuáles son los métodos hormonales?**

1. Píldora
2. Inyectable
3. Implantes

**4. Las píldoras lo puede tomar:**

1. Una anciana.
2. Una señora después de la menopausia.
3. Una mujer que desea evitar un embarazo no deseado.
4. Cualquier mujer de cualquier edad.

**5. Las píldoras anticonceptivas tienen 2 componentes esenciales:**

1. Estrógenos y vitamina E.
2. Progesterona y colágeno.
3. Solo estrógenos.
4. Estrógeno y progesterona.

**6. ¿Una adolescente puede tomar la píldora y no sentir molestias en su cuerpo?**

1. Sí ( )
2. No ( )

**7. ¿Para que una chica no quede embarazada debe tomar todos los días del mes la píldora?**

2. Materiales de fabricación.
3. Lugar de donde se adquiere.

**13. El preservativo TIENE UNA DURACIÓN DE USO DE:**

1. Una semana.
2. Unas pocas horas.
3. Una sola relación sexual.

**14. Que acción tomarías si al momento que tú o tu pareja al colocarse el preservativo este se rompe:**

1. Sigues con la relación sexual.
2. Le manifiesta a tu pareja que vaya a comprar otro preservativo.
3. Deciden parar en ese momento.
4. Llevas siempre un preservativo de "repuesto".

**15. ¿Cuál de los siguientes es un DIU (dispositivo intrauterino)?**

1. Al preservativo.
2. Al inyectable.
3. A la T de cobre.
4. A las tabletas vaginales.

**16. ¿Qué tiempo de permanencia tiene el método DIU en el útero?**

1. Un año.
2. Cinco años.
3. Diez años.
4. Tres años.

**17. ¿Cómo funciona el DIU?**

1. La mujer ya no puede tener nunca más hijos.

2. Evita que los espermatozoides fertilicen el óvulo.

3. No se puede mantener relaciones coitales.

4. La mujer es más fértil.

**18. ¿Cuáles son los efectos que se evidencian con el uso del DIU?**

1. Sangrados con mayor intensidad y dolor.

2. Riesgo de adquirir una inflamación a nivel genital.

**19. ¿Cuáles son las ventajas del uso del DIU?**

1. Evita que la mujer se embarace.

2. Evita que los espermatozoides no lleguen a fecundar el óvulo.

3. Ayuda a que mejore el carácter de la mujer.

4. Evita contraer alguna Infección de transmisión sexual.

**20. ¿Qué material tiene el DIU?**

1. Solo Plástico.

2. Solo Cobre.

3. Plástico y Cobre.

4. Plástico y Acero Inoxidable.

**21. ¿Quién es el que coloca el DIU?**

1. La Obstetra.

2. La Enfermera.

3. El Técnico de Enfermería.

4. El Pediatra.

**22. ¿Qué riesgos tiene el DIU?**

1. De moverse de su sitio de colocación.

2. De salirse.

**28. ¿El método definitivo protege del SIDA?**

1. Sí.

2. No.

**29. El método definitivo que se le practica a la mujer se llama:**

1. Obstrucción de los ovarios.

2. Ligamento del útero.

3. Extracción de los óvulos.

4. Ligadura de las trompas de Falopio.

**30. En el método definitivo que se le practica a la mujer que parte del aparato reproductor operan:**

1. Las mamas.

2. Los ovarios.

3. La vagina.

4. Las trompas de Falopio.

**31. El método definitivo que se le practica al varón se llama:**

1. Extracción de la próstata.

2. Extracción de los espermatozoides.

3. Ligadura de los testículos.

4. Vasectomía.

**32. Que parte del aparato reproductor del varón es intervenida quirúrgicamente:**

1. Los testículos.

2. Las conductos deferentes.

3. El glándula.

3. De insertarse en el útero.

4. De oviducarse.

**23. El DIU protege del VIH/SIDA:**

1. Sí.

2. No.

**24. En qué parte del aparato reproductor se inserta el DIU:**

1. En el ovario.

2. En el cuello del útero.

3. En el útero.

4. En la trompa de Falopio.

**25. ¿Qué son métodos definitivos?**

1. Aquellos métodos que impiden cierto tiempo el embarazo..

2. Aquellos métodos donde solo la mujer ya no puede quedar embarazada.

3. Aquel método que hace que la mujer no presente menstruación.

4. Aquel método que hace que tanto varón como mujer ya no puedan procrear.

**26. ¿Quiénes pueden usar este método?**

1. Solo mujeres.

2. Solo hombres.

3. Ambos sexos.

**27. ¿Cómo se le llama a los métodos definitivos?**

1. Ligadura de trompas.

2. Vasectomía.

3. Histerectomía.

4. La próstata.

**33. ¿Una vez realizado el método definitivo es posible que la persona vuelva a procrear?**

1. Sí.

2. No.

**34. El personal calificado para realizar este procedimiento es:**

1. La enfermera.

2. El ginecólogo.

3. El dentista.

4. Un cirujano plástico.

**35. Para adquirir algún método anticonceptivo lo harías en:**

1. Una bottega.

2. Una farmacia.

3. Un consultorio particular.

4. Un establecimiento de salud.

**36. Has recibido información acerca de los métodos anticonceptivos a través de:**

1. Tus amigos.

2. En el internet.

3. A un profesional de la salud.

4. Tus padres.

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Estimado Sr. Sra. Su hijo/a ha sido invitado a participar en la investigación titulada “Asociación de los conocimientos de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina en 2022 acerca de métodos anticonceptivos, previos y posteriores a la charla informativa, un estudio analítico, retrospectivo, transversal”, dirigido por las Dras Leila Ormeño y Maria Elena De La Vega, médicas del Hospital Eduardo S. Neira. Este es un formulario de consentimiento informado cuyo objetivo es entregar toda la información necesaria para que Ud. decida si desea que su hijo participe o no en esta investigación. Si usted está de acuerdo en que su hijo/a participe, se le pedirá que firme este formulario de consentimiento. La participación de su hijo/a es voluntaria, consistirá en completar una encuesta. Se le pedirá que responda preguntas. Se realizará en la Escuela Rosario V. Peñaloza. El que Ud. decida que su hijo/a participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona. Si Usted no desea que su hijo/a participe no implicará sanción. Además, su hijo/a tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada. La participación de su hijo/a es totalmente confidencial, ni su nombre ni su DNI ni ningún tipo de información que pueda identificarla aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo del investigador responsable.

Los resultados del estudio serán utilizados con fines científicos. Quedando claros los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente la participación de mi hijo/a en este estudio, firmo la autorización.

ACTA CONSENTIMIENTO PARA PADRES (FIRMA) Yo.....  
DNI: ..... He leído la información anterior y he sido informado de los distintos (procedimientos, actividades) contemplados en la investigación. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Acepto participar en este estudio de investigación titulado “Asociación de los conocimientos de los adolescentes de 13 a 18 años del colegio Rosario V. Peñaloza de Villa Unión, La Rioja, Argentina en 2022 acerca de métodos anticonceptivos, previos y posteriores a la charla informativa, un estudio analítico, retrospectivo, transversal”.

Firma y aclaración del padre/madre/tutor:

DNI:

Fecha:

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ALUMNOS

He sido informado de los distintos (procedimientos, actividades) contemplados en la investigación y firmo libre y voluntariamente, el siguiente consentimiento. Yo, ....., DNI: ....., de nacionalidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en ....., consiento en participar en la investigación denominada: Características de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 13 a 19 años de nivel secundario

en un instituto privado de enseñanza secundaria de Villa Lugano en 2022: estudio observacional descriptivo transversal.

Firma y aclaración:

Fecha:

### Anexo 3

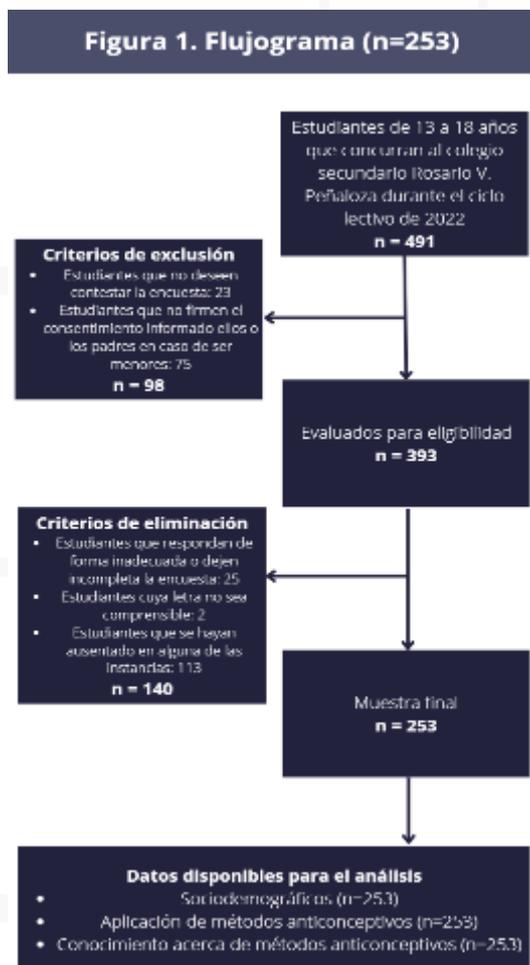


Figura 1. Flujograma

Tabla 1. Características de los adolescentes (n=253)		
Edad (en años) - media + DE	15,44 - 1,46	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	143	56,52
Masculino	110	43,48
<b>Género</b>		
Femenino	144	56,92
Masculino	109	43,08
<b>Estado civil</b>		
Soltero	182	71,94
En pareja estable	55	21,74
Casado	1	0,40
Otro	15	5,93
<b>Religión</b>		
Católico	161	63,63
No creyente	54	21,34
Otro	38	15,02
<b>Preferencia sexual</b>		
Heterosexual	181	72,73
Homosexual	6	2,37
Bisexual	55	21,74
Otra	8	3,16
<b>Año escolar</b>		
Primero	36	14,23
Segundo	49	19,37
Tercero	55	21,74
Cuarto	58	22,92
Quinto	55	21,74

DE = desvío estándar

Tabla 1. Características de los adolescentes

Gráfico 1. Año escolar de los adolescentes (n=253)

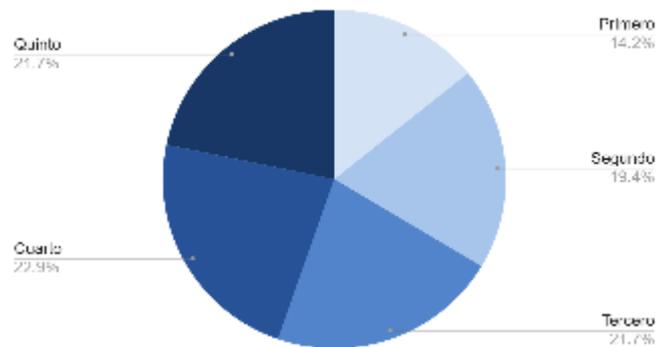


Gráfico 1. Año escolar de los adolescentes

Gráfico 2. ¿Ha tenido su primera relación sexual? (n=253)

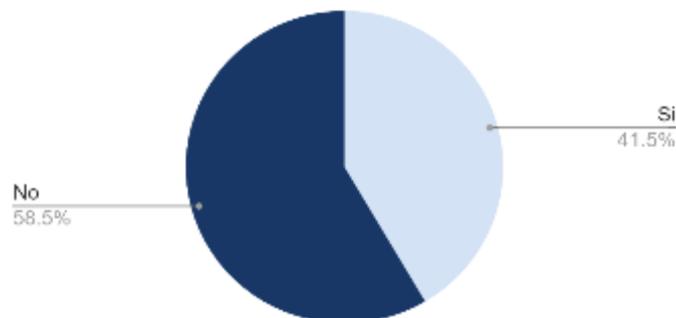


Gráfico 2. ¿Ha tenido su primera relación sexual?

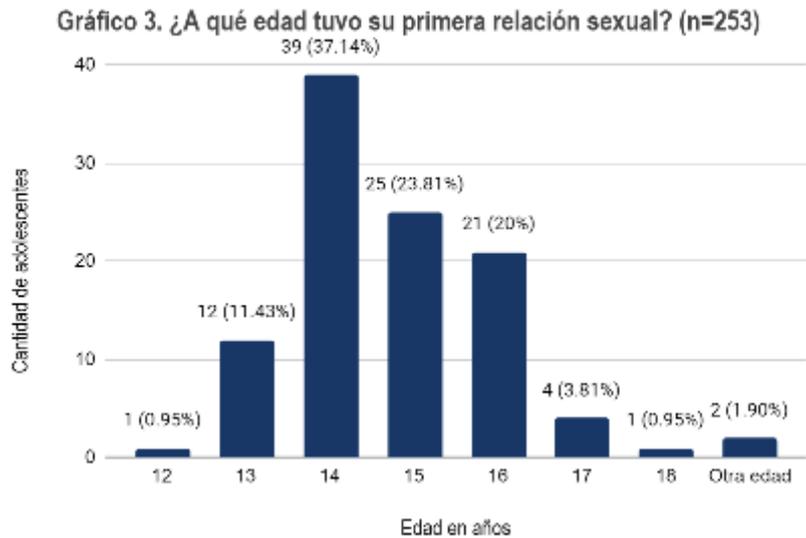


Gráfico 3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?



Gráfico 4. En esa primera relación, ¿utilizaron algún método anticonceptivo?

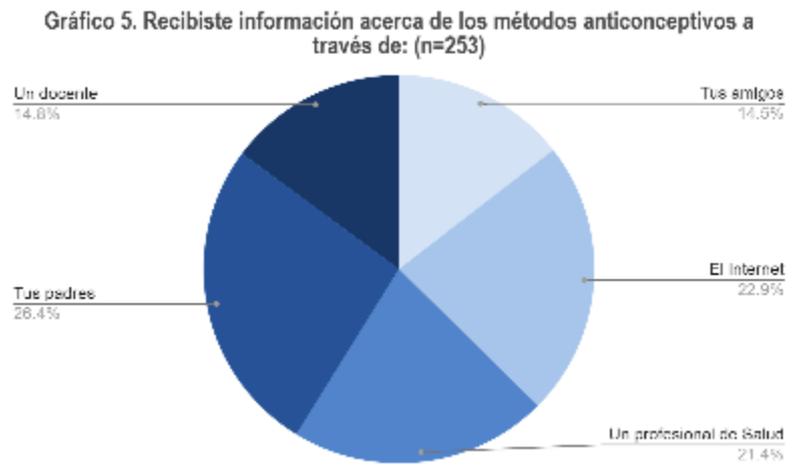
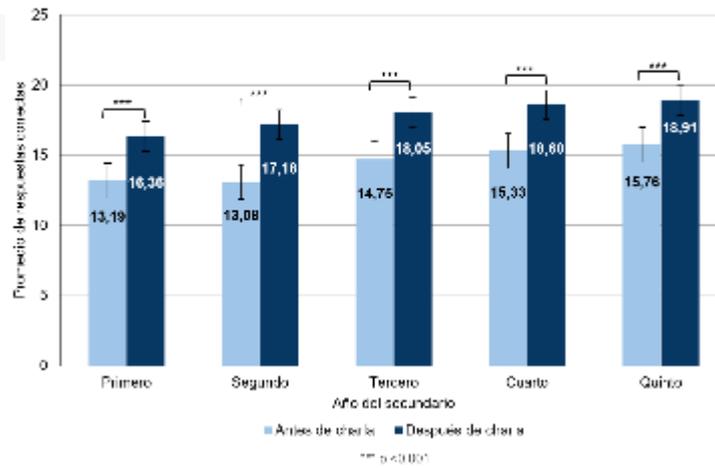


Gráfico 5. Recibiste información acerca de los métodos anticonceptivos a través de:

**Gráfico 5. Promedio de respuestas correctas por año (n=253)**



**Gráfico 5. Promedio de respuestas correctas por año**

**Tabla 2. Chi2 para evaluación de efecto de la intervención por temas abordados (n=253)**

	Respuestas				Valor de Chi <sup>2</sup>	p
	Pre-charla		Post-charla			
	Correctas	Incorrectas	Correctas	Incorrectas		
MAC hormonales	787	478	937	292	64.58	<0.05
MAC de barrera	883	129	959	53	34.88	<0.05
DIU	537	222	620	139	25.04	<0.05
MAC definitivos	1118	906	1500	524	157.78	<0.05

*DIU: dispositivo intrauterino. MAC: métodos anticonceptivos.*

**Tabla 2. Chi2 para evaluación de efecto de la intervención por temas abordados**

# IMPLICANCIAS DEL PARTO RESPETADO EN CONTEXTO COVID 19 EN CABA.

**Autoras: Álvarez Bárbara Mailen; Caro García María Elena**

## INTRODUCCIÓN

Aun en condiciones adversas, ¿Se pueden respetar los derechos de la mujer y el niño/a al momento del parto? La situación de emergencia sanitaria por coronavirus no puede significar una involución en todos estos derechos establecidos en la Ley de Parto Respetado y avances hasta ahora logrados.

Es importante comprender que más allá del contexto internacional que atravesamos, enfermería debe observar su perspectiva intercultural, reconociendo el derecho al respeto de creencias y a la autonomía de las personas para tomar sus decisiones.

Conocer valores, creencias y significados practicados por la persona gestante permitiría fomentar las intervenciones de enfermería al proporcionar cuidados que brinden y hagan efectiva la adaptación y el bienestar del binomio madre/hijo.

Así garantizamos que la experiencia del parto sea transitada en un contexto de respeto y puesta en valor de las decisiones personales, siendo el único límite el riesgo real de la madre o el/la hijo/a.

En Argentina rige la ley 25.929, sancionada en 2004 y reglamentada en 2015, la cual establece los derechos de la mujer y el niño durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Insta a las instituciones sanitarias a poner en marcha medidas y a ejecutar las modificaciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la ley.

En este contexto de emergencia sanitaria, algunos hospitales optaron por prohibir a las mujeres estar acompañadas por quienes ellas deseen durante el parto, se generó controversia sobre el sobre uso de algunas medidas de bioseguridad, tal como barbijos N95 y la comunicación paso de ser cotidiana y sociable a realizarse a través de dispositivos móviles generando barreras para aplicar cuidados de calidad y lo más importante, el apego en la hora sagrada (OMS, 2018), de suma importancia para el recién nacido, ha cambiado a partir de esta pandemia.

Estas controversias pueden justificar prácticas constitutivas de violencia obstétrica (Dangelo et. al, 2020), una forma más de violencia de género hacia las púerperas.

Las autoras de este trabajo de investigación se realizan la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las implicancias sobre parto respetado en situación de pandemia COVID 19 referidas por las enfermeras de dos instituciones privadas de CABA durante abril –

junio 2021?

## 2.- OBJETIVOS

General:

Determinar cuales son las implicancias sobre “parto respetado” en situación de la pandemia COVID 19 referidas por las enfermeras de los servicios de obstetricia de CABA, durante abril – junio 2021.

Específicos:

Indagar si la disminución en la relación enfermera – gestante/puérpera que altera la comunicación, es una implicancia referida por los enfermeros/as

Identificar si el sobre uso referido como una implicancia del parto respetado

Inferir si la falta de contacto piel a piel del recién nacido con la madre, en las primeras horas de vida, es referida como una implicancia del parto respetado.

## 3.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de campo, con enfoque cualitativo, de diseño descriptivo para detallar como el hecho es observado. Se aplicó el metodo etnográfico, se definieron estructuras que no se observan a simple vista y las relaciones de las enfermeras. Se trata de un estudio de corte transversal y prospectivo.

La población seleccionada fueron enfermeras de dos instituciones privadas de CABA, seleccionadas con criterio de conveniencia, que se desempeñan en el area de obstetricia (materno infantil). La muestra se constituyó con enfermeras de dos instituciones privadas de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron 5 enfermeras de cada institucion. N=10. Se utilizó el muestreo por conveniencia (Sampieri, 2018), buscando obtener la mejor información en el menor tiempo posible. A todas las participantes se les solicitó firma de consentimiento informado.

Como variables descriptivas de la población se seleccionaron:

Antigüedad laboral en servicios de obstetricia. Edad. Cantidad de hijos de las enfermeras. Tipo de parto. Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría: Implicancia del parto respetado en situacion de COVID 19: Problemas que refiere enfermería en relación a aquellas situaciones o intervenciones que no permiten aplicar las normas

del parto respetado.

Subcategorías: Alteración de la comunicación enfermera-gestante/puérpera: La enfermera ve alterada su relación con la gestante/puérpera manifestada por la alteración del contacto directo y habitual por la aplicación de protocolos COVID 19. Uso extremo de las medidas de bioseguridad: La enfermera aplica excesivamente las medidas de bioseguridad por la implementación de protocolos COVID 19.

Falta de contacto piel a piel: Cuando la enfermera no puede aplicar el contacto piel a piel en los primeros minutos de vida del recién nacido por vigencia de los protocolos de COVID 19.

Imposibilidad de respetar pautas culturales: Imposibilidad que tienen las enfermeras de ejecutar la atención o realizar procedimientos respetando las pautas culturales de las gestantes/puérperas.

Recolección y análisis de datos:

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada. Las entrevistas fueron grabadas y permitieron, a través de preguntas disparadoras, acercarnos a la problemática que refieren las enfermeras en relación al parto respetado.

Una vez desgrabadas textualmente cada entrevista, se procedió al análisis de discurso. Las variables descriptivas fueron la edad, número de hijos y tipo de parto.

#### 4.- RESULTADOS:

Se entrevistaron 10 enfermeras que se desempeñan en dos servicios de obstetricia, el 50% (5) tenían entre 26 – 30 años. En cuanto al número de hijos observamos que el 30% (3) no tiene hijos, otro 30% (3) tiene un hijo, un 20% tiene 2 y otro 20% 3 hijos respectivamente. En relación al tipo de parto de las 7 enfermeras que declararon tener hijos el 57,15% (4) tuvieron partos por cesáreas y el resto parto vaginal. Alteración de la comunicación enfermera-gestante/puérpera: la comunicación entre enfermería y la gestante/puérpera se vió dificultada por el uso del barbijo, refiriendo que no podían comprender lo que decían, no podían observar las expresiones del rostro y modificaron el tono de voz. Desde el aspecto emocional las enfermeras nos transmitieron que el distanciamiento, las demoras en la atención, así como la imposibilidad de permanecer en la habitación realizando nuestras tareas, generaron dificultades al momento de relacionarnos con las gestantes/puérperas. De la entrevistas surge que la aplicación de los protocolos COVID-19 altera el contacto directo y por consiguiente una comunicación fluida con la puérpera-gestante.

Uso extremo de las medidas de bioseguridad: las entrevistadas nos han comentado distintas situaciones con respecto al uso de las medidas de bioseguridad. Existen protocolos que regulan el uso de antiparras y barbijo quirúrgico al estar en

contacto con las personas que no padecían covid, pero por no correr riesgos, ante la más mínima sospecha, extremaban las medidas, manifestando querer protegerse a sí mismas, a su familia, a las gestantes/puérperas y a sus acompañantes. Se recalca en gran parte de las entrevistas que el uso del barbijo durante la labor de parto generó en las gestantes/puérperas dificultad para sostener las respiraciones profundas que necesitaban para acompañar a la contracción uterina y sobre todo no favorecía a su concentración, produciendo incomodidad. Una de las entrevistadas nos refirió: “soy asmática y me cuido por mí y mi familia, uso 2 barbijos quirúrgicos debido a que solicité barbijo N95 a mí superior y la atención que brindo no requiere su uso”. “Fue un gran cambio, también, para las gestantes/puérperas, porque el personal sanitario está preparado para utilizar todas estas medidas, que para la persona común y corriente es inusual. El temor a poder contagiarse de COVID-19, aún en los casos de puérperas con PCR negativo, lleva en muchos casos a aplicar excesivamente las medidas de bioseguridad”.

Falta de contacto piel a piel: el primer contacto piel a piel con el recién nacido, conocido como el “minuto de oro”, no se vio alterado, solo en casos de madres con covid positivo o sospecha. Los que nos ha sorprendido de todas las entrevistadas, es que manifestaron que la “hora sagrada” no se cumple, o se realiza de forma fragmentada por cuestiones de tiempo, disponibilidad de personal y alta demanda en la sala de partos o internación. Si bien en los primeros minutos de vida se realiza el contacto piel a piel con el recién nacido (madre e hijo), no así las pautas conocidas como hora sagrada donde ya, en la sala de partos, el recién nacido debe ser colocado para succionar el pecho materno, en general se realiza cuando ambos llegan a la habitación, lo que hace suponer que ha transcurrido su primera hora de vida.

Imposibilidad de respetar pautas culturales: la posibilidad de respetar las pautas culturales durante el parto respetado y el puerperio en este contexto de pandemia, se vio afectada. Se ha descrito una situación, como por ejemplo; “puérpera de origen coreano que después del parto debe consumir sopa de algas para purificarse, la entidad hospitalaria no dispone de menús especiales”, en este caso el familiar podía traerlo de su casa pero no podía ingresarlo al hospital por cuestiones sanitarias de la pandemia.

Durante la labor de parto, también intervienen cuestiones culturales, que por incomodidad o pérdida del control de la situación por parte del personal sanitario, justifican que no se pueda realizar, como por ejemplo; adoptar posturas para la fase de expulsión. Algunas de las entrevistadas refirieron, que durante este tiempo transcurrido de pandemia,

no hubo posibilidad de valorar puerperas/gestantes de otra nacionalidad y ver si resulta afectada alguna pauta cultural. No obstante, el hecho de no permitir, como lo dice la situación expuesta anteriormente con respecto a la comida, que culturalmente ingieren algunas personas después del parto o no permitir posturas ancestrales para la expulsión son indicios que las enfermeras no pudieron respetar las pautas culturales de las gestantes/puérperas.

## 5.- CONCLUSIONES

Parir en situación de pandemia, de aislamiento y los nuevos protocolos de atención perinatales son algunas de las cuestiones que se han puesto en juego en este contexto. Las investigadoras han podido evidenciar que la pandemia ha sido una barrera mas para no atender de acuerdo a los derechos adquiridos para dar lugar a las nuevas normativas y medidas adoptadas por el COVID -19.

La ley 25.929 de parto respetado, exige a el personal sanitario que cumpla y haga cumplir los derechos de la persona gestante y el recién nacido.

Una de las formas para ajustarnos a esta ley seria mediante la adecuación de los protocolos y normativas durante el transcurso de una pandemia, proveer las herramientas y la dotación de personal necesarias adaptándose al contexto, estructuras y circunstancias de la institución hospitalaria para brindar atención de calidad y hacer valer las decisiones y tomar las consideraciones necesarias, siempre y cuando el estado de salud de ambos no corra peligro.

Ayudar a que este momento de total vulnerabilidad, sea experimentado de la manera más confortable y humanamente posible, debe ser uno de nuestros principales objetivos de atención, beneficiar el contacto de la madre con el recién nacido así como hacer énfasis en la primera succión del pecho materno, tomar las medidas de prevención sin excedernos en las mismas para cuidar a las personas y hacer partícipe de forma activa a la gestante en la adecuación del parto respetando etnia, nacionalidad, cultura, social y económico de la familia.

## 6.- BIBLIOGRAFIA

Dangelo, C. Consuelo V. Hueller, M. F. López, A. Otto, M. C. (2020). La atención perinatal en pandemia por covid-19: visibilizando la violencia obstétrica en argentina. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicoterapia. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp>

Giallorenzi, M.L. (2020). Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 24(2), 42-59. <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/1033/1062>

Lacarrubba, J. Galván, L. Barreto, N. Eddy, A. Céspedes, E. (2011). Guías prácticas de manejo en Neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano. Comité Neonatología. Sociedad Paraguaya de Pediatría. *Asunción-Paraguay*, 38, (2), 138-145. <https://revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/260/238>

Ley 25929 de 2004, Parto humanizado, Sancionada: 25 de agosto de 2004 Promulgada: 17 de septiembre de 2004. 1. Leyes. CDD 348.02

Macías Intriago, M.G. Haro Alvarado, J.I. Galarza Soledispa, G.L. Quishpe-Molina, M. del C. Triviño-Vera, B.N. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. Vol. 4 (3), 392-415. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6560206>

Margarita, A.M. Torres Jiménez, Y. Y. Poveda Ávila, J. F. (2018). El proceso de parto cultural, una necesidad. *Revista cultura del cuidado*. Vol. 15 (1), 23-37. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5068/4332>

Matute Albo, J.I. (2006). Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la practica. *Revista Medicina Naturista*. Vol. 10, 533-537. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985581>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Hablemos de parto humanizado y la "hora sagrada". Sampieri, R. H. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México.

# PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, EN BECCAR

Autora: Domínguez, Belén

## 1.- INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se define según la OMS (1994) como: "...la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". La misma organización la entiende como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente se relaciona con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física, psíquica y de una relación social satisfactoria. En el caso del adulto mayor, durante la pandemia Covid-19 se vio visiblemente alterada debido a la cuarentena y el aislamiento. La cuarentena impidió que el adulto mayor, al igual que el resto de la población, pueda seguir con sus actividades de la vida diaria y sus rutinas.

Por lo expuesto, surgen los siguientes interrogantes: ¿El adulto mayor se vio obligado a permanecer dentro su hogar? ¿Tuvo posibilidad de salir a caminar, pasear, hacer las compras, vincularse con amigos y familia? ¿Cómo esta realidad a sus vínculos sociales? ¿Fomentó la falta de actividad física diaria? ¿El encierro llevó a padecer trastornos cognitivos y psiquiátricos como pérdida de memoria, depresión, entre otros? ¿La falta de ayuda condujo a padecer problemas de alimentación?

De estos interrogantes surge la siguiente formulación de problema: ¿Qué percepción sobre su calidad de vida en contexto de la pandemia COVID - 19 tienen los adultos mayores en Béccar durante Abril - Junio 2021?

## 2.- HIPÓTESIS

La percepción de calidad de vida del adulto mayor en contexto de la pandemia COVID-19 se alteró de manera consciente por el encierro, la soledad, la falta de relaciones sociales, la disminución de la actividad física y la falta de atención médica, asimismo se altera de manera inconsciente deteriorando la salud mental y física.

## 3.- OBJETIVOS

General: Determinar cuál es la percepción de calidad de vida en contexto de la pandemia Covid-19 que tienen los adultos mayores en Beccar durante Abril - Junio 2021.

Específicos: Analizar cómo percibe el adulto mayor la calidad de vida en relación al aislamiento y la cuarentena. Indagar cuál es la percepción del adulto mayor respecto a la relación entre los vínculos sociales y su calidad de vida.

Establecer cómo ha afectado la pandemia Covid-19 en la movilidad / actividad física de los adultos mayores en relación a su calidad de vida.

Averiguar en qué medida fue afectada la atención médica del adulto mayor interfiriendo en su calidad de vida.

## 4.- METODOLOGÍA

Según el propósito y el lugar, el estudio es observacional y de campo ya que se busca observar una realidad en el lugar físico donde se encuentra ese fenómeno. Se concurre a los domicilios de los adultos mayores y se recabó la información sin modificar el comportamiento de las variables. Según el enfoque, el estudio es cualitativo porque se recopilaron datos no numéricos y la aproximación al problema es subjetiva. El estudio es descriptivo ya que se describe el comportamiento de las variables en estudio tal como se las encontró en el fenómeno. Según la cronología en la recolección de datos el estudio es de corte transversal y retrospectivo.

La población seleccionada fueron adultos mayores de 60 años de la localidad de Beccar, al norte de la provincia de Buenos Aires. La muestra se constituyó con 12 unidades de análisis que se seleccionaron con la técnica de muestreo por conveniencia. Se entregó a los participantes un consentimiento

informado que debieron firmar para participar y grabar la entrevista y mantener la confidencialidad. Como variables descriptivas se seleccionaron: Edad. Sexo. Convivientes. Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

**Categoría:** Percepción de calidad de vida: Forma en que el adulto mayor interpreta las sensaciones que recibe a través de los sentidos para formar una impresión inconsciente o consciente de la realidad física de su entorno durante la pandemia COVID-19.  
**Subcategorías:** Aislamiento y cuarentena: El adulto mayor ve restringida su movilidad y contacto social de la vida diaria por efectos de la ley que establece aislamiento social, preventivo y obligatorio.  
**Relación con vínculos sociales:** El adulto mayor nota que la falta de contacto social presencial, transformado en virtual provoca la falta de vínculos sociales.

**Movilidad y actividad física:** El adulto mayor siente limitada su movilidad y posibilidad de actividad física generando un evidente deterioro físico y de salud mental.

**Atención médica:** El adulto mayor percibe las dificultades de acceso a la salud presencial y transporte público disminuyendo de manera significativa las consultas médicas.

**Recolección y análisis de datos:**

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada que permitió realizar preguntas disparadoras y dió la posibilidad de repreguntar e indagar en las respuestas. Durante la entrevista se analizó también el lenguaje no verbal. Previo a cada entrevista, se solicitó consentimiento de cada adulto mayor entrevistado para realizar y grabar la entrevista.

Finalizada la recolección de

datos se procedió a desgrabar las entrevistas realizadas de forma individual para poder armar una grilla de datos de acuerdo cada subcategoría y variables descriptivas. Se expuso lo más significativo de cada entrevista para poder llegar a un análisis de datos final.

## 5.- RESULTADOS:

Se entrevistaron 12 adultos mayores de los cuales ocho fueron mujeres y cuatro varones, 2 personas por cada intervalo entre 62 y 97 años. En cuanto a la convivencia, se puede destacar que 6 adultos mayores viven en compañía de algún familiar, ya sean hijos o pareja, dos viven con una cuidadora, una vive en un geriátrico y 3 viven solos / solas.

**Aislamiento y cuarentena** Durante el aislamiento y cuarentena por la pandemia Covid-19, el adulto mayor nota que transitó grandes cambios en su rutina del día a día. El Covid19 generó miedo, incertidumbre,

angustia, tristeza, preocupación, entre otros. Para empezar, estos sentimientos llevaron a que el adulto mayor se vea afectado psicológicamente y esto se logró ver durante las entrevistas con frases como "Estoy muy triste, esto no tiene forma. Está todo mal desde que empieza hasta que termina el día", "Con mi depresión, la cuarentena fue lo peor que me pudo pasar. Siempre intenté buscar el lado positivo pero fue muy difícil". "No estoy segura que a este encierro se lo pueda llamar calidad de vida". También, en términos generales, se vió restringida su movilidad y el contacto social ya que tuvieron que permanecer aislados para evitar contagiarse. Sin embargo, esto no se vió en todos los casos de los adultos mayores entrevistados. Algunos tuvieron la suerte de poder aprovechar la cuarentena, haciendo cosas que antes no podían hacer por el trabajo o por la vorágine del día a día y otros se fueron a pasar la cuarentena al campo donde pudieron disfrutar del aire libre y de una vida sin encierro.

**Relación con vínculos sociales:** En relación a los vínculos sociales, el adulto mayor ve que la falta de contacto social presencial, transformado en virtual provoca la falta de vínculos sociales. Muchos de ellos refieren que dejar de ver a sus amigos y familiares en el día a día llevó a que el vínculo sea de forma virtual, ya sea por whatsapp, zoom, etc, y esto generó falta de contacto físico a pesar de que no se haya perdido la relación. Por otro lado, hubo casos donde no se sintieron cómodos con la conexión por internet por lo que dejaron de comunicarse con sus amigos y familiares.

Surgieron frases como "Ya no sé de qué hablar con los jóvenes", "A mis amigas no las ví más, la que no está enferma tiene el marido enfermo, se siente enferma o no la dejan salir porque se enferma".

**Movilidad y actividad física:** Con respecto a la movilidad y actividad física, las respuestas fueron variadas. Hubo adultos mayores que sintieron limitada su movilidad y posibilidad de actividad física generando un evidente deterioro físico y de salud mental ya que no pudieron realizar actividad física dentro de sus casas y los que realizaban sesiones de kinesiología para mejorar su movilidad no tuvieron la oportunidad de seguir haciéndolo. "Solíamos jugar al tenis todas las mañanas juntos y en cuarentena dejamos de hacerlo. Pero apenas pudimos salir de nuevo empezamos a salir a caminar todas las mañanas en reemplazo del tenis". Por otro lado, se vieron algunos casos donde se logró realizar actividad dentro de sus casas, "Pude caminar por adentro de casa para no perder el ritmo" y la señora que vive en el geriátrico acotó "En casa no podía moverme porque no había mucho lugar pero acá en el geriátrico tengo la posibilidad de caminar y me ve una kinesióloga una vez por semana".

**Atención médica:** El adulto mayor percibe las dificultades de acceso a la salud presencial y transporte público disminuyendo de manera

significativa las consultas médicas. Esto se ve demostrado a través de las entrevistas donde los adultos mayores refieren que dejaron de realizar consultas médicas de manera presencial por miedo a contagiarse Covid-19 en las instituciones médicas. "Durante la cuarentena no fui a ningún médico por miedo a entrar a los hospitales". También, expresan que al momento de sacar turnos para una consulta médica, los turnos se asignaban para dentro de dos a tres meses, siendo un impedimento en la atención médica. Muchos de los entrevistados realizaron seguimiento médico vía zoom o whatsapp, sobre todo aquellos que se seguían habitualmente con algún especialista, por ejemplo psiquiatra, psicólogo, cardiólogo, neumonólogo, entre otros. Hubo un caso de un adulto mayor internado en un geriátrico, que adquirió el seguimiento adecuado ya que iban médicos a la institución una vez por semana. Por último, algunos casos de adultos mayores con Covid-19 durante la pandemia, fueron atendidos en hospitales para mayor control y tratamiento.

## 6.- CONCLUSIONES

A raíz de los objetivos planteados, en relación al primer objetivo encontramos que el adulto mayor percibió que su calidad de vida se encontró alterada ya que durante la pandemia Covid-19 se vieron obligados a permanecer encerrados en sus casas. Esto provocó sentimientos como miedo a contagiarse y enfermarse o a que algún familiar se enferme, angustia provocada por el encierro y por la situación mundial atravesada, tristeza y soledad por no poder ver a sus familiares y amigos, preocupación por el país y por las muertes y por último incertidumbre por no saber cómo iba a continuar la situación.

Con respecto a los vínculos sociales, el adulto mayor sintió una gran falta de contacto físico debido al aislamiento y la cuarentena, a pesar de que no hayan perdido el vínculo con sus allegados, por haberse comunicado por teléfono o zoom.

Acerca de la movilidad y actividad física, los adultos mayores que notaron limitada su movilidad debido al encierro que generó la pandemia, lo vieron reflejado en el ánimo, ya que realizar actividad física libera endorfinas que producen sensación de bienestar, alegría y reducen el estrés. También, la falta de actividad física generó un notable deterioro físico en ellos.

Por último, el adulto mayor percibió la falta de atención médica durante la pandemia, donde la gran mayoría no fue evaluado por un médico por miedo a ingresar a un hospital, por la demora en la asignación de turnos o por falta de educación en la importancia de continuar con los controles médicos durante la pandemia.

En relación a la hipótesis planteada, la percepción de calidad de vida del adulto mayor en contexto de

la pandemia COVID-19 se vio afectada de manera consciente debido al encierro, a la soledad, a la falta de relaciones sociales, la disminución de la actividad física y la falta de atención médica pero también se vio afectada de manera inconsciente produciéndose un evidente deterioro de salud, tanto mental como físico.

Como conclusión, es posible confirmar que el adulto mayor necesita el contacto físico del día a día, ya sea para saludar al vecino, ver a un amigo, reunirse con sus familiares, dar y recibir abrazos y sobre todo, estar acompañado y sentirse querido. Esto que hoy parece algo menor, no se pudo realizar durante la pandemia y el adulto mayor se vio muy perjudicado al respecto, llevando a que la percepción de calidad de vida se vea marcadamente afectada.

Como recomendación y teniendo en cuenta las conclusiones, es fundamental destacar la importancia de acompañar al adulto mayor, brindarle amor, tratarlos siempre con ternura, tenerles paciencia y sobre todo no dejarlos solos.

## 7.- BIBLIOGRAFIA

Flores Herrera, B.I; Castillo Muraira, Y; Ponce Martínez, D; Miranda Posadas, C; Peralta Cerda, E. G; Durán Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), Pags. 83-8. - Ministerio de Salud, Gobierno de Buenos Aires. (<https://www.argentina.gob.ar/salud>).

Nequiz Jasso, J. M; Munguía Gómez, A; Izquierdo Barrera, E. A. (2017). Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria reforma. *Revista Enfermería neurológica (México)*, Vol. 16, Pags. 167 - 175. - Organización Mundial de la Salud. (<https://www.who.int/es>)

Organización Mundial de la Salud (1994) Definición de Calidad de Vida.

Rubio Olivares, D.Y; Rivera Martínez, L; Borges Oquendo, L; González Crespo, F. V (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*, 61, Pags. 1 - 7.

Urzúam, A; Navarrete, M. (2013). *Revista Médica Chile*, 141, Pags. 28 - 33.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), Págs. 284 - 290.

Villafuerte Reinante, J; Alonso Abatt, Y.A.; Alonso Vila, Y; Alcaide Guardado, Y; Isis M.; Arteaga Cuéllar, Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. (2017). *Medisur*, Vol. 15.

# ESTRATEGIAS APLICADAS POR ENFERMERAS/OS PARA PREVENIR LAS RETINOPATÍAS DEL PREMATURO EN RELACIÓN A LAS ALTAS CONCENTRACIONES DE OXÍGENO EN NEONATOS INTERNADOS EN SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA DE CABA

**Autores: Almiron, Macarena Lis; Altillio, Damián Ezequiel; Orellana Parra, Valeria Ruth; Pereira, Yael Malena.**

## 1.- INTRODUCCIÓN

La retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad provocada por una alteración en la vascularización de la retina, que puede alterar su desarrollo normal y producir la pérdida total o parcial de la visión. Así mismo los prematuros debido a su inmadurez, suelen presentar problemas respiratorios, que requieren apoyo terapéutico de oxígeno y asistencia respiratoria mecánica. Generalmente los bebés prematuros deben ser atendidos con esta medida terapéutica que administra oxígeno (a veces en concentraciones elevadas) con el fin de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno en la sangre, las células y tejidos del organismo. La exposición temprana de los vasos inmaduros de la retina del prematuro a altas concentraciones de oxígeno causa vasoconstricción y vasobliteración (desarrollo anormal que afecta la visión).

Y es aquí donde se enfoca este trabajo de investigación describiendo las acciones que enfermería realiza de manera prioritaria, para la prevención de retinopatías. Nuestra inquietud surge frente a este interrogante, ¿por qué estando, en el 2021, y a pesar de innumerables estudios para la prevención de retinopatías, y del desarrollo tecnológico existente, aún sigue persistiendo esta enfermedad?

Los datos aportados por el Programa Nacional de Retinopatías del prematuro, demuestran que en la Argentina más de 800 niños y niñas reciben tratamiento por ROP al año. Entre un 10 y un 15% de los casos (80 a 120 niños y niñas) evoluciona con baja visión o ceguera, por lo que en el transcurso de los últimos 10 años se han acumulado, al menos, 1.000 niños con esta discapacidad. Como podemos observar, la Retinopatía del Prematuro es un problema importante en la salud pública, y representa la primera causa de ceguera en la infancia.

En el año 2020 la Cámara de Diputados eleva un pedido formal al presidente de la Nación

solicitando; “reforzar o adoptar medidas necesarias para proporcionar los medios correspondientes que tiendan a la detección y tratamiento para pacientes prematuros propensos a padecer ROP en el territorio nacional y que provea de medios y partidas presupuestarias necesarias, en especial para la compra del Equipo Láser Diodo”, único equipo utilizado para el tratamiento de la ROP.

A partir de este análisis introductorio surgieron algunas preguntas; ¿Habiendo un protocolo de prevención, existe un criterio unificado en su implementación, en relación con las altas concentraciones de oxígeno?, ¿los protocolos se adaptan según el estado del paciente?, ¿el servicio cuenta con el equipamiento suficiente, tanto como para administrar oxígeno, como para monitorizarlo?, ¿se observa cuidadosamente al paciente luego de realizarle modificaciones en la Fracción de Oxígeno Inspirada (FiO2)?, ¿se controlan las alarmas periódicamente?, ¿existe un control de fijaciones, para no lesionar la piel?, ¿se registran todos los cambios en los requerimientos del paciente o las oscilaciones del oxígeno?.

Por esta razón formulamos el siguiente problema de investigación; ¿Cuáles son las estrategias que refieren aplicar las enfermeras /os para prevenir las retinopatías del prematuro en relación a las altas concentraciones de oxígeno en neonatos internados en los servicios de neonatología de una prestigiosa clínica privada de la CABA, durante el periodo abril-junio del 2021?

## 2.- HIPÓTESIS

H1: El personal de enfermería de neonatología maneja correctamente el protocolo de prevención de ROP en prematuros con oxigenoterapia.

H2: el personal de enfermería más antiguo en el servicio de neonatología aplica técnicas basadas en su propia experiencia y no aplica continuamente el seguimiento de los protocolos en el manejo del prematuro con oxigenoterapia.

H3: El personal de enfermería presenta déficit en el control de los dispositivos de oxigenoterapia en los prematuros.

### 3.- OBJETIVOS

#### General:

Determinar las estrategias que refieren aplicar los enfermeros/as para la prevenir las retinopatías del prematuro en relación a las altas concentraciones de oxígeno en neonatos internados en los servicios de neonatología de una importante clínica privada de la CABA, durante el periodo abril-junio del 2021.

#### Específicos:

Establecer si el control de alarmas de saturación de O<sub>2</sub> es una estrategia prioritaria definida por las enfermeras/os

Determinar si la cantidad de oxígeno administrado por el ventilador y la saturación del paciente en forma continua es una estrategia prioritaria definida por las enfermeras/os

Determinar si habiendo un protocolo de prevención, existe un manejo unificado en relación con las altas concentraciones de Oxígeno.

Establecer si la utilización de blender en los procedimientos que así lo requieran, es una estrategia prioritaria definida por las enfermeras/os.

Determinar si existe un manejo unificado por parte de las enfermeras, en relación con el protocolo de ROP, y si es una estrategia prioritaria definida por las enfermeras/os.

### 4.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, recolectando información directa de la realidad. Es una investigación de campo porque se realizó en un ambiente natural, el área de neonatología, buscando conseguir información real para luego analizarla. Se trata de un estudio cuantitativo que tuvo por finalidad obtener información estandarizada mediante encuestas bien construidas y analizadas, facilitando su posterior análisis estadístico. Es un estudio transversal debido a que nuestro objeto de investigación fue explorado en un momento determinado y es prospectivo dado que la información se recolectó a medida que se observaba el fenómeno estudiado.

La población en estudio fueron enfermeros de los servicios de neonatología de una clínica privada de CABA, que se encontraban dentro de los criterios de inclusión.

Para la delimitación de la población se tomó una muestra de carácter probabilístico utilizando la metodología de muestreo sistemático, donde la constante establecida fue "5". Resultando así en una muestra del 20% de la población total. Quedando incluidos 50 enfermeros y enfermeras.

Como variables a controlar se seleccionaron:

Antigüedad. Título. Turno.

Como indicadores se definieron como se muestra en la siguiente tabla:

Variable	Dimensión	Indicadores	Nivel de medición
Estrategias de prevención	Intervenciones de enfermería	Controlan las alarmas y la saturación de O <sub>2</sub>	Ordinal: Muy de acuerdo, Indiferente, Muy en desacuerdo.
		Controlan estrictamente los dispositivos de O <sub>2</sub>	Ordinal: Muy de acuerdo, Indiferente, Muy en desacuerdo.
		Utilizan blender en los procedimientos que lo requieran	Ordinal: siempre a veces nunca
		Mantienen un criterio unificado del protocolo	Ordinal: Muy de acuerdo, Indiferente, Muy en desacuerdo.

Fuente: Elaboración propia.  
Recolección y análisis de datos:

Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de encuesta auto administrada, empleando un cuestionario desarrollado con escala de Likert. A todos los participantes se solicitó la firma de consentimiento informado. Una vez recolectados los datos se procedió a la conformación de una base de datos, en el programa Excel y a través de la función tabla dinámicas se entrecruzaron las respuestas para arribar a la conclusión. Los datos se presentaron en tablas y gráficos estadísticos con su correspondiente análisis

## 5.- RESULTADOS:

Se estudió una población constituida por 50 personas de las cuales 38 eran licenciados en enfermería y 12 eran técnicos en enfermería. Los licenciados se encontraban distribuidos en su mayoría en los turnos sábados, domingos y feriados, mañana y tarde, y los técnicos superiores se encontraban en el turno noche. El 74% de esta población tenía una antigüedad de entre 4 y 15 años.

En el indicador 1 “Controlan las alarmas y la saturación de O<sub>2</sub>” se encontró que la mayoría de los enfermeros/as aplican medianamente el protocolo relacionado al control de alarmas y saturación de oxígeno, ya que se obtuvo un promedio del 76% (38 personas). No obstante, se observó que tanto en la pregunta “el control de saturación y alarmas sólo debe realizarse una vez por turno en prematuros con oxigenoterapia” como en la pregunta “Siempre existe relación entre la edad gestacional y los límites de alarma” hay un déficit en la aplicación del protocolo ya que se obtuvo un gran porcentaje de respuestas incorrectas en gran medida por parte de los licenciados en enfermería, con una antigüedad de 4 a 21 años, del turno mañana, turno tarde y sadofe.

En el indicador 2 “Controlan estrictamente los dispositivos de O<sub>2</sub>”, se obtuvo un promedio de respuestas correctas del 84% (42 personas) relacionadas a un correcto uso del protocolo de control estricto de los dispositivos de oxígeno. Sin embargo, se observó un déficit en la pregunta 7 “sólo se aumenta la Fio<sub>2</sub> según indicación médica y nada más” contestada incorrectamente por el 22% (12 personas) en general son licenciados del turno mañana, tarde y noche, con una antigüedad de hasta 15 años. Sólo el turno sadofe contestó de forma correcta en su totalidad.

En el indicador 3 “Utilizan blender en los

procedimientos que lo requieran” Analizando las respuestas de este tercer indicador se pudo observar que hay un 70% (35 personas) de respuestas correctas o sea que el personal de enfermería aplica los protocolos mediante la utilización de blender en los procedimientos que lo requieran, mientras que el 30% (15 personas) no los aplica.

Encontramos falencias en 3 puntos: la pregunta ¿Durante la reanimación en el prematuro extremo inicia la ventilación manual con Fio<sub>2</sub> al 21%?, en la cual hubo un porcentaje muy alto de respuestas incorrectas por parte de licenciados y técnicos superiores en enfermería, del turno mañana, sadofe y noche con una antigüedad de hasta 27 años. En la pregunta ¿En caso de requerir y de no disponer de blender, se los puede reemplazar por conexión en Y? contestada de forma incorrecta en gran parte por licenciados del turno noche y sadofe con una antigüedad de hasta 15 años, y por último en la pregunta ¿Si no dispone de blender utiliza directamente el flumiter de oxígeno para un prematuro? también tuvo un porcentaje alto de respuestas incorrectas por parte de licenciados del turno sadofe, mañana y noche con una antigüedad de hasta 21 años.

Por último, en el indicador 4 “Mantienen un criterio unificado del protocolo” pudimos observar que los enfermeros aplican de forma correcta los protocolos relacionados con mantener un criterio unificado del protocolo ya que obtuvimos un promedio del 86% de respuestas correctas (43 personas). Sin embargo, podemos destacar un déficit en la pregunta “cada personal debe actuar en base a su experiencia y práctica, el protocolo puede aportar información, pero no es indispensable” respondida de forma incorrecta por el 37% (19 personas) en general son licenciados de todos los turnos en general, con una antigüedad de hasta 15 años.

## 6.- CONCLUSIONES

La investigación realizada determinó que si bien una gran parte del personal de neonatología contribuyó a la buena aplicación del protocolo para la prevención de retinopatías del prematuro, como son, el control para determinar la cantidad de oxígeno administrado y la saturación del prematuro, el seguimiento de un manejo unificado del protocolo del servicio y la utilización de los blender como estrategia, podemos destacar que existe un factor determinante que lo debilita, y es el control de alarmas y saturación en forma continua, por lo

que es posible suponer una mala interpretación de la pregunta por parte del personal a pesar de la validación previa el instrumento utilizado, ya que es una acción fundamental, prioritaria e indispensable en el cuidados de los prematuros con oxigenoterapia. Lo anterior nos permite validar o rechazar algunas de las hipótesis que se plantearon en esta investigación:

En relación a nuestra hipótesis 1: “El personal de enfermería de neonatología maneja correctamente el protocolo de prevención de ROP en prematuros con oxigenoterapia”, la validamos ya que el 79% del personal de enfermería (39) no tiene déficit en el manejo del protocolo porque contestó de manera correcta la mayoría de las preguntas de los 4 indicadores. No obstante, cabe destacar que se obtuvo en promedio un porcentaje más pronunciado de respuestas incorrectas en el indicador 1 relacionada con el control de alarmas y saturación de O<sub>2</sub>, y en el indicador 3 relacionado al uso de blender en los procedimientos requeridos, por lo que podemos suponer que hay un déficit en el protocolo de dichos puntos.

En relación a la hipótesis 2: “El personal de enfermería más antiguo en el servicio de neonatología aplica técnicas basadas en su propia experiencia”, la misma se rechaza ya que no aplican las técnicas basadas en su propia experiencia sino en los protocolos establecidos en el servicio. Existe un 74% de la población que presenta una antigüedad mayor de 5 años y no utiliza su propia experiencia como reemplazo del protocolo del servicio, sino que lo complementa.

En relación a la hipótesis 3: “El personal de enfermería presenta déficit en el control de los dispositivos de oxigenoterapia en los prematuros”, también se rechaza ya que se demostró un adecuado y alto porcentaje (86%) en el cuidado de dispositivos de oxígeno. Sin embargo, obtuvimos un déficit en la pregunta 11 relacionada con el aumento de la FiO<sub>2</sub> según indicación médica (24% de respuestas incorrectas).

Cabe mencionar que se observó un déficit en algunos de los cuidados o estrategias aplicadas para la prevención de ROP. Esto puede deberse a múltiples causas que lo desencadenan, como, por ejemplo, la alta demanda de trabajo que requieren por su complejidad, a la rutina de algunos procedimientos y al agotamiento por estrés, aspectos que podrían configurar otra investigación, sin embargo no obvia

el hecho de que existen dentro de la dimensión acciones de enfermería, aplicaciones y técnicas que deben mejorarse, a fin de evitar en un futuro mayores casos de retinopatías en el prematuro en relación a las altas concentraciones de oxígeno y por consiguiente cegueras neonatales.

## 7.- BIBLIOGRAFIA

- Comité Científico de Enfermería Neonatal Hospital de Pediatría SAMIC Prof, Dr J P Garrahan (2014). Cuidados de Enfermería Neonatal. Tercera Edición. Buenos Aires. Ediciones Journal 2009-2014.
- Erpen, N. (2008). Enfermería: un pilar fundamental en la prevención primaria de la retinopatía del prematuro (ROP). *Med. infant*, 200-203.
- Porto HP. (2010). El ABC del cuidado de enfermería en los bebés prematuros extremos: CPAP nasal bajo agua o de burbuja. *Revista de Enfermería*.
- Quiroga A. (2009). Retinopatía del Prematuro: una realidad que nos afecta. *Revista de Enfermería Neonatal*. 2009;2(7):2426.

# PERCEPCIÓN EMOCIONAL DE LOS ENFERMEROS DE UNA EMPRESA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19.

**Autores: Barba, Deborah Gisela; Núñez Carballo, Noelia Melissa; Ávalos, Verónica Beatriz**

## 1.- INTRODUCCIÓN

Ante la situación epidemiológica actual, en relación con la pandemia de coronavirus (COVID-19), el sistema de salud argentino fue puesto a prueba en su capacidad para recibir y atender satisfactoriamente a los pacientes afectados por la misma, pero también a aquellos que requerían seguimiento, control y tratamiento por otras causas. En ese contexto de dificultad inesperada, se pusieron en marcha mecanismos que colaboraron con el funcionamiento del sistema de salud (tanto público como privado) con diferentes niveles de utilidad.

Es el caso de los programas de atención domiciliaria que, además de las facilidades habituales que ofrecen a los pacientes y a sus familiares, liberaron espacios y equipos, limitaron la circulación y minimizaron el riesgo de contagios y complicaciones.

La vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como el déficit de profesionales de enfermería para enfrentar la situación, ha mostrado la necesidad e importancia de disponer de profesionales de salud en número adecuado a las necesidades de cuidados y con buenas condiciones de trabajo (inclusive equipos de protección individual y otros recursos, apoyo al trabajo en equipo y educación continua).

La alta demanda de servicios asistenciales en hospitales, clínicas y sanatorios donde se encontraban al borde del colapso y en donde el número de contagios tanto de población general como de agentes de salud cada vez era más alto, sumado al aumento progresivo de contagios y fallecimientos, y la instauración del estado de alarma generalizado, cambió radicalmente la perspectiva de atención, hasta el punto de repensar o instaurar opciones que se encontraban presentes, como es el caso de la Internación Domiciliaria.

A partir de lo expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo influye la crisis del COVID-19 en la percepción emocional de los

enfermeros/as en relación con la demanda del servicio de atención domiciliaria, en el periodo de agosto a octubre del 2021 en CABA?

## 2.- OBJETIVOS

General:

Determinar cómo influye la crisis del COVID-19 en la percepción emocional de los enfermeros/as en relación con la demanda del servicio de atención domiciliaria, en el período de agosto a octubre del 2021 en CABA.

Específicos:

Establecer si el miedo se relaciona con la percepción que tienen los enfermeros que brindan atención domiciliaria en el contexto actual de pandemia.

Establecer si la ansiedad ha ido desestabilizando a los enfermeros que brindan atención domiciliaria en el contexto actual de pandemia.

Establecer si el sufrimiento espiritual tiene relación con la percepción que tienen los enfermeros que brindan atención domiciliaria en el contexto actual de pandemia.

Establecer si la percepción de los enfermeros se relaciona con la satisfacción profesional que sienten al brindar atención domiciliaria en el contexto actual de pandemia.

## 3.- METODOLOGÍA

El estudio realizado es observacional y de campo, dado que los objetivos del trabajo se abordan por medio de la observación y el registro de las variables sin la intención de manipularlas. Se desarrolló en el área donde se encuentran las unidades de análisis, las cuales aportaron los datos requeridos, en este caso enfermero/as que brindan servicios de internación domiciliaria. Según el enfoque o paradigma es un estudio cualitativo, la problemática se abordó a través del discurso y la experiencia de los entrevistados. Es un estudio exploratorio ya que para esta investigación no existen muchos antecedentes con respecto al tema.

Se utilizó el método etnográfico tomando un grupo de enfermeros con el fin de detectar estructuras emocionales, lo cual no se ve a simple y debe tener en cuenta el punto de vista de cada entrevistado. Es un estudio sincrónico y transversal debido a que se realiza en un período corto de tiempo y el registro de los datos se hace en un sólo momento o a un tiempo único (no hay seguimiento). Es prospectivo ya que el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que se van sucediendo.

La población en estudio fueron enfermeros/as que trabajan en una empresa de internación domiciliaria. N= 180. La muestra se integro con 10 enfermeros que trabajan en el área de internación domiciliaria de la empresa. Se utilizó el muestreo no probabilístico: No habrá forma de conocer la probabilidad que tiene cada elemento para ser seleccionado e incluido en la muestra, la técnica de muestreo fue por conveniencia eligiendo las unidades de estudio que resultaban más convenientes.

Como variables descriptivas se seleccionaron:

Edad. Género . Antigüedad laboral. Turno laboral. Situación familiar. Ocio y recreación.

Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría:

Percepción emocional de los enfermeros: La percepción emocional engloba un conjunto de emociones y está ligada a la inteligencia emocional. Esta última nos sirve para poder reconocer las emociones en nosotros mismos y al mismo tiempo reconocerlas en los otros. Surge como mecanismo de respuesta ante un estímulo determinado y varía dependiendo de cada situación y en cada persona, ya que es subjetiva y que muchas veces también se expresa de manera corporal.

Subcategorías

Miedo: El enfermero/a frente a la demanda en la atención de pacientes realizan los procedimientos con nerviosismo, preocupación, y terror de establecer contacto con el paciente y de esta manera contagiarse y contagiar a su entorno.

Ansiedad: Cuando la enfermera/o no se percibe capaz de afrontar situaciones de atención al paciente, sucediendo así un bajo desempeño en el desarrollo de las técnicas, generando miedo, temor e inquietud y algunos trastornos físicos.

Sufrimiento espiritual: Los enfermeros/as ven afectado su yo interior y la percepción de su entorno, bloqueando así el afrontamiento requerido para

evitar el sufrimiento que padece. Cada enfermera/o sufre de manera individual con su experiencia concreta, ya que depende de las prioridades de la persona, valores y recursos de esta.

Satisfacción profesional: Es un conjunto de sentimientos tanto positivos, como negativos que tiene un trabajador hacia su trabajo y que resulta de la evaluación de si el puesto cumple o permite cumplir los valores individuales del enfermero/a, de si está contento o no con el trabajo realizado.

Recolección y análisis de datos:

Como método para la recolección de los datos se utilizó como instrumento la entrevista semiestructurada orientada a la percepción de sentimientos y emociones de los enfermeros en el contexto de pandemia. Las preguntas fueron abiertas; con el fin de que el sujeto entrevistado conteste, y a partir de esa respuesta poder repreguntar. La entrevista fué grabada, en formato de audio quedando excluida la grabación de imagen. Antes de iniciar la entrevista, se les solicitaró a los enfermeros/as entrevistados que completen un formulario, para que den su consentimiento de participar de la investigación de manera voluntaria y confidencial.

Para la realización de esta investigación, se les hizo saber a los participantes que el estudio no conllevaba ningún riesgo ni recibirían ningún beneficio personal. Se garantizó no utilizar sus datos personales, quedando en estricto anonimato su identidad. Sus nombres no fueron utilizados en ningún informe.

Finalizadas las entrevistas, las mismas fueron desgravadas para realizar el análisis correspondiente de cada categoría y luego aplicarlas en grillas donde se volcaron datos sociodemográficos.

#### 4.- RESULTADOS:

De la población de estudio, enfermeros/as que trabajan de una empresa de internación domiciliaria, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se realizaron 10 entrevistas, de los cuales el 80% (8) fueron mujeres y el 20% (2) fueron hombres. En cuanto a la edad, el grupo mayoritario se encuentra en el rango etario de 47 a 59 años.

Respecto a las variables antigüedad laboral y cantidad de horas trabajadas por turno. 40% (4) de los entrevistados, el grupo mayoritario, en este caso, fue el que tenía de 3 a 6 años de antigüedad; tanto el grupo de 7 a 9 años, como así también el grupo de 12 a 15 años, tuvo un resultado de 20% (2) cada uno respectivamente y el 10%(1) tenía una

antigüedad de 28 años. En cuanto a la cantidad de horas trabajadas, hubo un 40% (4) que trabaja de 8 o 9 hs; misma cantidad 40% (4) que los que trabajan 12 hs; hubo un 20% (2) que trabaja 5 o 6 hs.

En cuanto al tipo de familia con la que vive cada enfermero, el grupo mayoritario, 50% es el que convive con una familia monoparental (5); las cuales están constituidas por mujeres, jefas de hogar. Con un 40% lo sigue el grupo que convive con una familia biparental y un 10% convive con una familia ensamblada (1).

En referencia a si realizan algún tipo de recreación durante su tiempo libre, la totalidad de los entrevistados, afirmaron que sí lo realizan (10).

Percepción emocional de los enfermeros. Los resultados encontrados se ajustan a los conceptos teóricos establecidos por Schachter Singer (1962), el cual sostiene que las emociones son el resultado a la evaluación cognitiva de un acontecimiento, pero también es debido a las respuestas corporales en la cual la persona nota los cambios fisiológicos, advierte lo que ocurre a su alrededor y denomina sus emociones de acuerdo con ambos tipos de observación. Esto se condice con lo evaluado en todas las entrevistas realizadas, ya que se pudo observar que los enfermeros/as a través de las distintas emociones, las cuales fueron utilizadas como mecanismos de supervivencia ante la difícil situación que vivieron, a partir de la amenaza que surgió por el Covid-19 y todas las consecuencias que acarreo, la misma.

Con relación al miedo. Valero Cedeño (2020) lo define como una emoción adaptativa que sirve para movilizar energía, para enfrentar una amenaza potencial. Sin embargo, cuando el miedo no está bien calibrado para la amenaza real, puede ser desadaptativo. Cuando el miedo es demasiado excesivo, esto puede tener efectos perjudiciales tanto a nivel individual, como social. De esta manera concluimos que el miedo, fue en todos los casos, un mecanismo supervivencia ante el temor de contagiarse de covid, avanzando en sus diferentes categorías y generando cambios en la manera de relacionarse con su entorno familiar y de trabajo.

Con respecto a la ansiedad. Charles Spielberger (1966, 1972, 1989) afirma que es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos, que surge ante una amenaza

real, pero que se sobredimensiona por la persona. Por eso concluimos que en el 100% de la población entrevistada la ansiedad fue un desencadenante del estrés, la falta de sueño y los cambios en la alimentación, generando un bajo rendimiento laboral y complicaciones en el vínculo familiar.

En relación con el sufrimiento espiritual y siguiendo con los lineamientos teóricos, es posible afirmar que el sufrimiento “es una experiencia común a toda la humanidad, que no podemos confundir con el dolor, siendo este físico. Es una experiencia de límite, tanto moral como existencial, mental, religiosa, social o política. Nos recuerda que somos seres limitados, finitos, vulnerables.” (Muñoz Devesa). Durante la investigación, en el 100% de la población entrevistada observamos el sufrimiento espiritual en diferentes maneras, tales como el dolor por la muerte, culpa, tristeza, desolación. Todas estas situaciones fueron desencadenando una modificación en el vínculo enfermero-paciente.

En cuanto a la Satisfacción profesional, según lo visto en la bibliografía Edwin Locke (1969) nos habla de que la satisfacción laboral se puede definir como “un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto”. Con respecto a esta subcategoría encontramos contradicciones en la cual el 61,53% de la muestra en estudio presenta una contradicción a nuestra bibliografía ya que destacan aspectos negativos del campo laboral, en cambio solo el 38,46% de la muestra coinciden con lo citado bibliográficamente. Lo cual nos lleva a deducir que existió un rendimiento laboral deficiente acompañado de insatisfacción laboral por presentar sentimientos negativos y displacenteros tales como frustración, enojo, disconformidad, agotamiento, fatiga, decepción y desesperanza

## 5.- CONCLUSIONES

De acuerdo con el propósito de este estudio, consideramos que la crisis del COVID-19 influyó sobre la percepción emocional de los enfermeros/as que brindan el servicio de atención domiciliaria, a través de los aspectos emocionales estudiados.

Con relación al miedo, afirmamos que repercutió de manera defensiva, ya que pudimos observar distintas manifestaciones de temor al contagio en todos los entrevistados. Con respecto a la ansiedad, quedó demostrado que esta generó cambios que desestabilizaron a los enfermeros/as, provocando

estrés, alteraciones en la alimentación, que provocaron en algunos un aumento considerable de peso y en otros disminución, también presentaron alteraciones en el descanso y en el estado de ánimo.

En cuanto al sufrimiento espiritual identificamos que, en la totalidad de los participantes, cada uno de ellos sufrió de manera individual con su experiencia, por las modificaciones que tuvo con los vínculos sociales tanto enfermero/paciente o enfermero/familia y que desencadenaron en tristeza, desolación y angustia.

A nivel de la satisfacción profesional, contrariamente a lo considerado por este grupo investigador, se identificó un porcentaje muy reducido de enfermeros que presentaron satisfacción por el trabajo que realizaron, no obstante, en la mayoría de los entrevistados, la percepción que se identificó fue la insatisfacción laboral a partir de determinadas cuestiones que hacían un cambio en el comportamiento de las personas que requerían atención de parte del personal de enfermería, ya que los mismos presentaron sentimientos negativos y displacenteros tales como frustración, enojo, disconformidad, agotamiento, fatiga, decepción y desesperanza.

Por último, queremos destacar, que esta investigación sirvió para visibilizar la labor que realizan los enfermeros/as de atención domiciliaria, uno de los sectores menos considerados.

## 6.- BIBLIOGRAFIA

Amparando Salud. ¿Qué es la internación médica domiciliaria y quién puede acceder a ella? Disponible en: <https://amparandosalud.com.ar/atencion-internacion-medica-domiciliaria/>

Candelmi, D. E.; Caram S. (2014). Éxitos y fracasos en Internación Domiciliaria. Disponible en: <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/%C3%89XITOS%20Y%20FRACASOS%20EN%20INTERNACION%20DOMICILIARIA%20Caram%20candelmi.pdf>

Cedeño, N. J. V., Cuenca, M. F. V., Mojica, Á. A. D., & Portillo, M. T. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga*, 5(3), 63-70.

Fernández.A.E;Jiménez.S.M.P. Psicología de la emoción. Disponible en: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>

García-Hernández Y.; Martínez-García M.; Gutiérrez-Fragoso G.

(2016). Satisfacción laboral del personal de Enfermería en dos Instituciones de salud pública: caso Hidalgo, México. Disponible en: <https://www.uv.mx/iiesca/files/2016/11/04CA201601.pdf>

Gobierno de la Provincia de Jujuy. (2021). Más de 800 personas fueron atendidas por el programa de internación domiciliaria. Disponible en: <http://salud.jujuy.gob.ar/2021/09/02/mas-de-800-personas-fueron-atendidaspor-el-programa-de-internacion-domiciliaria/>

Hospital Clínic de Barcelona. ¿Qué es la ansiedad? Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-deansiedad/definicion>.

Incluir Salud Buenos Aires. Internación Domiciliaria. Disponible en: <https://adomiciliosalud.com/internaciondomiciliaria>

Medline Plus. Ansiedad. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

Ministerio de salud. (2000). Resolución 704/2000. 2000, de Ministerio de salud Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64241/norma.htm>

Pérez, A.M.R., Gómez, T.J.J., Dieguez.G.R.A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la Covid-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

Ries, F., Vázquez, C. C., del Carmen Campos Mesa, M., & Del Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16. <https://doi.org/10.4321/S1578-84232012000200002>

R. Ferrer . (2008). La emoción. Universidad de Alicante. Disponible en: <https://www.psb.ua.es/contacto.asp> Sabadini M. (2020, 17 de abril).

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Universidad de Fortaleza. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

Torices Vidal,J.R. (2017, mayo). Torices Vidal, J. R. (2017). Emoción y percepción: una aproximación ecológica. *Análisis filosófico*, 37(1), 5-26.



# LAS EXPERIENCIAS EN EL PRIMER EMPLEO DE ENFERMERAS (OS) NOVELES EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES ENTRE AGOSTO – SEPTIEMBRE DE 2021 (ÁREA HOSPITALARIA)

**Autores: Cerón, Virginia Mariana; Vásquez Minaya, Yadira Madaleyne; Párraga, Bautista Daniel**

## 1.- INTRODUCCIÓN

Esta investigación se centra en las experiencias iniciales en el campo laboral de enfermeros/as relacionadas al acompañamiento institucional, las relaciones con los compañeros y la puesta en práctica de habilidades y competencias adquiridas durante su formación.

Se considera enfermeros/as nóveles a los profesionales recién graduados que cursan el proceso de transición de estudiantes a nuevos empleados en el ámbito sanitario. Durante este proceso de transformación van adquiriendo habilidades que hacen potenciar sus competencias profesionales. García (2020) describe al enfermero nóvel como “un enfermero sin experiencia con un rendimiento limitado, inflexible, regido por reglas y regulaciones fuera de contexto más que por la experiencia”. Asimismo, las experiencias vinculadas al primer empleo en los enfermeros/as nóveles generan una sensación de no tener la habilidad técnica suficiente, solo cuentan con habilidades prácticas desarrolladas en las experiencias preprofesionales, como único recurso ante esta nueva etapa, la de inserción en el campo laboral.

Por consiguiente, el acompañamiento de la figura de un tutor (a) en las instituciones es importante para facilitar este proceso. Si esta tutorización se realiza de forma correcta, los enfermeros/as nóveles vivirán dichas experiencias de forma más positiva y, por ende, la inserción laboral resultará más satisfactoria tanto para el profesional nóvel como para todo el equipo asistencial. Por lo tanto, las competencias/habilidades adquiridas en la formación académica profesional son las series de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes conducentes a un desempeño, necesarias para realizar las funciones propias de la profesión que pueden ser adquiridas tanto en la formación académica

como a través de la experiencia laboral. Por otra parte, siguiendo a Aspiazu (2017), las condiciones laborales que caracterizan a la enfermería en Argentina están signadas por un contexto sectorial heterogéneo, con desventaja para las mujeres, con representación sindical fragmentada, escasez de personal, pluriempleo y condiciones precarias de contratación.

La desvalorización de la ocupación vinculada al componente de cuidado y a su definición en términos vocacionales, son aspectos interrelacionados que actúan como determinantes de la mayor vulnerabilidad laboral de la enfermería. Partiendo de estas ideas, nuestro supuesto es que los/as enfermeros/as nóveles atraviesan una etapa laboral inicial con poco acompañamiento institucional y signada por la dificultad de trasladar las habilidades y conocimientos a la práctica laboral en un contexto de precariedad y desvalorización profesional, agravado por la pandemia.

Por lo expuesto formulamos la siguiente pregunta problema ¿Cuáles son las experiencias en el primer empleo de enfermeras (os) nóveles en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) entre agosto y septiembre del 2021?

## 2.- SUPUESTOS

Partimos del siguiente supuesto: los/as enfermeros/as nóveles atraviesan una etapa laboral inicial con poco acompañamiento institucional y signada por la dificultad de trasladar las habilidades y conocimientos a la práctica laboral en un contexto de precariedad laboral y desvalorización profesional, agravado por la pandemia.

## 3.- OBJETIVOS

General:

Indagar las experiencias en el primer empleo de

enfermeras (os) noveles en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) entre agosto y septiembre del 2021

Específicos:

Investigar las experiencias vinculadas a las condiciones de acceso al primer empleo.

Indagar las experiencias vinculadas al acompañamiento de la figura de un tutor (a) en las instituciones en la cual trabaja.

Investigar las experiencias relacionadas a la puesta en práctica de habilidades/competencias adquiridas en la formación académica

Indagar las experiencias en el primer empleo con compañeros/as de trabajo.

#### 4.- METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, de campo, descriptivo, transversal de enfoque cualitativo; entendido como proceso inductivo de ida y vuelta entre la teoría y la empiria (Zemelman, 1998). El proceso de indagación considera la perspectiva de la experiencia de los actores involucrados y se encuentra abierto a nuevos emergentes durante el trabajo de campo (Guber, 2004). La característica básica de nuestro estudio cualitativo se resume en que nuestras investigaciones son centradas en los sujetos, que adoptan la perspectiva del interior del fenómeno a estudiar de manera integral o completa. El proceso de indagación es inductivo y nosotros como investigadores interactuamos con los participantes y con los datos, en busca de respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana. La población en estudio la constituye enfermeros noveles del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La muestra se constituyó con 8 enfermeros noveles utilizando el muestreo por conveniencia en bola de nieve.

Como variables descriptivas se seleccionaron:

Edad. Sexo. Estado civil. Número de hijos. Domicilio. Nivel académico. Área de trabajo. Horas de trabajo. Experiencia laboral previa relacionada al ámbito de salud.

Como dimensiones de análisis se definieron:

Condiciones de acceso al primer empleo: Esta dimensión hace referencia a las condiciones de contratación que enfrentan los/as enfermeros/as noveles para acceder al primer empleo.

Experiencias de acompañamiento institucional: Esta dimensión hace referencia a las experiencias

de enfermeros/as noveles vinculadas al acompañamiento en las instituciones en la cual trabajan durante el periodo de adaptación de su primer empleo.

Transición entre habilidades y competencias adquiridas en la formación académica y vinculación con la práctica: Esta dimensión comprende las vivencias de los enfermero/as noveles en el proceso de transición de lo académico al mundo laboral.

Experiencias con los compañeros de trabajo: Esta dimensión nos permite indagar las experiencias de los enfermeros/as noveles en relación al clima laboral con sus pares y/o equipo multidisciplinario de trabajo y/o área asignada de la institución.

Situaciones Emergentes: Son las cuestiones que surgen durante el trabajo de campo que no estaban previstas inicialmente en el diseño de la investigación.

Recolección y análisis de datos:

La recolección de datos se realizó a partir de entrevistas semiestructuradas sobre las experiencias de los enfermeros/as noveles en su primera inserción laboral en servicios hospitalarios del AMBA, con el objetivo de obtener material para la reflexión sobre "la experiencia vivida".

Nuestra forma de trabajo se organizó en reuniones previas a la entrevista donde establecimos la designación de roles para asegurar la dinámica de la entrevista, de acuerdo al perfil cada entrevistado/a. Luego de las entrevistas se realizaron puestas en común acerca de las percepciones que obteníamos del entrevistado rescatando datos emergentes e interesantes para el análisis.

Los entrevistados recibieron instrucciones acerca de cómo ingresar a la reunión a través de la plataforma Zoom, el tiempo estimado que deberían dedicarle y que se les pediría su consentimiento para la grabación desde la plataforma y desde un dispositivo móvil (grabado de voz), en donde quedaría también explícito que íbamos a mantener su carácter anónimo para luego ser transcritas y analizadas, utilizando el programa de Microsoft Word.

Como investigadores nos sentimos abordados de emociones y sentimientos ambiguos ya que los tres miembros del equipo aún no incursionamos en nuestro primer empleo como enfermeros en el área asistencial. Pero sin embargo siempre tratamos de re orientar, de no calificar y de mantenernos en una postura objetiva para que los datos recogidos fueran de utilidad para la investigación.

## 5.- RESULTADOS

A continuación detallamos los hallazgos en las dimensiones definidas.

Condiciones de acceso al primer empleo: En su totalidad los/as entrevistados/as, dada la vulnerabilidad y demanda laboral de enfermería a causa de la pandemia, decidieron enviar su curriculum a distintas entidades sanitarias a través de páginas de internet y por contacto de allegados para insertarse al mundo laboral profesional. Seis de ocho entrevistados/as tuvieron instancia de contratación precaria en general contratos de seis meses hasta poder acceder a un puesto fijo en la institución y dos de ocho entrevistados con contratos eventuales renovables.

Dos entrevistadas fueron rechazadas inicialmente por su falta de experiencia y por no tener matrícula habilitante para ejercer la profesión de enfermería.

Experiencias de acompañamiento institucional: Los/as entrevistados/as tuvieron vivencias muy diversas en los primeros días o semanas respecto a este punto, siendo importante remarcar que sólo en un caso el acompañamiento fué constante durante tres meses, mientras que en demás los casos ninguno superó las tres semanas, siendo un caso extremo el de la entrevistada que comentó: “Un día solo tuve ese acompañamiento posterior a ese día sola.” Los/as que tuvieron poco o ningún referente como figura de tutor o acompañamiento se sintieron en soledad con más angustia y miedo, como lo reflejó una entrevistada con esta frase “Como acompañamiento pésimo en el lugar, te envían a la cancha como si vos supieras hacer todo.

Transición entre habilidades y competencias adquiridas en la formación académica y vinculación con la práctica: La mayoría de los entrevistado/as relatan que tras los años de su formación se ven poco preparadas ya que perciben de una manera compleja y/o distinta a como se les describía dicha labor durante su formación teórico-práctico. Un entrevistado lo describía de esta manera:

“En muchas cosas son diferentes. Lo que uno aprende en la facultad no es lo mismo que se aplica en las clínicas u hospitales, siempre está presente el miedo a equivocarme y lesionar al paciente” Por lo tanto, la falta de experiencia de los/as nóveles los lleva a enfrentarse relativamente solo/as a los problemas y a las responsabilidades en el proceso de transición de estudiante a profesional enfermero/a, lo cual les genera vivir emociones y sentimientos de las cuales las que más predominan son el miedo, la

angustia, la inseguridad y el temor a la soledad. Otro comentario que ilustra este tema es el siguiente: “El primer día arranque con muchos miedos, no sabía que tenía que hacer, terror para quedarme sola de no saber cómo actuar en el momento”.

En un sentido similar, dos entrevistados relatan que querían cumplir el mes y abandonar el trabajo: “En una primera instancia pensaba cumplir el mes e irme porque le tenía miedo a lo desconocido”.

Estas experiencias de vida en donde los enfermero/as nóveles carecen de competencias académicas y prácticas, juicio y habilidades, les impide cumplir con sus respectivas actividades asistenciales de manera oportuna, segura y eficaz en todos los ámbitos clínicos.

Experiencias con los compañeros de trabajo: Seis entrevistado/as relatan que, en su primera inserción se generó un buen clima laboral, que hubo compañerismo, predisposición y acompañamiento por parte de sus pares. Esto puede observarse en el siguiente comentario: “cuando necesitas algo suben ayudarte que cualquier cosa que necesite ellos están”. Sin embargo, los otros dos entrevistados percibieron el clima laboral de manera diferente, hicieron mención del egoísmo y la competencia profesional que se da en enfermería “Siento que hay mucho ego, falta de compañerismo, mucha competencia una no es más enfermera que la otra independientemente donde hayamos estudiado, nuestro título tiene el mismo valor”.

Estas experiencias que refieren los entrevistados nóveles pueden afectar su satisfacción laboral, crear una barrera para la utilización efectiva de sus habilidades aprendidas en la formación académica, desconfianza e incomodidad al no poder lograr sentido de pertenencia en un equipo de trabajo.

Situaciones Emergentes: Durante el trabajo de campo surgieron cuestiones que no estaban previstas inicialmente en el diseño de la investigación. Una de las primeras cuestiones que surgió estuvo vinculada con la poca habilidad relacionada para trabajar con personas con discapacidad: “Me di cuenta que como profesionales no estamos capacitados para brindar atención a personas con capacidades diferentes. No hay ningún plan de enfermería en donde nos preparen para tratar con estos pacientes”.

Otra situación emergente estuvo vinculada al aspecto emocional en el trabajo asistencial durante la pandemia: “Me piden un abrazo en época de pandemia y me pongo el equipo de protección personal para hacerlo. Nuestro rol es muy importante

en la vida del paciente y en el acompañamiento del familiar. Al principio llamaba llorando a mi casa, fue terrible; pero a la vez muy lindo cuando ves a tu paciente que se está recuperando”.

## 6.- CONCLUSIONES

Partimos de un supuesto según el cual los/as enfermeros/as noveles atraviesan una etapa laboral inicial con poco acompañamiento institucional y signada por la dificultad de trasladar las habilidades y conocimientos a la práctica laboral en un contexto de precariedad y desvalorización profesional, agravado por la pandemia.

Los resultados obtenidos se encuentran en consonancia con el supuesto inicial. Es decir, los/as enfermeros/as noveles entrevistados/as en el AMBA atraviesan una etapa laboral inicial con poco acompañamiento institucional y signada por la transición de las habilidades y conocimientos, vivida mayoritariamente con inseguridad, miedo y angustia, hacia una práctica laboral en un contexto de precariedad y desvalorización profesional, agravadas en pandemia. La pandemia también hace emerger aspectos emocionales para enfermeros y enfermeras que se inician en la profesión en estos momentos complejos.

La precariedad, la eventualidad en el acompañamiento y la dificultad de vincular habilidades y competencias académicas con la práctica profesional predomina en las experiencias laborales de enfermeros y enfermeras noveles del AMBA. Esta investigación expone ciertas falencias que existen en entornos de la profesión de enfermería que hacen que el enfermero novel sienta un dejo de soledad al momento de continuar fuera del ámbito académico en búsqueda de su ejercicio como profesional en el área asistencial hospitalaria. La falta de seguimiento pos graduación también queda expuesta frente a los conflictos que el novel presenta y fueron expuestos en este estudio.

Hay cambios que se podrían realizar para menguar algunas de las problemáticas que se presentaron. Estos cambios deben ser consensuados entre las instituciones educativas y de salud, porque son las encargadas de la formación holística del enfermero/a, y cuando se sale de la academia, su formación continúa en el área donde se desarrolle como profesional enfermero/a y la calidad de su acoplamiento contribuye a llegue a ser un profesional con calidad tanto técnica, como humana. Anhelamos que los resultados de esta investigación

contribuyan para que las instituciones de salud y educativas reflexionen acerca de la transición estudiantes -profesionales, lo cual debe ser necesariamente acompañando con políticas públicas de reconocimiento salarial y profesional para el sector.

Finalmente, con la realización de este trabajo se recomienda en el ámbito institucional brindar un mayor acompañamiento a los/as enfermeros/as noveles en términos de procesos de inducción y acoplamiento al nuevo campo.

## 7.- BIBLIOGRAFIA

- Azpiazu, E (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad* 28(28),11-25.
- García, M. V. (2020). Transición de estudiante a profesional en enfermeras egresadas de la universidad de la Laguna en los años 2018 y 2019. [Tesis de grado]. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de la Laguna. Disponible en: <http://riull.ucll.es/xmlui/handle/915/20300>
- Guber, (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Schmidt M., S. (2006). *Competencias, habilidades cognitivas, destrezas prácticas y actitudes definiciones y desarrollo*. Academia.
- Zemelman, H. (1997). *Sujetos y subjetividad en la construcción metodológica, en Subjetividad. Umbrales del pensamiento social*. Barcelona: Anthropos.

# ESTUDIO ACERCA DE LOS HITOS VITALES EN LA HISTORIA DE VIDA DE ENFERMEROS Y ENFERMERAS QUE SE RELACIONAN CON EL INICIO Y/O INTERRUPCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO.

**Autores: Dioguardi, Cecilia Soledad; Herrera, Brenda Anahí; Reinoso, Verónica Alejandra; Vásquez Valeriano, Romina Paula.**

## 1.- INTRODUCCIÓN

El tabaquismo, actualmente, es un problema de la salud pública mundial que va en aumento debido a diferentes factores. Dicho hábito es nocivo y provoca mortalidad en los consumidores a largo o corto plazo dependiendo la intensidad del consumo. Produce enfermedades respiratorias, cardiovasculares, y cáncer, entre otras. Es importante conocer los hitos de vida de enfermeras y enfermeros que están relacionados al inicio y la interrupción del consumo de tabaco para planificar estrategias de prevención en los diferentes niveles.

Respecto a los hitos de vida (Martín García, 1995) nos interesa destacar para esta investigación que se trata de acontecimientos que marcan un antes y un después en la vida de los enfermeros y enfermeras (separación, pérdida de un ser querido, sentido de pertenencia a un grupo etc.). Estos hitos de vida se relacionan con distintas etapas del proceso de socialización, del que nos interesa destacar las interacciones que se dan en el ámbito laboral de enfermería. Siguiendo a Cebrián (2012), la socialización es una transmisión de cultura y las personas la incorporan como parte de su personalidad. En la actualidad la socialización se sostiene como un proceso en el cual dicha cultura se transmite a través de las generaciones, donde se relacionan los individuos, la familia y la sociedad. Dicho proceso es un aprendizaje no formal e inconsciente, en donde desde niños interiorizamos lo transmitido por nuestra familia como los valores, costumbres, normas y sentimientos que formarán parte de cada uno a lo largo de la vida.

Siguiendo una de las clasificaciones más utilizadas, la socialización puede ser primaria (adquisición de comportamientos, hábitos y valores en el ámbito familiar) o secundaria (en este tipo de socialización intervienen la institución escolar y la integración en los grupos de pares).

A los fines de este trabajo nos focalizamos en los procesos de socialización terciaria que se dan en el

ámbito laboral en donde las enfermeras y enfermeros se relacionan e interactúan en diferentes espacios (descansos, almuerzos, entre otros lugares). Es en estos espacios donde habitualmente se consume tabaco en interacción con los compañeros y compañeras de trabajo. Sin embargo, nuestro supuesto sostiene que serán los hitos de vida que están atravesando los profesionales de enfermería los que condicionen el inicio o el abandono del consumo del tabaco, siendo el ámbito laboral y la socialización que en él se da el contexto que colabora al apego al hábito.

Por lo expuesto formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los hitos vitales en la historia de vida de enfermeros y enfermeras que trabajan en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires que se relacionan con el inicio y/o interrupción del consumo de tabaco?

## 2.- SUPUESTOS

Los hitos vitales se relacionan con el inicio, mantenimiento e interrupción del consumo de tabaco. La socialización es un proceso por el cual los sujetos internalizan pautas de comportamiento en diferentes instancias vitales. En el caso particular de los profesionales de enfermería la socialización en el ámbito laboral frecuentemente implica la vinculación a partir del consumo de cigarrillos. Así mismo el inicio, el mantenimiento y la interrupción del consumo de tabaco se encuentra estrechamente relacionada a hitos vitales traumáticos para los sujetos (fallecimiento, enfermedad de allegados, estrés laboral, etc.)

## 3.- OBJETIVOS

### GENERAL

Explorar los hitos vitales de los enfermeros y enfermeras que trabajan en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, que se relacionan al inicio o finalización del consumo de tabaco.

### ESPECÍFICOS

Indagar los hitos vitales relacionados con el inicio del consumo.

Explorar si los hitos vitales se relacionan con la socialización.

Explorar si estos hitos vitales se relacionan con eventos traumáticos de las personas.

Explorar hitos vitales relacionados con la interrupción del consumo del tabaco.

Indagar las causas que intervinieron en el cese del consumo del tabaco.

#### 4.- METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional, de campo, de enfoque cualitativo. Este estudio está basado en la teoría fundamentada en los datos, a partir de la información obtenida de las enfermeras y enfermeros entrevistados. Este enfoque proviene de los estudios de Glaser y Straus (1997), en el cual sostienen una forma particular de hacer investigación cualitativa sustentada en una lógica inductiva (es decir que va de los datos a la generación de teoría). Por consiguiente, si bien partimos de categorías y supuestos iniciales, nuevas categorías emergieron a partir del trabajo del campo.

La población en estudio son los enfermeros/as del turno noche de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Se constituyó una muestra integrada por 14 enfermeras/os, el muestreo utilizado fue por conveniencia o bola de nieve a partir de informantes claves que trabajan en el hospital. El criterio para la conformación de la muestra es de la saturación teórica en términos de Taylor y Bodgan (1984).

Como Dimensiones de análisis se definieron:

Hitos vitales. Socialización. Emergentes.

Recolección y análisis de datos:

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada. La entrevista fue grabada, en formato de audio quedando excluida la grabación de imagen. Antes de iniciar la entrevista, se les solicitó a los enfermeros/as que completen un formulario de consentimiento informado, aclarando que se excluiría la grabación de imagen.

Finalizadas las entrevistas, las mismas fueron desgravadas para realizar el análisis del discurso.

#### 5.- RESULTADOS

A continuación detallamos los hallazgos en las dimensiones definidas.

Hitos vitales: Algunos hitos vitales fueron motivo de interrupción o reinicio del consumo de tabaco. El embarazo: "Cuando quedé embarazada a los veintidós años, automáticamente dejé de fumar". Aunque no para otras mujeres fue así: "Fumé durante todo el embarazo. Quince minutos antes de entrar a la cesárea me fumé un cigarrillo y luego de

tenerlos seguí fumando nunca dejé de fumar en el embarazo y menos después del embarazo".

Algunos intentaron dejarlo por voluntad propia pero no pudieron lograrlo; "Dejé de fumar por dos años por voluntad propia, luego retomé el consumo y lo volví a dejar por seis meses más, y volví a reincidir porque sentía que me faltaba algo".

En otros casos por problemas de salud "Intenté dejar cuando me agarré neumonía, pero cuando me cure volví a consumir". O al comenzar una actividad física. "Dejé de fumar por tres años cuando comencé a jugar a la pelota porque me agitaba mucho".

Otros al momento de la ruptura de una relación amorosa o de convivencia es que volvieron a reincidir en el consumo de tabaco. "Hasta que decidimos divorciarnos porque la relación ya no funcionaba, fue entonces que volví a fumar, de ocho a diez cigarrillos por día". O ante la pérdida de un ser querido vuelven a fumar. "Volví a reincidir cuando falleció mi amigo".

Socialización: La mayoría de los entrevistados comenzó el consumo de tabaco en la socialización durante el secundario: "Comencé a fumar a los catorce o quince años maso menos, cuando iniciaba el secundario, en ese momento era muy común que los jóvenes lo hicieran para poder pertenecer a un grupo de amigos y para no ser menos probé de esa manera inició mi consumo".

Dos de ellos manifestaron haber comenzado con el hábito ya siendo adultos jóvenes cuando comenzaron su primer trabajo. "Inicié a fumar cuando cumplí treinta años de edad fue por el trabajo más que nada trabajaba en el turno noche". Otros prefieren mantener su imagen por ser personal de salud. "Mantengo mi imagen, No quiero dar una mala impresión a las personas que concurren al hospital. Sólo fumo cuando llego a mi casa o en el ínterin de camino a mi casa".

En otro caso existió influencia del entorno familiar. "Comencé con este hábito a los 15 años, tenía a mis hermanos que fumaban delante mío". A contracara de este hecho hubo sólo uno que por su entorno familiar decide abandonar el consumo en su totalidad. "Luego hace ya cinco años más o menos dejé de fumar porque mi hijo me decía que olía mal y actualmente no fumo, el olor me produce náuseas no me gusta la gente que fume a mi alrededor".

Por otro lado, también el inicio de la pandemia fue un causante o agravante del consumo de tabaco "Cuando inició la pandemia por covid-19 hice el intento para dejar de fumar. Bajé a fumar uno o dos cigarrillos por día. No sé si fue por miedo de lo que veía en los pacientes a diario y como terminaban y

lo que les generaban que intente dejar, obviamente sin éxito. Actualmente consumo entre seis y siete cigarrillos por día”.

Emergentes: Durante las entrevistas surgieron datos emergentes que nos llamaron mucho la atención. Nos dimos cuenta que todos los entrevistados, cuando terminan la entrevista se justificaban con alguna frase en relación a su consumo de tabaco: “Pero si vamos al caso hoy estamos mañana no sabemos” “Soy enfermero terapeuta, veo pasar la vida a diario frente a mis ojos, por ese motivo hay que vivirla como cada uno se sienta mejor sin importar lo que dirán” “El cigarrillo es una manera de desahogo para enfrentar mis problemas emocionales y la única manera que encontré para solucionar mis problemas, para aferrarme a algo”

Por otra parte, también logramos identificar la dependencia hacia el cigarrillo que es mucho más fuerte que su voluntad por dejarlo como por ejemplo en la siguiente frase: “Es mucho más fuerte que yo y sé que nunca lo voy a poder dejar” como así también la dependencia psicológica que presentan estos consumidores: “Algo que sí soy consciente es que tengo que estar ocupado para evitar fumar”. También manifestaron “Puedo no tener ganas de desayunar a la mañana, pero sí de comenzar a fumar.”

Otra afirmación se refirió al consumo de tabaco como manera de desahogo: “Mi vida fué y es muy difícil, cuando era chico me di cuenta que estaba en un cuerpo que no era mío, con el cual no me sentía identificado, vengo de una familia muy conservadora donde no había lugar para ciertos tipos de persona y empecé a fumar.”

La mayoría de entrevistados son conscientes de lo perjudicial que es fumar, pero aun así continúan con el hábito “Sé que así fume sólo un cigarrillo o fume cuarenta es lo mismo, el daño a la larga es el mismo en menor o mayor proporción, el daño es inevitable”. “Sé bien las consecuencias que me trajo el consumo del cigarrillo cuento actualmente con EPOC, cáncer de pulmón, pero es algo que no lo puedo dejar.”

Por otro lado, también encontramos situaciones de estrés que refieren los enfermeros y enfermeras como por ejemplo durante su formación terciaria o universitaria, momento en que comenzaron a fumar: “Comencé a estudiar enfermería la cual me demandaba mucho tiempo y muchísimo estrés y antes de cada examen o post examen tenía ansiedad y la calmaba con un cigarrillo”.

## 6.- CONCLUSIONES

Hemos investigado la problemática del tabaquismo en enfermeros y enfermeras del turno noche en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, iniciando por los hitos vitales relacionados con el inicio y/o interrupción del consumo.

Concluimos que a través de la presente investigación se ha podido indagar sobre aquellos hitos vitales que influyen en el inicio del consumo del tabaco y su adicción, así como sobre los intentos de finalizar el consumo.

Se pudo constatar en base a las entrevistas realizadas, que en su mayoría han iniciado en la adolescencia debido a la socialización y su deseo de pertenencia a un grupo determinado. Podemos afirmar que la problemática se inicia en edades muy tempranas entre los jóvenes y se incrementa en el ámbito laboral relacionado con la sobrecarga de trabajo, el estrés y la forma de relacionarse con sus pares. Los intentos de abandono asociados a una experiencia vital suele ser temporal.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Cebrián, A. (2012). Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización. Universidad de Valencia. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/25041>
- Becona, E. (2004). Monografía: tabaco, adicciones. Volumen.16, suplemento 2. Disponible en: <https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/adicciones/Tabaco2004.pdf>
- Beltrán, P. González, P. Gómez, P. (2009). Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: Factores que influyen en su inicio y mantenimiento. España: Universitat de les Illes Balears, vol.18 no.1.
- Flores. (2016). Prevalencia del hábito tabáquico e identificación de dependencia física y psicológica en el personal de salud. Universidad autónoma de Puebla.
- Martín García, A. (1995) Fundamentación teórica y uso de las historias y relatos de vida como técnicas de investigación en la pedagogía social. Universidad de Salamanca. Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69201/Fundamentacion\\_teorica\\_y\\_uso\\_de\\_las\\_hist.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69201/Fundamentacion_teorica_y_uso_de_las_hist.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

# CALIDAD DE VIDA EN EL ENFERMERO CON TRABAJO NOCTURNO

**Autores: Cruz, Ayelén Romina; Anampa Campos, Eudocia Catalina; Choque Cussi, Daniel**

## 1.- INTRODUCCIÓN

En la salud, el término calidad de vida puede verse desde diferentes perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores condicionantes del proceso salud enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo.

En la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades.

Podemos decir que una persona puede tener calidad de vida cuando sus necesidades personales están satisfechas y tiene la oportunidad de enriquecer su vida en las principales áreas de actividad vital que considere. Entendiendo que la sociedad actual que funciona 24 horas al día obliga a las organizaciones y en consecuencia a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turno y las guardias, fuera de las horas normales del día, son un tema que cobra cada vez más importancia, ya que son muchas las implicaciones que esto trae como consecuencia en la salud física y mental de quienes lo realizan (Amelsvoort, 2004).

El impacto perturbador del trabajo de noche en el organismo se ha relacionado con problemas inmunológicos, metabólicos, cardíacos, psicológicos y cognitivos. El turno nocturno está íntimamente relacionado con un aumento de la enfermedad coronaria, la diabetes y la obesidad. También puede afectar las relaciones personales y conducir al aislamiento social.

Si queremos mejorar la calidad de los cuidados prestados, debemos empezar conociendo cómo percibe el profesional de Enfermería su propia calidad de vida, así como si existen o no factores que la condicionan.

De acuerdo con lo expuesto nos planteamos el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los enfermeros/as que trabajan en turno nocturno en servicios de terapia intensiva en una institución pública de POBA y otra privada de CABA en el periodo mayo junio de 2022?

## 2.- HIPÓTESIS

El nivel de calidad de vida de los enfermeros/as que trabajan en turno nocturno en servicios de terapia intensiva es de regular calidad respecto al bienestar económico, en los factores sociales, familiares, de salud y recreativos.

## 3.- OBJETIVOS

General

Determinar el nivel de calidad de vida de los enfermeros/as que trabajan en turno nocturno en servicios de terapia intensiva en una institución pública de POBA y otra privada de CABA en el periodo mayo junio de 2022,

Específicos: Establecer si el nivel de calidad de vida se relaciona con el bienestar económico.

Determinar si el nivel de calidad de vida se relaciona con factores sociales tales como relación con los amigos, vecinos y la religión.

Indagar si el nivel de calidad de vida se relaciona con factores familiares tales como vida familiar, hogar y relación con la pareja.

Analizar si el nivel de calidad de vida se relaciona con la salud y las actividades recreativas.

## 4.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de campo con enfoque cuantitativo y diseño descriptivo, transversal y prospectivo.

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los enfermeros/as que se desempeñan en el turno nocturno en el área de terapia intensiva de las dos instituciones donde se realiza la investigación, N= 46

La muestra estuvo integrada por el 50% de los enfermeros/as que trabajan en ambas instituciones: Institución A: n= 15 unidades de análisis; Institución B: n= 8 unidades de análisis.

Como variables a controlar se seleccionaron:

Edad; sexo; antigüedad en turno nocturno; estado civil; cantidad de empleos.

Las dimensiones con sus indicadores surgen del instrumento utilizado que evalúa la calidad de vida del participante mediante la implementación de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes

adaptado por el equipo investigador. Es una escala psicométrica de medición de las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de las experiencias vitales de los individuos, en ocho dimensiones: Bienestar económico; Amigos; Vecindario y comunidad; Vida familiar y Hogar; Pareja; Ocio; Religión y Salud. A todos los participantes se solicitó firmar el consentimiento informado para participar de la investigación.

Con la información recolectada se conformó una base de datos en una hoja de cálculo Excel y a través de la función de tablas dinámicas y gráficos se presentó la información para el análisis de las 8 dimensiones evaluadas. La clasificación de la escala según su nivel de calidad de vida quedó determinada en cuatro categorías: mala calidad (1 – 65 puntos), regular calidad (66-130), buena calidad (131 – 195), óptima calidad (196 - +).

## 5.- RESULTADOS:

Se encuestaron 23 trabajadores que accedieron a participar voluntariamente del estudio, cifra que corresponde al 50 % de la población de cada institución estudiada.

La mayoría de la población 56,52% (n13) es de sexo femenino, el 43,48% (n10) de sexo masculino, con edades comprendidas entre 25 y 69 años (Media 35,6 años). El 52,16 % solteros, en concubinato el 17,38% y casados el 30,43%.

En cuanto a la antigüedad laboral en el turno nocturno oscila entre 1 y 40 años, con una media de 6.34 años.

El 69,56% de la población (n16) refería tener un solo empleo, mientras que el 30,43% (n7) dos empleos o más.

El bienestar económico de los enfermeros que se desempeñan en el turno nocturno era determinante no solo para cubrir sus necesidades básicas, sino la de sus familias. En este estudio se encontró un nivel de regular calidad de vida en esta dimensión, pero en cuanto a vivienda manifestaron una calidad de vida óptima; respecto a los indicadores gastos diarios, gastos fin de semana y objetos personales de lujo obtuvieron puntaje equivalente a un nivel de mala calidad de vida, nos hace considerar que los enfermeros/as tienen dificultades económicas que no alcanzan a suplir por los bajos ingresos y la priorización de gastos en otras áreas, pese a que los ingresos económicos conllevan un plus por nocturnidad.

En la muestra se identificó que, en las dimensiones amigos, vecinos y religión si bien la puntuación

promedio fue de 66,33 correspondiente a la tendencia a baja calidad de vida, pese a que se encuentra cercano a la puntuación obtenida de mala calidad con 65 puntos, podemos concluir que se encuentran en el rango negativo de evaluación. La dimensión peor evaluada fue religión y la mejor evaluada fue amigos, lo que indica que la vida en la comunidad percibida por los enfermeros es mala y afecta negativamente a la calidad de vida ya que la inseguridad y la vida religiosa en comunidad fueron las peores evaluadas y destacando el número de amigos como un factor de contención al ser la mejor evaluada, si bien, la frecuencia en las visitas a los amigos en época de pandemia fue menor, no se perdió valoración en el número de amigos, tal vez por el uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación.

En cuanto a la vida familiar, hogar y relación con la pareja, los resultados arrojaron un nivel de tendencia a la baja calidad de vida. En la muestra se identificó poca satisfacción con la cantidad de hijos y un mayor grado de satisfacción en la intimidad sexual con la pareja, pero no así en las actividades compartidas con la pareja. Por lo que podemos inferir que la vida familiar y la relación con la pareja si influyen en la percepción individual de los sujetos en la calidad de vida.

Al analizar si el nivel de calidad de vida se relaciona con la salud y las actividades recreativas pudimos observar que sí, ya que la dimensión ocio fue la peor calificada indicando una mala calidad de vida a la población de estudio con 54,4 puntos en promedio, debido muchas veces a la falta de tiempo, los trabajadores que se desempeñan en el turno nocturno de ambas instituciones estudiadas dedican 35 hs. semanales en promedio, duermen a contra turno y además poseen parejas, hijos, padres que dependen de ellos como único sostén. El tiempo libre del que disponen no alcanza a satisfacer sus necesidades y menos para buscar alguna actividad de recreación.

La dimensión salud por otro lado si bien fue evaluada como tendencia a la baja calidad, el 47,83% manifestó estar en un nivel óptimo en el área psicológica, y el 34,78% en un nivel malo de calidad de vida en el área física. Además, las demoras en los turnos para la atención médica en las especialidades, podrían hacer que la población no se sienta protegida por el sistema de salud, y por ende, afectar la percepción individual de la calidad de vida en esta área.

## 6.- CONCLUSIONES

En general, se observa una calidad de vida caracterizada como tendencia a la mala calidad de vida. Esta calificación es consecuente con el análisis de las encuestas realizadas, en las cuales los profesionales evaluados otorgaron puntaje según su propia percepción de su calidad de vida en las 8 dimensiones planteadas. Cabe destacar que cada uno vive experiencias personales distintas respecto a cada dimensión y a su vez las expectativas que tienen son diferentes.

En base a estos resultados pudimos validar la hipótesis planteada. Ya que se puede decir que existe un nivel de significación estadística del 95% de confianza para aceptar la hipótesis en las dimensiones bienestar económico, relación con los amigos, vecinos, vida familiar, hogar, relación con la pareja y salud; rechazando parcialmente los ítems Ocio y religión que obtuvieron como resultado mala calidad de vida.

Para concluir, en palabras de Mesa y colegas (2008), ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados si sus profesionales viven escasamente para la supervivencia día tras día y postergan su desarrollo a escala humana.

## 7.- BIBLIOGRAFIA

- Amelvoort, L. G., Schouten, E. G., & Kok, F. J. (2004). Impacto de un año de trabajo por turnos en los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. *Revista de Medicina Ambiental y Ocupacional*, 699-706.
- Araque, A. F., Sola, M. C., & Rodríguez, R. C. (2016). Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. *Enfermería Global*, 15(2), 376-385.
- Canova-Barrios, C. (2017). Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 10-18.
- Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *FMC* 1998; 5:491-2.
- Chiavenato, I. (2004). *Calidad de vida laboral*. Gestión del talento humano. Colombia: McGraw Hill.
- Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57(224), 224-241.
- Feldman, L., Vivas, E., Lugli, Z., Zaragoza, J., & Gómez, V. (2008). Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. *Salud pública de México*, 50(6), 482-489.
- Fernández, M. A., Carbajo, A. I., & Vidal, A. F. (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención primaria*, 30(8), 483-489.

- Grimaldo Muchotrigo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 17(2), 173-185.
- Mesa, L., & Galindo, S. (2008). Calidad de vida de las (os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Avances en enfermería*, 26(2), 59-70.
- Pallás, J. M. A., & Villa, J. J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier Health Sciences.
- Tonon, G. (2005). Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina. *Hologramática*, 1(2), 27-49.
- Tonon, G., & Castro Solano, A. (2012). Calidad de vida en Argentina: percepciones macro y micro sociales. *Estudios políticos (México)*, (27), 157-171.
- Zapata, C. S., & Duque, M. O. G. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.

# PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, SOBRE LAS SITUACIONES DE DIVERSIDAD CULTURAL DE LOS PACIENTES.

**Autores: Muñoz Rivas, María Estela; Suárez, Luciana; Benitez Gonzalez, Richar Fernando; Torres Nuñez, Mariella**

## 1.- INTRODUCCIÓN

Ante el constante intercambio social y cultural de nuestra sociedad, el profesional de enfermería interactúa frecuentemente con pacientes de diversas culturas. Es decir, tiene un innegable aspecto de intercambio cultural con el que debe lidiar constantemente, es la más susceptible a tener que resolver situaciones que impliquen modificaciones a la hora de los cuidados, modificaciones que vayan más allá de nuestra cultura.

El constante movimiento del ser humano es un fenómeno que ocurre desde el paleolítico; grupos humanos que se movilizan entre continentes, países, ciudades, aldeas. En efecto, si este flujo humano no hubiera ocurrido, muchos de nuestros continentes no estarían siquiera poblados.

El desplazamiento de las personas no va desligado de factores diversos, más allá del mero movimiento, trae consigo una fluctuación perpetua de formas de vida que varían según el lugar de nacimiento y cómo cada uno de nosotros ha interactuado con su medio, y la enfermería, como una de las profesiones más cercanas al paciente/persona, no queda apartada de la realidad diversa de las culturas.

En la actualidad, “se estima que un 13,8% del total de la población de la Ciudad de Buenos Aires nació en otro país, es decir, más de 420.000 personas” (Dirección General Estadísticas y Censos, 2019). Ésta cifra evidencia la necesidad que existe, en todos los ámbitos sociales, de generar una convivencia que acepte la diversidad y cuente con la capacidad de adaptación constante. Es por ello que la enfermería, como uno de los pilares fundamentales de la salud y por ende de la sociedad, se ve constantemente implicada en situaciones que requieren de una resolución adecuada al contexto cultural que se presente.

Existen ciertos aspectos sociales y culturales que el constante flujo humano trae consigo

indudablemente como: los distintos estilos de vida, sistema de creencias o algo tan primario como las diversas dietas y el lenguaje. La enfermería como la profesión, es la más susceptible a tener que resolver situaciones que impliquen modificaciones a la hora de los cuidados, modificaciones que vayan más allá de nuestra cultura.

A partir de lo expuesto, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la percepción que refieren los enfermeros, estudiantes de la Licenciatura en enfermería sobre las situaciones de diversidad cultural de los pacientes? Universidad de Favaloro, CABA, en el periodo abril - junio 2022.

## 2.- OBJETIVOS

General

Evidenciar que percepción refieren los enfermeros, estudiantes de la Licenciatura en enfermería, sobre las situaciones de diversidad cultural de los pacientes. Universidad de Favaloro, CABA, en el período abril - junio 2022.

Específicos

Establecer si la alteración en la comunicación es una percepción referida por los enfermeros.

Determinar si la diferencia en la alimentación es una de las situaciones que perciben los enfermeros. Indagar si la religión es un factor crucial en situaciones de diversidad cultural vividas por los enfermeros.

Describir las estrategias que utilizaron los enfermeros para enfrentar las distintas situaciones de diversidad cultural.

## 3.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

Se realizó un estudio observacional, de campo, con un enfoque cualitativo, de diseño exploratorio, de corte transversal y prospectivo.

La muestra se integró con 12 alumnos de 4to. año de la licenciatura en enfermería, el muestreo es por conveniencia.

Como variables descriptivas se seleccionaron:

Edad; sexo; antigüedad laboral; nacionalidad. Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría:

Percepción: Impresión inconsciente o consciente de la realidad que tienen los enfermeros/as en base a una vivencia personal frente a una situación de diversidad cultural del paciente.

Subcategorías:

Comunicación: Impresión inconsciente o consciente de la realidad que tienen los enfermeros/as con respecto a la capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código.

Alimentación: Impresión inconsciente o consciente de la realidad que tienen los enfermeros/as con respecto a las expresiones culturales a través de la alimentación, es decir a las alteraciones que existen por diversos patrones culturales.

Religión: Impresión inconsciente o consciente de la realidad que tienen los enfermeros/as con respecto a expresiones de creencias religiosas, de normas de comportamiento o de ceremonias de oración propias de los pacientes.

Estrategias de cuidado: herramientas implementadas, referidas por los enfermeros/as por los cuales enfrentaron las situaciones de diversidad cultural.

Recolección de datos:

Se utilizó como técnica para la recolección de datos, la entrevista semiestructurada registrada en grabación de voz, previa firma de autorización a través de un consentimiento informado.

Análisis y presentación de los datos:

Recolectados los datos se procedió a la desgravación textual para el análisis de discurso según las categorías planteadas. Los datos sociodemográficos se presentaron en tablas y gráficos con su respectivo análisis.

#### 4.- RESULTADOS:

Se destaca como factor problemático percibido, la comunicación y los obstáculos idiomáticos que conlleva la atención a pacientes de distintas culturas.

En base a las entrevistas realizadas se evidenció que gran parte del personal de enfermería entrevistado enfrentó distintos problemas de carácter idiomático: frente a pacientes de distintos orígenes culturales, como, asiáticos, alemanes, bolivianos, entre otros. Dicha barrera generó conflicto en la comunicación en varios casos, donde se debía efectuar alguna

técnica y previamente comentar al paciente acerca del procedimiento a realizar. Las entrevistadas refieren demora en las explicaciones de los planes de cuidados y la necesidad de recurrir a otras formas de comunicación, o comunicación no verbal, para explicar el procedimiento a realizar (mediante señas o con el traductor del celular). A su vez se menciona conflicto para realizar la anamnesis del paciente, una valoración correcta, que incluya la historia clínica previa del paciente.

La relación enfermera- paciente se ve afectada por la alteración en la comunicación. Si consideramos que la comunicación es esencial en el cuidado enfermero y la relación terapéutica, su alteración puede ocasionar confusión y rápidamente puede derivar a un déficit de cuidado y poner en riesgo la seguridad del paciente.

Con respecto a la alimentación se evidencia una mayor facilidad a la hora de satisfacer esta necesidad, pues los pacientes tienen una mayor predisposición a una dieta hospitalaria.

A partir de las entrevistas realizadas se mostró que en un solo caso el personal de enfermería tuvo conflictos relacionados con la alimentación, dado por una creencia religiosa, el paciente solo podía ingerir comidas con características limitadas. Si bien la alimentación es una necesidad básica y un factor importante a la hora de tratar a un paciente, no existieron declaraciones que manifestaran conflictos relacionados a la alimentación.

La religión es respetada, percibiendo a ésta como parte de las necesidades del paciente y atendiéndola como tal.

Una vez realizadas las entrevistas se observó que gran parte del personal de enfermería se encontraba frecuentemente con situaciones que implicaban características propias de creencias religiosas. Muchas veces el personal de enfermería ha tenido que cambiar su manera de realizar deberes debido a peticiones de los pacientes o la familia del paciente, demandas que se encuentran dentro de un contexto religioso determinado. Han surgido situaciones en donde estas solicitudes por parte del paciente no han podido realizarse, dado que estas conllevaban un riesgo y un peligro a nivel institucional (Ej. acercar velas prendidas a los tubos de oxígeno). Si consideramos que la religión es esencial en el cuidado del paciente, permitiéndole expresar su religión libremente, su alteración u omisión puede ocasionar problemas emocionales y frustración, convirtiendo esto en un riesgo a la salud del mismo.

La expresión de los cuidados se demuestra a través de las distintas resoluciones que las enfermeras/os implementaron en las situaciones de diversidad cultural que debieron enfrentar. Los cuidados se llevaron a cabo a través de estrategias ideadas en el momento por el personal de enfermería.

Estas estrategias abarcaron factores como resoluciones para favorecer la comunicación con el paciente, utilizando herramientas como el uso del celular para traducir idiomas, la llamada de un traductor o un familiar del paciente que participe como intérprete de ambas partes, sea de manera presencial o a través de un dispositivo móvil; también se ha buscado ayuda en los colegas de trabajo, haciendo ellos de intérpretes

### 5.- CONCLUSIONES:

Luego de las entrevistas a 12 enfermeras de distintas nacionalidades, quienes comentan sus percepciones, queda demostrada la necesidad de encaminar la enfermería hacia un futuro multicultural, específicamente la necesidad de capacitar y preparar a las/los enfermeros para manejar un segundo idioma, que le permita una comunicación fluida con sus pacientes, y así encaminar hacia una relación terapéutica que conduzca al éxito de la atención y a una enfermería que esté incluida en un mundo globalizado.

Por otro lado, cabe destacar que la globalización desde la enfermería parece no solo precisar de apertura a distintas nacionalidades o a culturas externas a la del país donde se ejerza, sino que, del conocimiento global abarcando la propia nación y las distintas culturas que habitan en ella, y la integración de estas.

Un aspecto de la enfermería que se reafirma con este trabajo es la de creatividad y la exposición de los enfermeros a situaciones que requieren de pensamiento dinámico y resolutivo. El buscar estrategias de comunicación con pacientes ideando técnicas de comunicación, lo cual demuestra la capacidad resolutiva de las enfermeras entrevistadas y la adaptación a la que se ven exigidas a diario.

La percepción demostrada en las entrevistas corresponde a un proceso de carácter acumulativo y dirigido internamente por cada una de las entrevistadas, quienes manejan estrategias para poder resolver estas situaciones y en su conjunto han construido una capacidad de integrar a pacientes multiculturales, con exigencias alimenticias,

religiosas y de comunicación.

Luego de conocer las declaraciones de estas enfermeras, es prácticamente innegable que pese al modelo que se utilice a la hora de ejercer la enfermería, esta profesión tiene tintes artísticos, entendiendo el arte como una constante creación y recreación de la realidad según el contexto en que se realice.

### 6.- BIBLIOGRAFÍA

- Adame, M. E. C., & Santiago, G. T. (2009). La religión como una dimensión de la cultura. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 22(2), 1-15.
- Batalla, M. V. (2003). La alimentación como signo de cultura. *Offarm: farmacia y sociedad*, 22(4), 111-114.
- Blan, R. V., Tomás, J. A., & Baute, P. F. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3).
- Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural.
- De Saussure, F. (1945). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada.
- Dirección General Estadísticas y Censos (2020). *Migración en la Ciudad*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Sitio web: <https://www.buenosaires.gob.ar/gobierno/migracion-en-la-ciudad>
- Galván, E. T. (2005). Sociología y situación (capítulos I y II). *RES. Revista Española de Sociología*, (5), 117-142.
- Henderson, V. (1997). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Amer Nurses Pub.
- Keffer, M., & Marriner Tomey, A. (1994). *Modelos y teorías en enfermería*.
- Leno Gonzalez, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*.
- Margalef, J. B. (1987). *Percepción, desarrollo cognitivo y artes visuales (Vol. 5)*. Anthropos Editorial.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2001). *Declaración universal sobre la diversidad cultural*. Sitio web: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-cultural-diversity>
- Organización Internacional para las Migraciones (2020). *Informe sobre las migraciones del mundo*. Sitio web: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020\\_es.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf)
- Peplau, H. E. (1997). Teoría de las relaciones interpersonales. *Nursing science quarterly*, 10(4), 162-167.
- Pérez Quintero, C., & Carrasquilla Baza, D. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería*, 27(4), 216-220.
- Seno, V. (2015). El lenguaje une culturas. *Unidiversidad*. Sitio web: <https://www.unidiversidad.com.ar/i-n-ppal-el-lenguaje-une-cultura#:~:text=La%20lengua%20une%20y%20relaciona%20comunidades%3B%20la%20inmigraci%C3%B3n%20es%20un%20ejemplo.&text=Las%20lenguas%20reflejan%20las%20experiencias,y%20estar%20en%20la%20vida>

# EMOCIONES QUE PERCIBIERON LOS ENFERMEROS/AS, FRENTE A LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19. POBA 2022

**Autores: González Florencia Solange; Padilla Andrea Macarena**

## 1.- INTRODUCCIÓN

La situación de emergencia en la salud pública a nivel global provocada por la pandemia de COVID 19 desde sus inicios en el año 2020 ha generado crisis en los sistemas tanto económicos como de salud en todo el mundo, en donde principalmente los hospitales públicos debieron destinar la mayor parte de sus recursos para asistir a la población infectada.

El comportamiento de la pandemia, dadas sus características de propagación, gravedad y letalidad sumadas a las condiciones sociales, laborales y de los sistemas de salud, pusieron en riesgo las distintas dimensiones de la salud del personal que se encontraba en la primera línea de atención.

Esta emergencia sanitaria global, que genera una alta demanda de atención sobre todo en los servicios de cuidados críticos, representó uno de los mayores desafíos para los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud, capacitados para prevenir y afrontar los posibles daños, no obstante, la alta transmisibilidad de este virus y ausencia de tratamiento definido para su control, son aspectos que afectaron también el bienestar del enfermero. Como consecuencia, aparecen sensaciones, emociones y pensamientos que pueden dañar su salud mental repercutiendo en la realización de labores relacionadas al cuidado de la salud de las personas, su capacidad de manejo situacional y la calidad de atención, pudiendo influir en su vida cotidiana y familiar.

Por lo expuesto se formula el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las emociones que percibieron los enfermeros/as, de un hospital municipal, frente a la demanda de atención de pacientes con COVID 19. mayo-junio del 2022?

## 2.- OBJETIVOS

General

Determinar cuáles son las emociones que percibieron los enfermeros/as, de un hospital municipal, frente

a la demanda de atención de pacientes con COVID 19, durante el periodo mayo- junio del 2022.

Específicos

Establecer si el miedo fue una emoción percibida por los enfermeros/as frente a la demanda de atención de pacientes con COVID 19.

Describir si la preocupación fue una emoción percibida por los enfermeros/as frente a la demanda de atención de pacientes con COVID 19.

Identificar si la ansiedad fue una emoción percibida por los enfermeros/as frente a la demanda de atención de pacientes con COVID 19.

Identificar si la angustia fue una emoción percibida por los enfermeros/as frente a la demanda de atención de pacientes con COVID 19.

Analizar si las emociones percibidas, por la demanda de atención de pacientes con COVID 19 durante la pandemia, influyó en la vida cotidiana y familiar.

## 3.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de campo con enfoque cualitativo de diseño exploratorio, transversal y prospectivo.

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los enfermeros/as que se desempeñan en el hospital: N= 70. La muestra se integró con dos enfermeros por cada turno: Turno Mañana, Turno Tarde, Turno Noche A, Turno Noche B y SADOFE. Muestra n=10, Se realizó un muestreo por conveniencia

Como variables descriptivas se seleccionaron:

Edad; sexo; antigüedad laboral; servicio de trabajo.

Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría:

Emociones que percibieron los enfermeros/as: Es la respuesta psicológica y fisiológica de los enfermeros/as para hacer frente al estímulo que demanda la atención de pacientes COVID positivos.

Subcategorías:

Miedo: emoción desagradable que presentan los enfermeros/as provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado, que provoca sentimientos de desconfianza

generados frente a la atención de pacientes COVID positivos.

Preocupación: estado de inquietud que se origina entre los enfermeros/as del Hospital San Miguel Arcángel ante la atención de pacientes con COVID 19.

Ansiedad: mecanismo de defensa natural del organismo que desarrollan los enfermeros/as frente a la atención de pacientes con COVID 19, acompañado de un sentimiento desagradable o síntomas somáticos de tensión.

Angustia: malestar o sensación de tristeza que perciben los enfermeros/as por la incapacidad de solucionar ciertos conflictos frente a la demanda de atención de COVID 19

Influencia de las emociones en la vida cotidiana y familiar: es el impacto generado por las emociones percibidas por la atención de pacientes COVID positivo que influyen en la vida personal y familiar de los enfermeros.

Recolección y análisis de datos

Para la recogida de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual fué grabada para su análisis posterior. A tal efecto a los entrevistados se solicitó firmar un consentimiento informado para la entrevista y grabar solo su voz.

Tratamiento y presentación de los datos

Finalizada las entrevistas se procedió a desgravarlas textualmente para su posterior análisis. Las variables a controlar se presentaron en tablas y gráficos con sus respectivos análisis. Para la categoría y subcategorías de análisis, a través del análisis del discurso se arribó a las conclusiones respectivas.

#### 4.- RESULTADOS

Se entrevistaron 10 enfermeros/as de los cuales 7 (70%) fueron mujeres y 3 (30%) hombres. En cuanto a la antigüedad 6 (60%) tienen una antigüedad entre 3 y 5 años, el 30% (3) tiene una antigüedad entre seis y ocho años. Los entrevistados pertenecen 3 al servicio de clínica médica, 3 al de guardia y 4 a UTI. El miedo fue la emoción que prevaleció en los diez entrevistados, el cual durante la pandemia surge por la percepción de peligro que los enfermeros/as consideraban de la nueva enfermedad.

Frente a la poca información y evidencia científica que había, el desconocimiento sobre la posibilidad de contagio y propagación del virus que podía afectar a ellos mismos y a su entorno más cercano aparecía esta emoción, que se acentuaba aún más cuando algún personal se contagiaba y no sabía cómo iba a repercutir en su propio organismo. Tres de los entrevistados manifestaron “haber estado del otro lado, siendo pacientes y estar internados”,

mencionaron que sintieron mucho miedo de poder contagiar a sus familiares que eran mayores de edad y con factores de riesgos asociados.

La preocupación junto al miedo fue la emoción más percibida entre los enfermeros/as. El total de los entrevistados, manifestaron esta emoción. Refirieron inquietud frente a la reducción del personal, ya que los compañeros iban contagiándose y a su vez la demanda de atención tanto de pacientes bajo sospecha como los positivos iban aumentando, la evolución de estos era muy inesperada, y a su vez desconcertante no saber hasta cuando iba a continuar esta situación. El desconocimiento sobre el virus generaba muchas dudas con respecto a los cuidados, los protocolos y por el hecho de saber si las cosas se estaban haciendo bien.

La ansiedad fue una de las emociones, a comparación de las demás analizadas, menos destacada por los entrevistados durante la pandemia. Esta emoción la desarrollaron algunos enfermeros/as y surge, en mayor y menor medida, a raíz del primer contacto con pacientes sospechosos de COVID 19 frente a la inquietud de no saber si la persona es positiva, la evolución incierta del cuadro clínico junto con el aumento de casos constantemente, la actualización e implementación de nuevos protocolos sumado a la demanda de recursos necesarios para el cuidado de sí mismos como así también hacia el paciente, los cuales se desconocía su reabastecimiento.

La angustia fue otra de las emociones que prevaleció en los diez entrevistados, el cual surge por el malestar de los enfermeros/as con esta enfermedad durante el transcurso de la pandemia. Frente al aumento de contagios de los propios colegas, que trajo consigo la sobrecarga laboral, la imposibilidad por parte de los pacientes internados de recibir contención y no encontrarse solos, la alta letalidad que llevaba progresivamente al deceso aparecía esta emoción. Cómo así también la falta de apoyo y concientización por parte de la población que sintieron dos de los entrevistados con la situación que estaba pasando.

Vida cotidiana y familiar: A través de lo que manifestaron los enfermeros se pudo ver el impacto que generó en cada uno, lo cual fue de diversas maneras, de los 10 entrevistados; 3 enfermeros comentaban lo que sentían o sucedida en el hospital a sus familias, 4 tuvieron que aislarse y perder el contacto familiar, 1 se mudó por miedo a contagiar a su familia por estar tan expuesta, 1 enfermera trataba de no comentar lo que sucedía en el trabajo

y lo mal que estaba la situación pero informaba para que se sigan cuidado y tomando precauciones.

## 5.- CONCLUSIONES

La imprevisibilidad de los acontecimientos de la pandemia por COVID 19 ha generado situaciones límites y desestabilizantes para la mayoría de los agentes sanitarios.

A través de esta investigación, por medio de los datos obtenidos de diez testimonios surge que el miedo, la preocupación y la angustia fueron de mayor coincidencia en varios de los entrevistados, sin importar el área en el que se desempeñaban, la antigüedad, el sexo o la edad. Estas emociones también impactaron en la vida cotidiana y familiar de los enfermeros/as.

Del análisis surge una emoción que no fue considerada por este grupo en el armado del protocolo, esta es la incertidumbre que se presenta por el desconocimiento que existe a nivel mundial sobre los efectos que puede producir esta pandemia como así también las medidas más eficaces para prevenirlas.

Con base en el análisis desarrollado, se puede decir que estas y otras emociones podrían ser objeto de estudio en el futuro, si se llegara a presentar otra situación similar, para poder enfrentarla de la mejor manera y considerarla un desafío de superación profesional.

Como enfermeros/as y siendo parte de este grupo profesional creemos que es importante describir y destacar cómo sobrellevamos esta pandemia, siendo uno de los grupos más expuestos a la misma. Para concluir este trabajo queremos destacar el esfuerzo y la dedicación de los enfermeros/as, quienes, en la mayoría de los casos, no trabajan en las mejores condiciones y de igual manera cumplen con su rol brindando cuidados a quienes lo requieran sin importar a lo que se enfrentan; demostrando que su trabajo es fundamental a pesar de las adversidades que deben enfrentar.

## 6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alabau, I (2021). La rueda de las emociones de Robert Plutchik. Psicología Online.
- Bastardas, M. (2019). Emociones positivas y negativas. Psicología Online.
- Chalen, B. (2021). Factores de protección emocional en profesionales de enfermería frente al cuidado durante la pandemia por COVID-19.
- Corbin, J. (2016). Los 8 tipos de emociones (clasificación y descripción). Psicología y mente.
- García, P. G., Martínez, A. A. J., García, L. H., Castillo, G. N. G., Fajardo, L. E. C., & Zúñiga, R. A. A. (2020). Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia covid-19. *Revista de salud pública*, 65-73.
- Garrido, J. (2020). Emociones: ¿qué son? ¿cuántas hay? ¿cómo determinan nuestra conducta? *Psicopedía*.
- Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J. M., Aliaga Sánchez, R. A., & Obando Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de enfermería*, 29(4), 225-229.
- Perez, V. (2021). Cuaderno de crisis y emergencias. *Revista semestral de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis*, núm. 20, vol. 1.
- Real Academia Española (2022). Definición de Angustia.
- Real Academia Española (2022). Definición de Preocupación.
- Real Academia Española (2022). Definición de Miedo.
- Sanchez-Díaz, S. (2020). Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19. *Medicina Crítica*. DOI:10.35366/94900.
- Silgado, S. (2022). Diferencia entre emociones primarias y secundarias. *Psicología Online*.

# EXPERIENCIAS VITALES DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DURANTE LA ESPERA DE UN TRASPLANTE

**Autores: Bonavita, Lara Belén; Sayago, Jessica Gabriela; Soliz, Florencia Cecilia.**

## 1.- INTRODUCCIÓN:

La enfermedad renal crónica es hoy una verdadera problemática de salud en varios países. Los trasplantes y terapias sustitutivas renales constituyen la dinámica de vida de muchas personas en la actualidad. ¿Pero qué hay detrás de un trasplante, desde el punto de vista de ese paciente? Este interrogante nos lleva a repensar ciertas cuestiones que tal vez bajo la influencia del conocimiento médico puramente científico estemos dejando de lado, como equipo de salud. El trasplante es un tratamiento médico indicado cuando toda otra alternativa para recuperar la salud se ha agotado. Se trata del reemplazo de un órgano y/o tejido enfermo, sin posibilidad de recuperación, por otro sano que asume la función del órgano dañado del receptor, salvando o mejorando su calidad de vida.

Actualmente 7293 personas se encuentran en la lista del INCUCAI a la espera de un órgano o tejido para salvar o mejorar su calidad de vida, 197 son niños, niñas y adolescentes, 79 de ellos menores de 10 años (Fuente: CRESI Central de reportes y estadísticas) Si bien en Argentina se ha aprobado la llamada Ley Justina (27.477) que habilita la figura del “presunto donante” e indica que toda persona es donante excepto que exprese lo contrario, aún es fundamental que la persona manifieste por escrito y converse con sus familiares y amigos acerca de su decisión porque el fallecimiento de un ser querido es un momento traumático y es importante que dentro de ese proceso todos tengan en claro cuál era la última voluntad que la persona manifestó en vida. Con esta nueva Ley se incrementaron las posibilidades para aquellos que esperan un órgano o tejido, pero la realidad es que solo contempla a los mayores de 18 años. En el caso de los menores de edad, se posibilita la obtención de autorización para la ablación por ambos progenitores o por aquel que se encuentre presente o del representante legal dificultando más esa búsqueda y dejando a esos 197 niños, niñas y adolescentes con sus respectivas familias, a la espera. Debido a esta situación que

nos atraviesa no solo como profesionales de la salud, sino también como ciudadanas de esta sociedad, como hermanas, tías, madrinas, etc. decidimos plantearnos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la experiencia vital que atraviesa la familia de un paciente pediátrico durante la espera de un trasplante?

## 2.- SUPUESTO

La experiencia vital de la familia del paciente trasplantado en dos sanatorios privados de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra condicionada por el proceso de espera de un trasplante. Particularmente la experiencia vital relacionada a la organización familiar, laboral y los aspectos emocionales son las dimensiones de vida más afectadas en este proceso de espera que atraviesa la familia.

## 3.- OBJETIVOS

**General:** Describir la experiencia vital que atraviesa la familia del paciente pediátrico durante la espera de un trasplante en dos sanatorios privados de la Ciudad de Buenos Aires. 2022.

**Específicos** Describir qué situación familiar atraviesa la familia del paciente pediátrico durante la espera de un trasplante. Describir la situación laboral que atraviesa la familia del paciente pediátrico durante la espera de un trasplante.

Analizar qué situaciones emocionales atraviesa la familia del paciente pediátrico durante la espera de un trasplante.

## 4.- METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional, de campo, con un enfoque cualitativo, basado en la teoría fundamentada en los datos.

La muestra se integró con 6 familias de pacientes que esperan el trasplante, el muestreo fue por bola de nieve. Se utilizó como técnica la entrevista abierta, previo consentimiento de los participantes, en las cuales los entrevistados no fueron guionados y se mantuvo una conversación a través de disparadores orientados al tema en cuestión. Como herramienta de registro se utilizó la grabación de audio y video, del cual se han transcritos los principales aspectos destacados en las dimensiones de análisis siempre

desde la subjetividad de los entrevistados. Las entrevistas fueron transcritas de modo fehaciente, realizando un análisis con el fin de arribar a inferencias, profundizando en las categorías de análisis.

Dimensiones de análisis: Proceso de espera del trasplante en pacientes pediátricos. Dimensión emocional. Redes de apoyo y vida familiar.

Dimensión laboral.

## 5.- RESULTADOS:

En todo el proceso de espera del trasplante se desencadenaron factores emocionales por diversas situaciones: En base a las entrevistas realizadas a las familias pudimos observar que las familias no contaban con conocimiento previo de lo que implicaba un trasplante más allá de lo que se suele escuchar de otros casos. Todos fueron informados sobre todo lo que implicaba el trasplante recién al momento de enterarse sobre la situación que les tocaba atravesar como familia, tampoco sobre los tiempos que se demora el trasplante y si bien para cada familia y niño fueron diferentes los procesos de espera y llegada (o no) del órgano, al ser todo tan imprevisto y no contar con conocimiento previo claramente generó un impacto chocante y traumático. La mayoría de las familias experimentaron varias sensaciones al entrar por primera vez a una terapia intensiva de pediatría, algunas fueron preparadas antes de entrar por el equipo de salud, otros se iban enterando a medida que transcurría todo, pero siempre el común denominador eran los nervios, miedo, angustia frente a esta nueva realidad que se les presentaba.

Un emergente en casi todas las entrevistas fueron las redes de apoyo tanto de otras familias que se encontraban internados, el personal de salud, de amigos de las familias, amigos de los niños/as y obviamente, sus propias familias. Lo que se observa en este punto es que todos resaltaron el apoyo recibido por parte del personal de salud, y de cómo aun estando lejos de su casa, en esos meses en el hospital lo sintieron como un hogar y una familia a todo el personal de salud.

Los cambios familiares desestructuraron a todas las familias, desde mudarse desde la provincia donde residían, viajes constantes, muchos debieron dejar a sus hijos en sus casas al cuidado de familiares, debieron coordinar el cuidado de su hijo internado, ya que la permanencia en la terapia era de un solo padre, se observó muchas alteraciones del sueño debido a que no contaban con un descanso real, muchos refirieron no volver a dormir como antes “por si pasaba algo” y el constante estado de alerta y el estrés que generaba toda la situación. En lo laboral, la mayoría de las familias pudieron organizarse,

tomando licencia, continuar trabajando, pero al salir ir directamente al hospital, muchos recalcaron que desde su lugar de trabajo supieron entender la situación que atravesaban, ofreciendo flexibilidad, pero también ellos sentían que debían cuidar su trabajo no solo por una cuestión económica, sino también porque la obra social pasaba tomar un rol más que importante.

## 6.- CONCLUSIONES:

Resaltamos la importancia de considerar la realidad encontrada para lograr enfocar, una mejora en la atención y gestión de cuidado de esta población en particular. Encontramos aspectos en común que dejan en evidencia ciertas perspectivas desde lo psicosocial. Esto resulta ser el punto de partida para trabajar las carencias que tiene el sistema de salud en cuanto a espacios de contención y redes de apoyo al paciente y su entorno familiar desde el diagnóstico hasta el inicio del operativo de trasplante.

En todas las entrevistas se habló de la importancia de la visibilización del trasplante de órganos, tuvimos la posibilidad de hablar con el padre de la nena que hizo posible una nueva Ley de Donación, que hoy en día transformó todo ese dolor en amor y acompaña a las familias y crea dispositivos y espacios de contención, pero creemos que no es suficiente ya que como los entrevistados recalcan, se necesita más difusión y educación sobre el tema, ya que si bien ante la nueva Ley, todos somos donantes, solo contempla a los mayores de 18 años. En un momento tan especial y particular como el de pérdida de un hijo, un padre no está preparado para decidir si donar o no sus órganos, ya que previamente no contaba con conocimiento de esta situación, sumado que es un momento sumamente sensible y particular.

Con lo cual consideramos que es un tema de suma importancia y urgencia, ya que hoy en día hay niños esperando órganos, niños que ya no pueden esperar porque van a contrarreloj con lo cual estos temas deben ser hablados desde un principio, debe brindarse educación y difusión en las escuelas, para toda la comunidad, para que llegado el momento no sea tan duro tomar esa decisión y no solo por aquellos que donan sino también por aquellos que reciben.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- Araya A., Daza Sepulveda J., Pacheco S., (2019). Niveles de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. *Revista Ciencia y Enfermería*.
- De Castro E. K. Moreno-Jiménez B., (2005) Funcionamiento familiar en situación de trasplante de órganos pediátricos. *Revista Interamericana de psicología*.
- Oyola L. Pérez S. G., Rodríguez M., (1999). Aportaciones de la

# TRASPLANTE RENAL: ANALIZANDO LOS FACTORES EMOCIONALES EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE UN CENTRO DE DIÁLISIS. 2022.

**Autoras: Guanca, Inés Rosana; Satorres Mark, Rocío Vanesa; Yave, Mirtha Beatriz.**

García R.S., De la Barra F. M. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Condes.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica constituye una verdadera problemática de salud en varios países, donde los trasplantes y las terapias sustitutivas renales forman parte de la vida de muchas personas. ¿Pero qué hay detrás de un trasplante, desde el punto de vista de ese paciente? Este interrogante nos lleva a repensar ciertas cuestiones que tal vez bajo la influencia del conocimiento médico puramente científico estemos dejando de lado, como equipo de salud. Al analizar la realidad desde la perspectiva del paciente podemos acceder a una visión que suele quedar velada en muchas ocasiones

Un trasplante de riñón sucede cuando un riñón saludable y un uréter de una persona son injertados en otro cuerpo para ayudar a hacer el trabajo de los riñones enfermos. Se trata de un tratamiento sustitutivo para la persona afectada. En ningún caso estamos hablando de una cura, ya que después de recibir un trasplante todavía hay una probabilidad de que el cuerpo rechace el nuevo riñón, lo que haría necesario regresar al tratamiento de diálisis. Desde la detección de potenciales donantes hasta la ablación de órganos y tejidos y su posterior trasplante, el proceso de donación requiere de recursos materiales y humanos, de sincronización y trabajo en red entre hospitales, organismos provinciales, organismos nacionales, eventualmente jueces, líneas aéreas y equipos de trasplante.

En la primera etapa, se deben evaluar alternativas de donantes. Se puede recurrir a donantes vivos, que suelen ser familiares con histocompatibilidad o donantes cadavéricos, mediante la procuración y ablación del órgano.

En relación con la gestión administrativa desde los servicios de salud, los financiadores (obras

sociales, prepagas y cobertura nacional) deben estar registrados en la dirección científico-técnica del INCUCAI. Y deben cubrir desde el tratamiento de la IRC, la evaluación pre-trasplante, el trasplante y el postrasplante. En cuanto al manejo de las instituciones de salud se encuentra regido por la ley 27447, quedando los pacientes bajo el amparo de esta.

Todo lo expuesto anteriormente lleva al paciente a considerar cada opción atravesado por la existencia de trámites, protocolos y normativas diferentes y con tiempos de ejecución distintos, lo que los hace atravesar por diferentes estados de ánimo, lo cual nos lleva a preguntarnos: ¿Cuáles son los factores emocionales que describen los pacientes trasplantados durante la espera del trasplante renal de un centro de diálisis en 2022?

## 2.- HIPÓTESIS.

Los factores emocionales que describen los pacientes que se encuentran a la espera de un trasplante renal, asociados a la gestión administrativa y a la enfermedad, son determinantes del proceso de espera.

## 3.- OBJETIVOS

### General

Establecer los factores emocionales que describen los pacientes trasplantados durante la espera del trasplante renal en un centro de diálisis durante el año 2022.

### Específicos

Describir los factores emocionales que se presentan en el proceso de espera relacionados a la gestión administrativa con los entes reguladores (INCUCAI, Obras Sociales).

Indagar los factores emocionales vinculados a la gestión del proceso de espera desde el punto de vista de la salud psicobiológica.

#### 4.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de campo, con un enfoque cualitativo, basado en la teoría fundamentada en los datos de Glasser, Strauss. 1967. En esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico que según contextualizan los autores Sampieri, Collado y Baptista. La muestra se integró con 6 pacientes trasplantados, el muestreo es por bola de nieve. Se utiliza como técnica la entrevista abierta semiestructurada, registrada a través de grabación de audio, previo firma del consentimiento informado, luego desgravarla textualmente para el análisis de las respectivas dimensiones establecidas. Dimensiones de análisis:

1. Factores emocionales en el proceso de espera relacionados a la gestión administrativa con los entes reguladores (INCUCAI, Obras Sociales).
2. Factores emocionales vinculados a la gestión del proceso de espera desde el punto de vista de la salud psicobiológica.

#### 5.- RESULTADOS

Respecto al proceso de espera del trasplante encontramos algunos en que la gestión administrativa fue rápida y otros que tuvieron dificultades por le gestión de obras sociales o prepagas. Los sentimientos que prevalecieron en esta etapa son incertidumbre, negación, entrega y adaptación. Surgieron emergentes a destacar: concientización para donación, resiliencia, afrontamiento familiar, receptibilidad del discurso de los profesionales, duelo y realización personal. Al analizar la dimensión factores emocionales en el proceso de espera relacionados a la gestión administrativa con los entes reguladores, encontramos variados enfoques en los entrevistados por su experiencia con las distintas prestadoras de salud y entes reguladores de trasplante y ablación. Con respecto al entrevistado que fue trasplantado con un órgano cadavérico, su experiencia se ve atravesada por la sanción de la ley N° 27447 favoreciendo la gestión de su proceso y a su vez generando una conciencia social en el mismo.

Con respecto a los entrevistados que recibieron el órgano de sus familiares, la gestión fue realizada con las empresas prestadoras de medicina prepaga contratadas por ellos. Si bien ambos entrevistados fueron trasplantados en el mismo hospital de carácter privado; la gestión administrativa con la empresa médica prepaga fue diferente dependiendo de la disponibilidad de dicho hospital en su cartilla de prestadores.

En lo que respecta a la categoría factores emocionales vinculados a la gestión del proceso de espera desde el punto de vista de la salud psicobiológica: encontramos similitud en los sentimientos y emociones que se generaron al pasar por cada etapa desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el trasplante en cada uno de los entrevistados. Si bien, como común denominador en los entrevistados podemos encontrar que todos pasaron por el mismo proceso hasta el trasplante, desde la ingenuidad con respecto al deterioro de su salud renal hasta ese gran cambio una vez trasplantados, lo que los hace diferentes es la manera en que cada uno de ellos, respondieron o vivenciaron los tres períodos detectados:

1. En la etapa de reconocimiento de la enfermedad se observaron sentimientos de incertidumbre; negación; entrega y adaptación. Las respuestas de los pacientes fueron diferentes, lo que puede relacionarse con las experiencias de vida y la estructura psico-emocional formada en cada uno de ellos. Para algunos alteró la vida "normal" que llevaban, dando un giro rotundo, para otros fue toparse con una nueva realidad de manera brusca, la cual no aceptaron, y para otros fue posible aprender a convivir con ella desde niños.

2. En la etapa de espera con tratamiento dialítico: Al analizar los relatos acerca de los que fue para ellos atravesar por el proceso de diálisis, de igual manera que lo expuesto en la etapa anterior, se encuentran disimilitudes en la forma de afrontar el mismo. Algunos destacaron el dolor físico relacionado con las punciones, las complicaciones de los accesos y sus consecuencias; otros se sintieron limitados a continuar con la rutina de su vida diaria, ya que demandaba tiempo, también hubo quienes se vieron sobrepasados por el miedo dilatando la realización del tratamiento dialítico y resaltando el desgaste que produce el mismo. Es recién en esta etapa donde algunos comienzan a reconocerse enfermos, pero negados al tratamiento y a la vez conscientes de que se trata de una necesidad vital.

3. Etapa de trasplante: La manera en que cada uno de ellos afronta esta etapa es divergente, ya que precedieron situaciones distintas al trasplante. Para algunos la idea de saber que ya contaban con un donante vivo y no pasarían por una lista de espera, lo hacían ver como una cuestión de tiempo. Uno de ellos enfoca su experiencia en lo físico, en lo doloroso que fue y la duración que llevo su recuperación, a su vez el otro caso la mirada fue distinta lo que hizo enfocarse en transmitir tranquilidad y tomar la recuperación de la

mejor manera. En cuanto a aquellos que tuvieron que esperar un donante cadavérico, experiencias negativas previas hicieron dilatar este proceso, el miedo, la inseguridad repercutían en la toma de esa decisión. Por otro lado, los que experimentaron por primera vez, después de varios operativos fallidos, la ansiedad, los nervios determinaron el estado de una mezcla de emociones, percibiendo el cambio que se aproximaba, dando como resultado alegría, tomarlo como un milagro y aprendizaje.

## 6.- CONCLUSIONES

A modo de conclusión, y después de haber analizado los relatos vivenciales de los y las entrevistados/as, encontramos una serie de aspectos en común que dejan en evidencia ciertas perspectivas desde lo psicosocial. Esto resulta ser el punto de partida para trabajar las falencias del sistema de salud encontradas en cuanto a la red de apoyo al paciente y su entorno familiar desde el diagnóstico de la IRC, hasta el inicio del operativo de trasplante.

Con respecto al análisis de las dimensiones; en el proceso de espera desde la gestión administrativa, si bien las obras sociales cumplen las normativas acordes a la ley nacional de trasplantes (Ley 27447), en el manejo que las instituciones de salud realizan, encontramos ciertas falencias que no se encuadran en la normativa de la ley. Dependiendo el centro de salud, la información acerca de la viabilidad del trasplante del donante vivo cambiaba.

En cuanto a los aspectos biopsíquicos relacionados con el proceso de espera de trasplante; se observan como denominadores comunes la incertidumbre al iniciar el tratamiento dialítico; la negativa en la adherencia al tratamiento, el miedo y la angustia en algunos casos desencadenados por la falta de información.

Este análisis nos remite al artículo "Evaluación psiquiátrica en trasplantes" de Vania Krauskopf (2007) donde se destaca el uso de herramientas de la psiquiatría para la evaluación integral del paciente, previa al proceso de trasplante y/o de la terapia sustitutiva renal. Las herramientas utilizadas en este campo incluyen escalas que permiten conocer como llegan las mentes de los pacientes al inicio de la etapa de trasplante o del tratamiento dialítico, permitiendo abordar mucho más ampliamente estas problemáticas. Se constituye así, una red de apoyo profesional para el mismo en el afrontamiento eficaz de su patología y todo lo que conlleva ser paciente renal a la espera de un trasplante.

Los resultados de esta investigación nos permitieron

evidenciar el rol fundamental que cumple esta red de apoyo tanto desde la esfera socio cultural como desde la contención psíquica en el espacio de los profesionales.

Creemos sólidamente y hemos observado en esta investigación, que con un sistema interdisciplinario de calidad altamente formado y capacitado en temáticas que aborden la enfermedad renal y el trasplante desde un rol psicosocial y holístico; y una sólida y mejorada gestión de los servicios de salud desde lo institucional, la espera de un trasplante renal podrá ser una oportunidad para brindar contención, acompañamiento y cuidados desde un enfoque que nos lleve más allá de lo medicamento científico.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- Arqué Arnaiz, O. (2015). Actitud ante el trasplante renal. *Revista médica Clínica Las Condes*, 849-854.
- Ley nacional 27447 (2018). Ley de trasplante de órganos, tejidos y células. Decreto en boletín oficial 16/2019. República Argentina.
- Martínez López, Y., Gayol García, E. G., & Vázquez Morales, H. L. (2019). Negativa al trasplante renal en la unidad de hemodialisis. Abordaje desde la percepción social. *Acta médica del centro*, 344-351.
- Plan V (2022). Arturo Castañeda, su muerte y la indolencia burocrática. Obtenido de Plan V: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/arturo-castaneda-su-muerte-y-la-indolencia-burocratica>
- Plazas Sierra, C. D., Robayo García, A. M., & Beltrán, E. M. (2013). Factores que influyen en la actividad de trasplantes en Colombia. Universidad Colegio Mayor de nuestra Señora del Rosario.
- Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- González, C. (2021). *Manual de investigación en enfermería*. Material de estudio, Lic. En Enfermería, Universidad Favaloro.

# PERCEPCIÓN QUE REFIEREN LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA BÚSQUDA O INTERVENCIÓN DE CASOS ACTIVOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2022.

**Autoras: Isidro Daniela; Miranda Esther Natalia**

## 1.- INTRODUCCIÓN:

El trabajo que desarrollamos a continuación trata la percepción de distintos integrantes del equipo comunitario que trabaja en búsqueda de casos activos de violencia, uno de tantos programas que se llevan a cabo en la Provincia de Buenos Aires.

La violencia intrafamiliar es entendida como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia. En base a esto el equipo interdisciplinario (enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, referente barrial, promotores de salud, referente municipal, etc.) de almirante Brown, que es parte de organización comunitaria del Ministerio de Salud de la Provincia, se encarga de abarcar territorios puerta a puerta semanalmente haciendo llegar la salud pública a cada hogar con distintos dispositivos.

El equipo interdisciplinario distribuye los roles y la búsqueda de los casos activos de violencia, quiere decir que en el momento de la intervención se está viviendo violencia de género, intrafamiliar, maltrato infantil, etc. Y al ser activo debe ser resuelto a la brevedad. Al fin de reconocer la necesidad del grupo familiar, y en base a lo que reconoce se sigue el protocolo de intervención y las derivaciones con el trabajo en red de la zona. El trabajo en red potencia los resultados de las intervenciones ya que es en conjunto al municipio, organizaciones sociales, barriales, entidades que pueden resolver y acompañar la problemática desde recursos necesarios y efectivos.

Al ser parte del equipo de organización comunitaria, una de las investigadoras ha sido testigo de la frecuencia con la que se encuentran casos de diferentes tipos de violencia, y cómo impactan en la visión que se tiene sobre la sociedad. Temas

en los que oportunamente podemos y tenemos los recursos para generar un cambio de tal manera que siempre sea de mucho valor lo que se vive en cada operativo con el equipo interdisciplinario.

En base a lo expuesto nos planteamos el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles la percepción que refieren los integrantes del equipo interdisciplinario en la búsqueda o intervención de casos activos de violencia, en la Organización Comunitaria de Almirante Brown, Abril – junio de 2022?

## 2.- OBJETIVOS

General

Determinar la percepción que refieren los integrantes del equipo interdisciplinario en la búsqueda de casos activos de violencia en almirante Brown, abril-junio de 2022

Específicos

Establecer la percepción si se relaciona con la búsqueda de los casos activos de violencia intrafamiliar.

Analizar la percepción si se relaciona con las estrategias de intervención en los casos activos de Violencia intrafamiliar.

Determinar si la percepción se relaciona con la toma de decisiones en la resolución de los casos activos de Violencia intrafamiliar.

Describir si la percepción se relaciona con la posibilidad de que el integrante del equipo haya sufrido Violencia intrafamiliar.

## 3.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, de campo, con un enfoque cualitativo y descriptivo. La herramienta que utilizamos es Historias de vida, en la cual se interpreta uno o varios relatos de vida. Según la cronología de las observaciones y el número de mediciones es un estudio prospectivo y transversal. Para esta investigación la población son los integrantes del equipo interdisciplinario de la

organización comunitaria de la zona Almirante Brown, 3 equipos interdisciplinarios A, B, C. N = 30; se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra se integró con 10 integrantes de un equipo interdisciplinario.

Como variables descriptivas se seleccionaron: Edad; sexo; profesión y capacitación.

Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría:

Percepción en la búsqueda de casos activos de violencia intrafamiliar: Proceso subjetivo, individual que depende de cada integrante del equipo interdisciplinario de cómo recibe, interpreta y comprende la información para cada caso de violencia.

Subcategorías de análisis:

Búsqueda de los casos activos de violencia intrafamiliar: Son las diferentes imágenes subjetivas formadas a partir de la experiencia de cada integrante del equipo interdisciplinario relaciona a la búsqueda de casos activos de violencia.

Estrategias de intervención en los casos activos de Violencia intrafamiliar: son las herramientas que tiene cada profesional del equipo para intervenir en los casos de activos de violencia que puedan diferir en cómo realizar la intervención.

La toma de decisiones en la resolución de los casos activos de Violencia intrafamiliar: Son las decisiones que se consensuan con los integrantes del equipo interdisciplinario para el abordaje de los casos activos e involucramiento en la intervención.

Posibilidad de que el integrante del equipo haya sufrido Violencia intrafamiliar. Es la imagen subjetiva e individual del integrante del equipo que puede estar influida si este integrante sufrió una situación de violencia intrafamiliar.

Recolección y análisis de datos:

Se utilizó como técnica la entrevista, a través de preguntas formales y directas a cada integrante de manera que responda en forma abierta. Al cierre, se realizó una pregunta general de manera que permita la participación de todos a través de comentarios que sumen al análisis. La entrevista fue registrada a través de grabación de audio, previa firma del consentimiento informado, luego desgravó textualmente para el análisis de acuerdo a las dimensiones establecidas.

#### 4.- RESULTADOS

Se entrevistó a 10 integrantes del equipo interdisciplinario que pertenecen a la zona de Almirante Brown, los cuales formaban parte de la organización comunitaria del Ministerio de Salud la Provincia de Buenos Aires.

El rango de edad abarcó de 27 a 57 años; siendo la edad predominante el rango comprendido entre 42-46 años. Se entrevistaron 7 mujeres y dos varones.

La distribución según profesión fue de 2 enfermeros; 1 médico ginecólogo, 1 médico pediatra, 1 psicóloga, 1 referente municipal, 1 trabajadora social, 1 vacunadora. Todos asistieron a la capacitación específica sobre violencia y abordajes posibles de esta.

Búsqueda de los casos activos de violencia intrafamiliar. De lo expresado por los entrevistados surge la dificultad de poder definir una sensación al abordar los casos de violencia, ya que la violencia es un tema muy sensible y habitual y complejo en zonas vulnerables. Las situaciones son repetitivas, la violencia es asumida y entendida pero la persona que la sufre no quiere abandonar el lugar. Para la los entrevistados la resolución debe ser inmediata evaluando la condición de cada hogar sobre todo si están involucrados menores.

Estrategias de intervención en los casos activos de Violencia intrafamiliar. Teniendo en cuenta que las herramientas que tiene cada profesional del equipo son diferentes al momento de cómo intervenir en los casos de activos de violencia, algunos implementan protocolos y otros no solo implementan los protocolos, sino que también hacen acompañamiento a las personas. Eso implica acciones como ser atendido en distintos lugares, asignación de turnos y proveer insumos como el alimento. Los entrevistados manifiestan el uso de protocolos, alarmas, acompañamientos, controles, completamiento de planillas, terapias de apoyo, observaciones para detectar violencia y charlas.

Toma de decisiones en la resolución de los casos activos de Violencia intrafamiliar. Teniendo en cuenta la tarea del profesional, las decisiones son consensuadas con el resto de los integrantes del equipo interdisciplinario. Se toman en cuenta las sugerencias, hay quienes están más involucrados por tener más cercanía con las personas atendidas. Los entrevistados refieren que hubo momentos donde tuvieron que tomar decisiones directamente ya que la violencia ya no solo era latente y por otro lado también se tomaron decisiones con antelación

investigando el caso. Si bien la toma de decisiones es consensuada, finalmente las expresará quien está liderando el equipo.

Posibilidad de que el integrante del equipo haya sufrido Violencia intrafamiliar. En el momento de la entrevista se observaron referencias a casos particulares en los que estuvieron presentes, algunas veces en los propios ámbitos familiares, influyendo en la elección de su profesión.

## 5.- CONCLUSIONES

En relación con los resultados obtenidos podemos concluir que, la violencia intrafamiliar, está incorporada culturalmente. Arrastramos de años comportamientos violentos asimilando que son parte de nosotros, aceptando la cachetada, el golpe, el grito o los castigos. Se entiende que a medida que pasa el tiempo se está tratando de erradicar costumbres y así proteger más, respetando la vulnerabilidad de tal manera que sea un derecho la protección.

En cuanto a la percepción, entendida como un proceso subjetivo e individual, podemos destacar que cada profesional, técnico y/o colaborador que participa en la detección de casos de violencia intrafamiliar, tiene una impronta personal en el análisis e interpretación en la detección de casos. No obstante, hay acuerdo en el equipo interdisciplinario al momento de tener que abordar los casos individuales de violencia; reflejando una interacción grupal y trabajo en equipo.

En otro sentido pudimos observar que algunos integrantes del equipo padecieron hechos de violencia ya que relacionaban los casos detectados con su vivencia personal y de la elección de su carrera profesional.

Por último se destaca el rol de la enfermería comunitaria, nexo casi absoluto con la comunidad utilizando herramientas para poder acceder a casos de violencia intrafamiliar destacando los recursos más eficaces implementados: la escucha activa y la comunicación como protagonistas para poder realizar detección en la comunidad y empoderarla de modo que se pueda enfrentar este gran problema de Salud pública.

## 6.- BIBLIOGRAFÍA

- Gobierno de la Nación Argentina. (2022). Violencia intrafamiliar. Obtenido de: <https://www.argentina.gob.ar/armada/oficinas-de-genero-y-familia/violencia-familiar>
- González, C. (2021). Manual de investigación en enfermería. Material de estudio, Lic. En Enfermería, Universidad Favaloro.
- Real Academia Española (2022). Definición de Percepción.
- Rodríguez-Gómez, R. (2017). Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 49(3), 490-497.

# PERCEPCIÓN EMOCIONAL DE LOS/AS ENFERMEROS/AS SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN HOSPITAL PRIVADO DE CABA 2021

**Autoras: Cori Mamani, Abigail; Ortiz Arias, Maureen Gabriela; Sumiri Espejo, Yessica**

## 1.- INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo desarrollaremos la percepción emocional del personal de enfermería frente a la nueva implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El 30 diciembre del 2020, en Argentina se aprobó la ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual se promulgó en enero del 2021, estableciendo así el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras 14 semanas de gestación. A diferencia de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), regulada con el protocolo del aborto no punible vigente desde 1921, la IVE establece que no es delito si existe peligro para la vida o salud de la madre o si el embarazo proviene de una violación.

Es importante dejar en claro esta diferencia ya que el IVE sólo contempla las 14 primeras semanas de gestación. Una vez pasado este período, pasa a ser ILE y sólo se podrá acceder a este derecho si cumple con las normativas del código penal.

Desde las leyes vigentes, se implementaron en los hospitales, sanatorios y clínicas un nuevo protocolo y una guía para la atención integral de las personas gestantes con acceso al aborto, en estos casos enfermería tiene participación al brindar los cuidados correspondientes.

Si bien es un tema conflictivo para la sociedad, por el gran debate que se generó antes de su aprobación, hoy en día la IVE es un derecho accesible, pero:

¿Qué pasa con los conflictos socioculturales del personal de enfermería? ¿Los enfermeros estaban preparados emocionalmente para esta nueva implementación? ¿Las experiencias personales influyen en la percepción emocional frente a la IVE? ¿Sus preceptos morales se relacionan con la postura personal que asumieron frente a la IVE? ¿Será que el miedo, la tristeza, la ira, la felicidad, la sorpresa y la aversión, son las emociones primarias que perciben los/as enfermeros/as frente a la implementación de la IVE? ¿Será que las circunstancias personales de cada paciente influyen en la percepción emocional de los/as enfermeros/as frente al IVE?

Para averiguarlo planteamos el siguiente problema: ¿Cuál es la percepción emocional que tienen las/os enfermeras/os sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en un hospital privado de CABA durante el período de abril a junio del 2021?

## 2.- HIPOTESIS

La percepción emocional que refieren las/os enfermeras/os frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo depende de los preceptos socioculturales y religiosos, de experiencias personales, de circunstancias personales del paciente y las emociones básicas que pueden surgir frente al procedimiento.

## 3.- OBJETIVOS

### General

Determinar la percepción emocional que tienen las enfermeras sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en un hospital privado de CABA durante el período de Abril a Junio del 2021.

### Específicos

Determinar cuáles son las emociones primarias que perciben los/as enfermeros/as frente a la implementación de la IVE.

Identificar si los preceptos morales se relacionan con la percepción emocional de las/os enfermeras/os frente al IVE.

Analizar si las experiencias personales de los/as enfermeros/as influyen en la percepción emocional frente al IVE.

Analizar si las circunstancias personales de cada paciente influyen en la percepción emocional de los/as enfermeros/as frente al IVE.

## 4.- METODOLOGÍA

Este estudio, según el propósito es observacional. Se realizan observaciones de la realidad sin intentar modificarla. Según el lugar es un estudio de campo: ya que se centra en el fenómeno de manera natural, se busca concebir la situación lo más real posible. Según el enfoque es cualitativo: ya que nos

basamos en las experiencias vividas, emociones y sentimientos de los enfermeros a través de una mirada subjetiva. Según el diseño es descriptivo, deseamos describir y analizar las características de los fenómenos estudiados. Según la cronología es transversal: ya que es un estudio puntual en donde el registro de datos se hace en un tiempo determinado y no hay seguimiento del estudio. Finalmente se trata de un estudio prospectivo: ya que el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados. Los datos se recogen a medida que se van sucediendo

La población es de 500 enfermeros/as de un hospital privado en CABA y se tomaron como muestra para esta investigación 15 enfermeros/as que trabajan en el área donde se practica la IVE. El tipo de muestreo utilizado es casual ya que se eligió a un grupo de enfermeros de manera intencional y directa porque es de fácil acceso para la investigación.

Como variables descriptivas se seleccionaron:

Edad; sexo; antigüedad.

Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría:

Percepción emocional de los enfermeros: Proceso subjetivo, selectivo y temporal que estimulan los sentimientos naturales de los enfermeros por la implementación de la IVE.

Subcategorías de análisis:

Emociones primarias: Son reacciones psicofisiológicas que estimulan sentimientos de forma natural, percibidos por los/as enfermeros/as frente a la implementación de la IVE.

Preceptos morales: Son normas o principios sociales o religiosos aceptados por el individuo para establecer lo que está bien o está mal, el cual se relaciona con la percepción que refieren los enfermeros frente a la IVE.

Experiencias personales: Es el hecho de haber vivido una situación de aborto en su vida personal o en su entorno, el cual puede influir en la percepción emocional referida por los enfermeros frente a la IVE.

Circunstancias personales del paciente: Hace referencia a los motivos personales que llevan a la paciente a realizarse la IVE, el cual puede influir en la percepción emocional referida por los/as enfermeros/as frente a la IVE.

Instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista. Se

transcribieron las respuestas de los entrevistados y se analizaron los elementos más relevantes. Las preguntas se realizaron de manera oral y las respuestas se grabaron para la posterior transcripción de los diálogos. En todos los casos se solicitó consentimiento informado.

Presentación y análisis de los datos

Los resultados obtenidos se presentaron en el informe final desarrollándolos por subcategoría. Previamente, el mismo fue debatido y consensuado por las investigadoras.

## 5.- RESULTADOS

Se entrevistaron en total a 15 enfermeros/as de un hospital privado de CABA en el área de Internación General de Adultos. Catorce son de sexo femenino y 1 masculino. En cuanto a la edad, el grupo etario mayoritario tiene entre 37 y 39 años. En cuanto a la antigüedad, el grupo mayoritario tiene de 1 a 3 años, por lo que se puede determinar que es de reciente ingreso.

De las entrevistas realizadas se obtuvieron los siguientes resultados:

Las emociones primarias que percibieron los/as enfermeros/as frente a la implementación de la IVE son: miedo, tristeza, ira, alegría, sorpresa y aversión.

Pudimos inferir que las emociones primarias que manifestaron los/as enfermeros/as en las entrevistas están asociadas a las 6 emociones identificadas según Goleman. Cada emoción fue referida de la siguiente manera:

Miedo: los entrevistados que sintieron esta emoción manifestaron angustia y refieren la situación como rara e incómoda frente a la implementación de la IVE.

Tristeza: los entrevistados que sintieron esta emoción manifestaron lástima, pena, impotencia e incomprensión. Una de nuestras entrevistadas que vio un feto refirió incomprensión al porque lo llaman "conjunto de células" cuando tenía forma de ser humano. Otra dijo que sintió tristeza al saber que ahora cualquiera puede interrumpir su embarazo sin pensar en las consecuencias.

Ira: aquellos entrevistados que sintieron esta emoción manifestaron bronca, enojo e impotencia. Un grupo de las entrevistadas consideran que las pacientes van a utilizar la IVE como un método anticonceptivo. Otra entrevistada que vio un feto le dio bronca ver como se descartaba el mismo.

Alegría: aquellos entrevistados que sintieron esta

emoción manifestaron seguridad y tranquilidad. Entendemos como alegría a aquello que nos hace pensar de manera flexible por lo cual, podemos agrupar la empatía en esta emoción. Una parte de los entrevistados hacen referencia que se colocaron en el lugar del otro, también manifestaron respeto hacia la decisión de las pacientes sin emitir juicios. Sorpresa: una sola entrevistada manifestó esta emoción. Otra entrevistada describió la situación como chocante hacia la primera vez que tuvo que atender una paciente que se realizó una IVE. Esto se lo puede atribuir a que es un procedimiento nuevo en el ámbito laboral.

Aversión: aquellos entrevistados que sintieron esta emoción manifestaron rechazo y percibieron la situación como desagradable. Una de las entrevistadas dijo que sintió rechazo ya que considera el aborto como un “crimen” hacia un ser inocente.

Podemos concluir, que las emociones que manifiestan los/as enfermeros/as frente a la implementación de la IVE, están totalmente relacionadas con la postura personal de cada uno, cabe resaltar por lo referido por la mayoría de los entrevistados que esas emociones no interfieren en la atención y los cuidados que brindan a los pacientes.

Preceptos morales: La mayoría de los entrevistados manifestaron principios morales como “toda vida es valiosa” y “respeto hacia la vida”, lo cual explica la impotencia, tristeza y bronca percibida hacia el procedimiento de la IVE, sobre todo en aquellos que refirieron ver un feto muerto. De esta manera se puede interpretar que la mayoría de los entrevistados no aceptan moralmente esta nueva implementación.

Una minoría refirió pertenecer a alguna religión y manifiestan “solo Dios puede dar o quitar la vida” por lo que interpretamos que estas enfermeras no aceptan la IVE.

Otra minoría refirió no pertenecer a ninguna religión, pero tienen como convicción social que las relaciones sexuales deben ser asumidas con responsabilidad utilizando los métodos anticonceptivos correspondientes para no llegar a este extremo de usar la IVE como otro método más. Experiencias personales: todos los/as entrevistados/as refirieron haber tenido experiencias trascendentales, sobre todo en su entorno personal, pero con percepciones muy distintas.

Un grupo refirió que sus familiares o conocidos muy cercanos, que se realizaron un aborto clandestino, ahora están arrepentidos de haberlo hecho por las consecuencias que esta decisión les trajo. Por ejemplo, el no poder tener más hijos. Una enfermera con su experiencia personal, refirió que le dejó un trauma psicológico que le llevó años de terapia para poder superarlo. Por esta razón considera que las mujeres que se van a realizar un aborto van a pasar por la misma situación.

Una enfermera contó que su hermana se realizó un aborto clandestino y refiere que “era lo único que en ese momento podía hacer” y a pesar de haber vivido esta experiencia tan cercana no dejó de considerar que todo aborto es un crimen.

Otro grupo que experimentó de manera cercana un aborto clandestino manifiesta que a pesar de su postura acompañó a su familiar o conocido. Una entrevistada refirió que apoyó la decisión de abortar de forma incondicional a pesar de su postura.

Algunos entrevistados que vivieron esta experiencia cercana de abortos clandestinos en condiciones insalubres, consideran que ahora con la IVE los abortos serán más seguros.

Circunstancias personales de la paciente: la mayoría no indagó en las causas que llevaron a las pacientes a realizarse la IVE, ya que refieren que es una situación complicada y propia de la paciente.

Una minoría de los entrevistados que, si conocieron los motivos, por un lado, entendieron la situación y aceptaron que en circunstancias como: edad, violencia de género, situación económica, no estaría mal visto realizarse el procedimiento. Otros hacen hincapié en la utilización de los métodos anticonceptivos como una cuestión de responsabilidad para no llegar a la IVE.

Inferimos que varios entrevistados confunden las circunstancias de una ILE con las de una IVE, por lo que se puede interpretar que hay un mayor grado de aceptación en circunstancias como violación o cuando corre riesgo la vida de la mujer.

## 6.- CONCLUSIONES

La percepción emocional de los enfermeros fue abordada con la intención de conocer si a pesar de las posturas que manifiestan, cambia esta percepción frente a situaciones muy particulares o continúa igual.

Se logró identificar las emociones primarias a través

de las posturas personales que cada enfermero/a tiene sobre el aborto. Estas posturas fueron muy divididas, generalmente prevalece en los entrevistados, una mayor población de enfermeros/as que están en contra de la Interrupción Voluntaria del embarazo. Una minoría refiere estar a favor de esta implementación, entre ellos un entrevistado de sexo masculino.

Se llegó a determinar que los preceptos morales sí se relacionan con la postura que cada uno asumió frente a la IVE. Sin embargo, cuando tuvieron experiencias transcendentales de abortos clandestinos, entendieron la situación como una salida para solucionar el problema. Por otro lado, cuando conocieron las circunstancias de las pacientes y estas se debieron por violencia de género o por una situación económica, también cambio la percepción, entiendo la situación como beneficiosa para la paciente.

Un grupo de los entrevistados hizo mucho hincapié en la utilización de los métodos anticonceptivos. El no usar métodos anticonceptivos lo atribuyen a la falta de responsabilidad y falta de educación sexual, dándonos a entender que, si tuviéramos más educación sexual y asumiéramos las consecuencias de nuestros actos, ninguna mujer llegaría al extremo de interrumpir su embarazo. Sin embargo, no tuvieron en cuenta las barreras para acceder a estos métodos, las situaciones sociodemográficas, la falta de información, teniendo en cuenta que hablar de sexualidad es un tema tabú para muchas familias, falta de recursos económicos, la cultura y valores que cada persona tiene.

Queremos resaltar algo que surgió en este trabajo investigación: la percepción que refieren los enfermeros cambia cuando se trata de una ILE (Interrupción Legal del Embarazo), asumiendo que por circunstancias de violación o porque corre riesgo la vida de la mujer, este procedimiento es aceptable ante la sociedad porque justifica su accionar. Por otro lado, se puede observar una doble postura en donde una circunstancia particular puede definir si está bien o mal.

En relación con la hipótesis planteada “La percepción emocional que refieren las/os enfermeras/os frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo depende de los preceptos socioculturales y religiosos, de experiencias personales, de circunstancias personales del paciente y las emociones básicas que pueden surgir frente al procedimiento”, esta se valida ya que depende de los preceptos socioculturales y religiosos por la postura personal que cada enfermero/a asume frente a la IVE. Asimismo,

depende de las experiencias personales que en forma vivencial cada enfermero/a tiene que puede cambiar frente a las circunstancias presentada por las pacientes, también se evidencian emociones básicas que surgen frente a este procedimiento destacando en primer lugar la tristeza.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- Arias Cadavid, L. M., Londoño Rodríguez, K., & Mejía Vélez, D. (2011). La objeción de conciencia de los médicos pertenecientes a las entidades públicas de salud frente al aborto en Colombia. Botija Aguilera, E. (2018). Rol de la enfermera en la interrupción voluntaria del embarazo. Universidad Autónoma de Madrid.
- Castiblanco, R & Laza-Vásquez, C. (2013). Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. Revista Cubana de Salud Pública.
- Ley nacional 27.610 (2022). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Argentina.
- López Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. Salud colectiva, 12, 23-39.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Datos estadísticos sobre interrupción voluntaria del embarazo. (Consultado el 11/12/2019). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas figuras.htm#Tabla4>
- Rocha, W. B. D., Silva, A. C. D., Leite, S. M. D. L., & Cunha, T. (2015). Percepción de profesionales de la salud sobre el aborto legal. Revista Bioética, 23, 387-399.
- Sánchez, D. C., Palacios, L. E. H., & Jaramillo, M. C. (2004). Reacciones emocionales y aborto inducido voluntariamente. Pensamiento psicológico, (3), 2.

# RESPUESTA EMOCIONAL DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Autores: **Castro Llaccta Huaman, Nicolás; Coronel, Antonella Lujan; Encinas, Rocío Ayelén; Sanabria, Ruth Liliana**

## 1.- INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual cuyo agente etiológico es el *Treponema Palladium*, una bacteria perteneciente a la familia de las espiroquetas. El contagio se produce por contacto directo con una lesión mucocutánea infectada. La sífilis congénita se debe al paso transplacentario del *Treponema*, aunque también puede producirse la infección fetal por contacto directo con una lesión a través del canal de parto.

Argentina experimentó 10 años consecutivos de aumento en la tasa de positividad de Sífilis en mujeres embarazadas adolescentes, pasando del 2,5 al 5.5% en el 2020, con una tasa de Sífilis congénita de 1.14 %, casi 3 veces por encima de la media.

El seguimiento del estado de salud de las embarazadas y sus parejas es un desafío en la práctica profesional de enfermería. Sabemos que las condiciones socioeconómicas, psicológicas y educacionales de las pacientes son desfavorables, sumado al inicio de la actividad sexual en edades tempranas que conlleva al riesgo de embarazo adolescente en paralelo generalmente con enfermedades de transmisión sexual.

Está demostrado que las emociones intensas que experimenta la madre durante los 9 meses de embarazo afectan al feto. Por eso, es importante evitar, en lo posible, emociones negativas o de tristeza. Esta investigación nos lleva a preguntarnos ¿cuál es la respuesta emocional que refieren las adolescentes embarazadas, cuando se les informa el diagnóstico de sífilis, en el Centro de Salud n°4 Dr. Alfonso Sakamoto en la localidad de Rafael Castillo partido de la Matanza, provincia de Bs As en el período de septiembre/octubre del 2022?

## 2.- OBJETIVOS

General

Investigar la respuesta emocional que refieren las adolescentes embarazadas cuando se les informa el diagnóstico de sífilis, en el Centro de Salud N°4 Dr.

Alfonso Sakamoto en la localidad de Rafael Castillo partido de la matanza prov. Bs As en el periodo de septiembre/octubre del 2022.

Específicos:

Identificar si la IRA es una respuesta emocional frente al diagnóstico de sífilis en las embarazadas adolescentes.

Establecer si el MIEDO es una respuesta emocional frente al diagnóstico de sífilis en las embarazadas adolescentes.

Analizar si la TRISTEZA es una respuesta emocional frente al diagnóstico de sífilis en las embarazadas adolescentes.

Indagar si la SORPRESA es una respuesta emocional frente al diagnóstico de sífilis en las embarazadas adolescentes.

Indicar si existen respuestas emocionales EMERGENTES frente al diagnóstico de sífilis en las embarazadas adolescentes.

## 3.- METODOLOGÍA

Es un estudio observacional, de campo, con enfoque cualitativo, de diseño exploratorio, de corte transversal y prospectivo.

Seleccionamos este tipo de estudio ya que el proceso de aproximación al objeto de estudio es subjetivo, trabajamos con la respuesta emocional, que nos permitió estudiar el comportamiento de las adolescentes embarazadas, ya sea por su discurso o expresión gestual, en el lugar que concurren a la consulta.

La población elegida estuvo constituida por embarazadas con sífilis que se atendían en el Centro de Salud n°4 de la localidad de Rafael Castillo, municipio de La Matanza. La muestra se constituyó con 10 unidades de análisis. (Adolescentes embarazadas entre 16 y 19 años) Se utilizó el muestreo por conveniencia. A todas las participantes, previo al ser incorporadas se solicitó firma de consentimiento informado.

Como variables descriptivas se seleccionaron:

Edad; Hijos; Trabajo; Nivel de estudio.

Como categoría y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría: Emociones: respuesta física, cognitiva y de

micro expresiones, que presentan las adolescentes embarazadas frente al estímulo de recibir el diagnóstico de sífilis en un ámbito de atención primaria de la salud.

Subcategorías:

Miedo: Es la respuesta automática de defensa y protección que presentan las adolescentes embarazadas, que se activa frente a la amenaza de la noticia sobre el diagnóstico de sífilis.

Tristeza: Estado emocional de desamparo, desolación e impotencia que presentan las embarazadas adolescentes asociado a la experiencia vivida instantáneamente, frente al diagnóstico de sífilis.

Ira: Respuesta emocional instantánea y automática, que genera una descarga de energía psíquica, física e intensa que puede producir daño a través de acto violento verbal y/o físico, que tienen las embarazadas adolescentes frente al diagnóstico de sífilis.

Sorpresa: Respuesta automática, de poca duración que se genera para enfrentar una circunstancia imprevista frente a una situación nueva, que surge en las adolescentes embarazadas ante el diagnóstico de sífilis.

Recolección y análisis de datos: se utilizaron entrevistas semiestructuradas, para luego realizar análisis del discurso.

#### 4.- RESULTADOS:

Se entrevistaron 10 adolescentes embarazadas con diagnóstico de sífilis, que concurren a la unidad N° 4 de Rafael Castillo, partido de la Matanza, el 40% (4) de la muestra tiene 16 años. Estas adolescentes embarazadas solo tienen un hijo, todas tienen el nivel secundario incompleto y no trabajan.

El siguiente 40% (4) de embarazadas con sífilis, tiene 19 años, siendo este embarazo de su segundo hijo, el resto es su primer hijo, todas las integrantes de este grupo etario tienen estudio de secundario incompleto y no trabajan. Las siguientes edades tienen un integrante por edad: una de 17 años y otra de 18 años, en ambas este embarazo es de su primer hijo, tienen el nivel secundario incompleto, la embarazada de 17 años trabaja y la de 18 años no trabaja. En relación con la respuesta emocional, podemos decir que los resultados encontrados se ajustan a los conceptos teóricos establecidos por el Dr. López Rosetti (2017), el cual sostiene que las “emociones son experiencias vivenciales que tienen rostro, no se aprende, cuando uno va creciendo lo traemos por naturaleza. Una característica de la emoción es que dura poco tiempo, minutos u horas, no más que eso y como se ve en el rostro es un evento público”. “Las emociones cumplen una función adaptativa, es justamente la que, en

virtud de la emoción de que se trate, hace que nos acerquemos o alejemos de una circunstancia. La finalidad es cuidarse, preservarse, no sufrir”.

Desde esta aproximación encontramos que todas las embarazadas con diagnóstico de sífilis entrevistadas, presentaron alguna respuesta emocional y pudimos observarla en las distintas expresiones faciales, como así también el corto tiempo que duraban.

Al adentrarnos en lo que dicen las adolescentes embarazadas entrevistadas, en cuanto a las respuestas emociones vivenciales frente al diagnósticos de sífilis, se encontró como predominante, la sorpresa frente al diagnóstico y al tipo de tratamiento de la sífilis. Otras de las embarazadas entrevistadas, presentan tristeza como respuesta emocional frente al diagnóstico de sífilis.

En menor medida se presenta el miedo frente al diagnóstico y a una enfermedad desconocida; otra embarazada presentó ira frente al diagnóstico increpando al médico que la asistía por entender que se había equivocado.

#### 5.- CONCLUSIONES

Las embarazadas adolescentes con diagnóstico de sífilis manifestaron diversos tipos de respuestas emocionales durante la entrevista, las cuales fueron: sorpresa, miedo, culpa, ira, tristeza y una respuesta emergente, alegría no relacionada al diagnóstico sino al hecho de ser notificada de su embarazo. Todos los datos encontrados se adaptan a las respuestas emocionales planteadas en los objetivos específicos, siendo no poco relevante el hallazgo de repuestas emocionales emergentes en el transcurso de las entrevistas.

#### 6- BIBLIOGRAFÍA

- Erazo, E. (2021). Estrategias de afrontamiento de las gestantes que han sido diagnosticadas con sífilis gestacional, en el departamento de Norte de Santander, en el período 2021-1. Universidad de Pamplona.
- Ley 26994 (2014) del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, art 25 y 26-
- López-Rosetti, D. (2017). Emoción y Sentimientos. Editorial Planeta.
- Ministerio de Salud Argentina (2020). Boletín n°37, respuestas al VIH y las ITS en Argentina.
- Ministerio de Salud Argentina (2021). Boletín n°38, respuestas al VIH y las ITS en Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2022). Salud en la Adolescencia.
- Organización Mundial de la Salud (2022). Embarazo en la adolescencia.
- Torres, L. (2017). Emociones de las adolescentes durante el embarazo. Hospital José Hernán Soto Cadenillas.
- Tuncar, M. (2017). Características de las gestantes con sífilis en el

# PERCEPCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE DIRECCIÓN EDUCATIVA Y LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA SOBRE LA INSERCIÓN DE LOS ENFERMEROS EN EL NIVEL SECUNDARIO DE ENSEÑANZA PARA BRINDAR EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

Autores: Trujillo, Zulma Silva. Azzaro, María Victoria. Zayas Meza, Silvia

distrito de Pangoa. Universidad Nacional de Huancavelica.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La ley 26.150 promulgada en el año 2006 en Argentina establece de forma obligatoria la implementación de Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones públicas y privada. Dicha ley establece el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir Educación Sexual Integral y crea el Programa Nacional de ESI, con el propósito de garantizar el acceso a este derecho en todas las escuelas del país.

Además, existe un amplio ordenamiento jurídico compuesto por disposiciones de diferentes órdenes que sustentan el marco de la ESI o abordan temáticas atravesadas por ella. Estas normas regulan el alcance, fines, objetivos y lineamientos de la ESI para su implementación en cada nivel educativo.

En general la implementación y desarrollo de los contenidos curriculares están en manos de profesores con capacitación en el área de la ESI, desarrollado por el Ministerio de Educación, en el caso que nos ocupa la Ciudad de Buenos Aires, a través de Escuela de Maestros que ofrece dos modalidades: una como curso de actualización y la otra como actualización académica: Postítulo en ESI. Si bien la normativa vigente para dictar ESI en escuelas secundarias habilita a profesionales de la salud con título de grado la inserción de los licenciados en enfermería es casi nula.

La Ley 298 marco regulatorio del ejercicio de la enfermería en la Ciudad de Buenos Aires establece que los licenciados en enfermería puedan ejercer funciones docentes dentro de sus competencias en el sistema formal educativo.

Sin embargo, a pesar de contar con los conocimientos y habilidades necesarios para insertarse como docente y/o proporcionar asesoría de calidad en educación sexual integral, los licenciados en enfermería no forman parte de forma visible como formadores de Educación Sexual Integral en las escuelas secundarias de la ciudad de Buenos Aires. Por lo expuesto este grupo formula el siguiente

problema de investigación ¿cuáles son los factores facilitadores u obstaculizadores percibidos por los integrantes del equipo de dirección de instituciones del nivel secundario y licenciados en enfermería, que intervienen la inserción de la/os enfermera/os para brindar educación sexual integral en instituciones educativas de nivel secundario, en CABA 2022?

## 2.- HIPÓTESIS

H1: Partimos del supuesto que los directivos de las escuelas secundarias consideran que el licenciado en enfermería no está capacitado para realizar docencia y brindar el contenido de educación sexual signada por la falta de conocimiento y en contexto de desvalorización profesional.

H2: Partimos del supuesto que los licenciados en enfermería no revisten un interés considerable en el ámbito de la docencia como lo es el área asistencial, perdiendo visibilidad la profesión en el rol de educador.

## 3.- OBJETIVOS

General

Determinar cuáles son los factores facilitadores u obstaculizadores percibidos por los integrantes del equipo de dirección de instituciones del nivel secundario y licenciados en enfermería, que intervienen la inserción de la/os enfermera/os para brindar educación sexual integral en instituciones educativas de nivel secundario, en CABA 2022.

Específicos

Identificar cuáles son los factores normativos que intervienen en la inserción de los enfermeros para brindar educación sexual en instituciones de educación formal secundaria.

Establecer cuáles son los factores formativos que intervienen en la inserción de los enfermeros para brindar educación sexual en instituciones de educación formal secundaria, según los enfermeros. Determinar cuáles son los factores culturales que intervienen en la inserción de los enfermeros

para brindar educación sexual en instituciones de educación formal secundaria, según los directivos de instituciones de educación secundaria.

#### 4.- METODOLOGÍA

La presente investigación se define como un estudio observacional y de campo, de enfoque cualitativo, diseño descriptivo, utilizando el método etnográfico, es un estudio transversal y prospectivo.

Se utilizó un muestreo teórico por conveniencia hasta alcanzar el criterio de saturación en las repuestas de los entrevistados. De esta forma nos aseguramos de alcanzar la cantidad de entrevistas necesarias para obtener la información que nos permita conocer el fenómeno en estudio. Los informantes claves que aportaron su conocimiento para esta investigación son los directivos de las escuelas secundarias de CABA: n= 4 y egresados de la carrera de Licenciatura en Enfermería de 2 universidades privadas: Universidad Falaloro y Universidad del Salvador; n=14 se incorporaron 7 licenciados en enfermería de cada institución participante en esta investigación.

Como variables a controlar se seleccionaron:

Edad; sexo; antigüedad y creencias.

Como categorías y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría de Análisis: Percepción:

Para directivos: Es la construcción que realizan los directivos mediante las expectativas y conocimientos previos que tienen sobre los licenciados en enfermería y su inserción como docente para dictar ESI.

Para licenciados en enfermería: Es la construcción que realizan los licenciados en enfermería a través de sus expectativas y conocimientos para incorporarse como docente para el dictado de ESI.

Subcategoría de análisis: Dimensión normativa

Para directivos: Son los conocimientos que tienen los directores de las instituciones educativas sobre las normas legales para el acceso de Licenciados en enfermería al dictado de ESI.

Para licenciados en enfermería: Son los conocimientos que tienen los Licenciados en enfermería sobre las normas legales habilitantes para el acceso al dictado de ESI en instituciones educativas de nivel secundario.

Subcategoría de análisis: Dimensión formativa

Para directivos: Es el reconocimiento que tiene los directivos sobre las habilidades, capacidades y competencias de los licenciados en enfermería para el rol docente dictando ESI.

Para los licenciados en enfermería: Es el reconocimiento que tiene los licenciados en enfermería sobre sus propias habilidades,

capacidades y competencias para cumplir un rol docente para el dictado de ESI.

Subcategoría de análisis: Dimensión cultural

Para Directivos: Es la representación social que tienen los directivos sobre la metodología para dictar ESI y sobre los licenciados en enfermería para dar esta materia.

Para Licenciados en enfermería: Es la representación social que tienen los licenciados en enfermería para cumplir un rol docente en el dictado de ESI.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada conformada por preguntas amplias, abiertas y cerradas para las variables a controlar, con el fin de recabar la información necesaria, la entrevista semiestructurada nos permite repreguntar al entrevistado debido a las respuestas dadas. La entrevista fue grabada, previo consentimiento del entrevistado. Posteriormente se realizó análisis del discurso.

#### 5.- RESULTADOS

Se entrevistaron 4 directores de establecimientos secundarios, se observa una predominancia del sexo masculino dentro del rango etario de 43 a 56 años. A menos años de antigüedad se observa una predominancia de mayor cantidad de directivos con creencias religiosas que a medida adquieren antigüedad en su puesto de trabajo.

En cuanto a los licenciados en enfermería se observa que hay una distribución, en ambas universidades, dentro del rango etario de 22 a 46 años. Se observa una distribución total similar entre sexos masculino/femenino en ambas universidades teniendo la U. FAVALORO predominancia en sexo femenino y la USAL predominancia del sexo masculino. Se observa una distribución total similar entre creyentes y no creyentes en ambas universidades teniendo la U. FAVALORO predominancia en no creyentes y la USAL predominancia en creyentes.

En relación con los directivos: reconocen que hay normas y leyes habitantes si bien no supieron nombrarlas no nos informaron sobre normas legales que impidan el acceso de Licenciados en enfermería al dictado de ESI. La metodología de dictar ESI según los directivos está basada en los lineamientos impuestos desde el ministerio, pero estas son adaptadas a la comunidad a la cual se les brinda educación a su vez se vio una clara y profunda aceptación a la idea de trabajar con licenciados en enfermería teniendo palabras de reconocimiento hacia estos. Para los directivos la representación social que tienen sobre los licenciados en enfermería para dar esta materia es muy positiva. La construcción que realizan los directivos mediante las expectativas y conocimientos previos que tienen

sobre los licenciados en enfermería y su inserción como docente para dictar ESI es incompleta, porque si bien aducen saber que son profesionales que están preparados en el campo de la educación sanitaria, perciben a este como alguien que brinda asistencialismo y en parte les falta información de lo que el Licenciado puede realizar fuera del ámbito asistencial.

Según los licenciados en enfermería podemos decir que se sienten formados y capacitados, que han recibido durante su formación académica herramientas para poder llevar a cabo el dictado de clases sobre ESI. Que consideran o creen que hay normas o leyes que los avale para poder hacerlo, pero no saben cuáles son y la única que se nombró dentro del marco de todas las entrevistas fue la ley del ejercicio de la enfermería nº 24004. En lo cultural no han demostrado tener algún impedimento que les genere rechazo el no ejercer la docencia, pero la mayoría dejó entrever que están abocados a otro ámbito: el asistencial. La percepción de todos fue fluctuando a medida que se realizaban las entrevistas, comenzaron con afirmarnos lo positivo que sería la inclusión en ese ámbito, pero terminaron con muy poca demostración de interés en volcarse a la docencia justificando la misma a múltiples factores personales.

## 6.- CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis realizado podemos concluir que los directivos perciben como factores facilitadores los aspectos normativos ya que la legislación vigente permite la incorporación de estos profesionales como docentes para dictar ESI. Asimismo, en parte, reconocen las habilidades y formación que tienen los licenciados en enfermería para abocarse al dictado de estos contenidos; decimos en parte ya que también consideran que desconocen el rol que tiene el licenciado como educador, tampoco conocen si desde la legislación para el ejercicio profesional tiene habilitada la competencia para desempeñarse en la docencia. No obstante, cuando tienen que calificar al licenciado para el dictado de estos contenidos, nombran otras profesiones como los médicos, psicólogos y psicopedagogos, dejando al licenciado fuera de esta primera opción; podemos concluir que esta percepción que tienen los directivos se transforma en un factor obstaculizador.

En cuanto a los factores culturales no se perciben como obstaculizadores ya que, tanto las instituciones que tienen una dependencia de alguna profesión religiosa o la que no la tienen están obligadas a respetar los lineamientos curriculares que establece el ministerio de educación pudiendo adaptarla a las necesidades de la población educativa.

La hipótesis planteada para los directivos de instituciones educativas de nivel secundario debemos rechazarla ya que no se pudo comprobar que se perciba al licenciado en enfermería como un profesional que “no estar capacitado para realizar docencia y brindar el contenido de educación sexual integral por la falta de conocimiento y en contexto de desvalorización profesional”.

En cuanto a los licenciados, por lo tanto, podemos concluir que perciben como factores facilitadores por un lado los aspectos normativos, ya que saben de la existencia de leyes y normas que los habilitan para poder ser docentes, pero por falta de información y conocimientos desconocen cuáles son. A su vez no se observa un interés para cumplir dicho rol por diferentes motivos.

Por otro lado, desde los factores formativos, se perciben como profesionales formados con las herramientas necesarias, basándose en conocimientos científicos, ya que manifiestan que su profesión se los ha otorgado, y que pueden cumplir este rol, entre otros en los que han sido formados.

En cuanto al factor cultural no se observa obstáculos desde lo personal para brindar educación, pero si sienten que la mirada externa, es decir la sociedad no está preparada para verlos más allá de asistenciales, y esto sucede por falta de información sobre su profesión a nivel general.

Por lo tanto, podemos decir, que la hipótesis planteada para los licenciados en enfermería es aceptada comprobando que “Partimos del supuesto que los licenciados en enfermería no revisten un interés considerable en el ámbito de la docencia como lo es el área asistencial, perdiendo visibilidad la profesión en el rol de educador”.

## 7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aloqui, M. Á., De Marco, R., & Pérez, R. (2012). Inserción del enfermero en el ámbito escolar. Universidad Nacional de Cuyo. Ley 26.150 (2006). Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Obtenido de: [https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/121222/texto Ley 24004 \(1991\). Ejercicio Profesional enfermería. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-1991-403 Ley 298 \(1999\) Profesionales de la Salud-Bonificaciones. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-298-123456789-0abc-defg-920-7001rvorpyel](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/121222/texto Ley 24004 (1991). Ejercicio Profesional enfermería. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-1991-403 Ley 298 (1999) Profesionales de la Salud-Bonificaciones. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-298-123456789-0abc-defg-920-7001rvorpyel)
- Rolando, S., & Seidmann, S. (2013). Representaciones sociales sobre la educación sexual en la escuela media. Anuario de investigaciones, 20(1), 227-232.
- Ponti, L. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud. Universidad Abierta Interamericana.

# ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON **DIABETES MELLITUS TIPO II**, EN HOSPITALES DE C.A.B.A. - 2022.

**Autores: Garcia Campos, Yan Pierre. Martínez Manyari, Lucila Gisella.**

## 1.- INTRODUCCIÓN

La (DBT2) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo por su alta prevalencia y gran impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Es la segunda causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida. Aproximadamente 62 millones de personas en las Américas (422 millones de personas en todo el mundo) tienen diabetes, la mayoría vive en países de ingresos bajos y medianos. Tanto el número de casos como la prevalencia de diabetes han aumentado constantemente durante las últimas décadas. En Argentina, el diario Infobae en año 2019, informa que aproximadamente 1 millón y medio de personas padecen de DBT 2, y existen alrededor de 720.000 casos de diabetes no diagnosticados, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se estima que el 8,2% de los adultos presenta diabetes o glucemia elevada.

La aparición de la (DBT II), y la alta carga económica que conlleva el manejo farmacológico de los pacientes con esta enfermedad, plantea la importancia de una terapia no farmacológica basada en el ejercicio físico y una dieta adecuada, lo que contribuye a una disminución de costos, así como a mejorar el control de la patología ya instaurada, constituyendo el estilo de vida saludable uno de los pilares fundamentales en el tratamiento.

Se considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de la conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Se ha propuesto que los estilos de vida son patrones de conducta que se eligen de las alternativas posibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para decidir y a las circunstancias socioeconómicas.

Atento a lo planteado formulamos el siguiente problema de investigación ¿cuál es el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que concurren a los hospitales de C.A.B.A. de agosto – noviembre 2022?

## 2.- HIPÓTESIS

El estilo de vida de los pacientes con DBT 2., que concurren a los hospitales de C.A.B.A., es deficiente en relación a:

H1: Una dieta inadecuada en la alimentación.

H2: Excesivo consumo de tabaco y alcohol.

H3: Falta o constancia de realización de actividad física.

H4: Resistencia de adherencia al Tratamiento.

## 3.- OBJETIVOS

### General

Determinar cuál es el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que concurren a los hospitales de C.A.B.A. de agosto – noviembre 2022.

### Específicos

Identificar si el estilo de vida se relaciona con las prácticas alimentarias de los pacientes.

Analizar si el estilo de vida se relaciona con el consumo del tabaco y alcohol en los pacientes.

Identificar si el estilo de vida se relaciona con la práctica de actividades físicas de los pacientes.

Determinar si el estilo de vida se relaciona con la adherencia al tratamiento de los pacientes.

## 4.- METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio observacional, de campo, de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

La muestra estuvo conformada por 64 pacientes adultos, se utilizó el muestreo por conveniencia y bola de nieve, ya que los individuos que se seleccionaron para ser estudiados reclutaron a nuevos participantes entre sus conocidos.

Como variables a descriptivas se seleccionaron:

Edad; sexo, IMC.

Las dimensiones con sus indicadores surgen del instrumento utilizado denominado IMEVID (instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos) quedando establecidas las siguientes dimensiones: Prácticas Alimentarias; Actividad Física; Consumo de Tabaco y Alcohol; Adherencia al Tratamiento.

La encuesta IMEVID sufrió algunas modificaciones en las preguntas para adecuarlos al nivel sociocultural de los diabéticos que se atienden en

hospitales públicos de CABA. Esta constituido por 19 preguntas cerradas, agrupadas en 4 dimensiones ya mencionadas.

Para medir los estilos de vida de los diabéticos encuestados el cuestionario, determina un buen estilo de vida o un inadecuado estilo de vida por medio de puntajes asignados. Se asigno un (uno) punto aquellas respuestas que correspondía a la total adherencia que debía respetar el paciente y

con dos puntos (dos) aquellas respuestas que no adherían. Se encuestaron 64 pacientes diabéticos, si tomamos que la totalidad de respuestas de adherencia suman, por cada cuestionario, 19 puntos y 38 puntos para las que no adherían obtenemos los siguientes resultados:

Encuestados	19 puntos por cuestionario respuestas de adherencia	38 puntos por cuestionario respuestas de no adherencia
64 pacientes diabéticos	1216 puntos	2432 puntos

A partir de estos puntajes se establece el siguiente cuadro de estilos de vida:

ESTILO DE VIDA			
Óptimo	Adecuado	Inadecuado	Malo
1216 puntos	Menos de 1216 puntos	Mayor a 1216 puntos	2432 puntos

Una vez realizado el trabajo de campo se conformó una base de datos utilizando el programa Excel, a través de la función tablas dinámicas se realizó el análisis estadístico, primero se realizó el ordenamiento de los datos y la distribución de la información, posteriormente se realizó la tabulación y el análisis descriptivo mediante las tablas de frecuencias y porcentajes con sus respectivas interpretaciones.

#### 5.- RESULTADOS

Se encuestaron 64 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 de los cuales el 62.5% son mujeres, siendo el grupo etario más representativo entre las edades 18 y 55 años. En relación con el índice de masa corporal de los pacientes 43 (67.19%) de los encuestados, tiene morbilidad obesidad de

distintos grados y sobrepeso; sólo 21 (32.81%) tiene un peso normal.

En relación con las prácticas alimentarias, un promedio de 39 (60,94%) encuestados observan prácticas inadecuadas y 25 (39,06%) pacientes observan prácticas adecuadas. Destacando que las transgresiones a esta práctica lo son el consumo de azúcar, frituras, poca ingesta de frutas y verduras. Presumimos que esta dimensión junto con la de actividad física se relacionan con el alto porcentaje encontrado de sobrepeso y obesidad (69,17%) 43 encuestados, involucrando a grupos etarios de adultos y jóvenes entre 18 y 35 años.

En relación con las prácticas de consumo de tabaco y alcohol un promedio de 38 (59,38%) encuestados observan practicas adecuadas y 26 (40,62%)

observan practicas inadecuadas, destacando que las transgresiones son el consumo de alcohol, pero no así, el consumo de tabaco, involucrando a grupos etarios de adultos y jóvenes entre 18 y 75 años.

En relación con las prácticas de adherencia al tratamiento un promedio de 18 (28,13%) pacientes observan prácticas adecuadas y 46 (71,88%) observan prácticas inadecuadas. Destacando que las transgresiones son: no se sigue la dieta para diabéticos y no hace su mayor esfuerzo para tener controlada su diabetes. involucrando a grupos etarios de adultos y jóvenes entre 18 y 75 años.

#### 6.- CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos el 68.75% de los pacientes encuestados presentan un estilo de vida inadecuado la dimensión más alta, es la no adherencia al tratamiento con un (71,88 %). El 31.25% de los encuestados mantienen un estilo de vida adecuado siendo el indicador más alto “no consumen comidas fritas con un (92,18%)”.

Finalmente, los autores llegaron a la conclusión de que, existe un estilo de vida inadecuado en los pacientes adultos encuestados con diabetes mellitus tipo 2, que concurren a los hospitales de C.A.B.A., destacando que este nivel de vida detectado está muy cercano a los valores para configurar un estilo de vida malo.

En cuanto a las hipótesis planteadas podemos aceptarlas ya que “el estilo de vida de los pacientes con DBT 2., que concurren a los hospitales de C.A.B.A., es deficiente:

En relación con H1 mantienen una dieta inadecuada en la alimentación;

Para H3: existe falta o constancia de realizar actividad física;

Para H4 existe marcada resistencia al tratamiento con muy poca adherencia.

Para H2 debemos considerar rechazarla parcialmente ya que la mayoría de los encuestados que observaron prácticas no saludables presenta un exceso en el consumo de alcohol pero no así en el consumo de tabaco.

#### 7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Menarini Diagnostics (2018). Guía práctica de actividad física y diabetes.

Cantú-Martínez, P. C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería actual en Costa Rica*, (27).

Cerinignana, F., Larrea, V. M., & Morero, V. N. (2020). Consumo de alimentos ultraprocesados y su relación con el estado nutricional y el control metabólico en adultos con diabetes tipo 2.

Chisaguano Tercero, E. D., & Ushiña Chulca, E. R. (2015). Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo II que asisten al club de diabéticos del centro de salud n.-1 de la ciudad de Latacunga de Julio-Agosto del 2015.

Fernandez, S. (2020). Diferencia entre alimentación y nutrición.

Salud Savia.

Guerrero, L., & León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*.

Henríquez-Tejo, R., & Cartes-Velásquez, R. (2018). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. *Revista chilena de pediatría*, 89(3), 391-398.

López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 45, 259-267.

Ramírez Moreno E. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *Grupo CINUSA vol. 4, núm. 10*, pp. 1011-1021, 2019.

Rodríguez Lopez, M. G. (2017). Estilos de vida del paciente adulto con diabetes Mellitus Tipo II que acude al consultorio de endocrinología del Instituto Nacional Materno Perinatal-Lima 2017.

Vargas Negrín, F. (2014). Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo mineral*, 6(1), 5-7.

Zumaeta Rivera, M. D. R. (2021). Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus del programa adulto del Hospital Essalud Uldarico Rocca Fernández-2021.

# RESPUESTAS EMOCIONALES EN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALIZANTES HOSPITALARIAS LUEGO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA VIRTUAL SIMULADA EN LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE CABA. 2022

**Autores: Cossio Carrillo, Jhosicela; Duarte Ruiz, Angie Ximena; Mora, David Fernando; Villalba, Gustavo Ariel.**

## 1.- INTRODUCCIÓN

Durante la formación, un estudiante de licenciatura en enfermería no solo deberá adquirir los conocimientos sino también desarrollar habilidades, destrezas y actitudes, las cuales van a permitir que el profesional ejerza su autonomía y logre incorporarse a un equipo multidisciplinario.

Al cursar una proporción de práctica profesional de forma virtual simulada durante la carrera, hemos detectado la expresión de diferentes emociones en los estudiantes de licenciatura en enfermería al encontrarse frente a la atención de paciente, su familia y el ámbito hospitalario.

Por lo anteriormente expuesto, consideramos que existe una necesidad en la gestión de las emociones, pero antes es necesario conocerlas.

En base a estos supuestos es que formulamos el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son las emociones que refieren los estudiantes de licenciatura en enfermería de la Universidad Favaloro, al aplicar en el campo práctico hospitalario, las herramientas adquiridas en el proceso de formación académica virtual simulada, en el período septiembre – octubre de 2022?

## 2.- HIPÓTESIS

Los estudiantes de licenciatura en enfermería que concurren a un ámbito práctico hospitalario y deben aplicar las herramientas adquiridas de forma simulada virtual presentan: sorpresa, miedo, tristeza e ira.

## 3.- OBJETIVOS

General

Determinar las emociones que refieren los estudiantes de licenciatura en enfermería de la Universidad Favaloro, al aplicar en el campo práctico

hospitalario, las herramientas adquiridas en el proceso de formación académica virtual simulada, en el período septiembre – octubre de 2022.

Específicos

Establecer si la sorpresa se relaciona con las emociones que refieren los estudiantes de licenciatura en enfermería.

Identificar si los estudiantes de licenciatura en enfermería relacionan al miedo con sus respuestas emocionales.

Analizar si la tristeza se relaciona con las emociones que refieren los estudiantes de licenciatura en enfermería.

Indagar si los estudiantes de licenciatura en enfermería relacionan a la ira con las emociones que refieren.

Establecer si existen respuestas emocionales emergentes referidas por los estudiantes de licenciatura de enfermería.

## 4.- METODOLOGÍA

Se realizó una investigación observacional de campo de corte transversal, prospectivo, exploratorio con enfoque cualitativo con diseño descriptivo y método etnográfico.

La muestra estuvo integrada por 17 estudiantes de licenciatura en enfermería que cursaron parte del primer ciclo de la carrera en la modalidad virtual/ simulada. La muestra se obtuvo a través de un muestreo por conveniencia y bola de nieve (Sampieri, 2018).

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la entrevista con preguntas abiertas y semiestructuradas. A los entrevistados se les solicitó consentimiento informado garantizando la confidencialidad de la información y su anonimato. Finalizadas las entrevistas se procedió a desgravarlas en soporte papel para el respectivo análisis de discurso por categoría y subcategorías.

Como variables descriptivas se seleccionaron: Edad; genero, actividad laboral y año que cursa. Como categorías y subcategorías de análisis se definieron:

Categoría de Análisis:

Emoción: Es la respuesta fisiológica, cognitiva que manifiesta el estudiante de licenciatura en enfermería a la situación que puede generar frente a la práctica hospitalaria de manera presencial.

Subcategorías:

Miedo: Es la reacción que se genera en el estudiante al enfrentarse a una situación de peligro o desconocida. Relacionado con: Sensación de pérdida de control, falta de movimiento ante la situación, dudas al realizar un procedimiento.

Ira: Es la respuesta del estudiante al enfrentarse a una situación problemática por déficit de conocimiento al ejecutar un procedimiento o carencia al realizar la práctica en un ámbito real, presenta elevación del tono de voz, cejas fruncidas, agresión física o verbal hacia sí mismo u otros.

Tristeza: Es la respuesta que presentan los estudiantes ante desilusiones o fracasos, manifestado por: llanto, falta de apetito, desconcentración y fatiga.

Sorpresa: Es la respuesta del estudiante que presenta expectativas previas que no coinciden con el resultado esperado pudiendo ser negativas, positivas, falta acompañamiento.

## 5.- RESULTADOS

Se entrevistaron 17 estudiantes de la carrera Licenciatura en enfermería, que actualmente cursan en la Universidad Favaloro, de los cuales el 35,29% (6) corresponde al rango etario de 20 a 30 años, el 58,82% (10) de 31 a 40 años, y finalmente 5,88% (1) de 41 a 50. El 64,71% (11) de los entrevistados fueron de sexo femenino, en cuanto al masculino representan 35,29% (6).

En relación con el trabajo el 83% (15) de los entrevistados se encuentran activos laboralmente, representando el 83% se encuentra trabajando y estudiando actualmente, el 12% (2), no trabaja solo se dedican a estudiar. El 52,94% (9) corresponde a 4to año modalidad intensiva e extensiva, mientras que 47,08% (8) se distribuye en tercer año turno mañana y tarde.

Del total de los entrevistados la emoción más relevante fue el miedo, con 14 personas que representa el 82,35 % de los estudiantes, porque consideraban que no tenían el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar los distintos cuidados al paciente.

Cabe destacar que la sorpresa fue la segunda emoción que presentaron los estudiantes que

representa el 52,94%, consideran que el pasar de la virtualidad a la presencialidad fue aprender a realizar procedimientos mediante la observación a los Enfermeros, para luego implementarlo de manera supervisada para evitar cometer posibles errores.

Para concluir como tercera emoción se presentó tristeza e Ira en el 29,41 % de los estudiantes que manifestaron no sentirse preparados, que la virtualidad y la presencialidad no era lo mismo, también refirieron sentirse inútiles al no saber realizar un procedimiento solicitado por los enfermeros, se llegaron a cuestionar es posible que a estas instancias no sepa realizar dicho procedimiento.

Asimismo, los estudiantes presentaron emociones generadas por el miedo y la inseguridad frente al ambiente hospitalario, que lo consideraban nuevo y desconocido para ellos. Refirieron que no estaban familiarizados con los elementos necesarios y que durante el cursado virtual les surgieron dudas sobre la continuidad en la carrera. Dieciséis estudiantes que representaban el 94,12% de los entrevistados presentaron en alguna medida felicidad, ansiedad, estrés, huida, inseguridad, inquietud, fatiga, frustración, vergüenza, incertidumbre, nervios, timidez, distante, curiosidad, angustia, fracaso.

## 6.- CONCLUSIONES

De acuerdo con el propósito de esta investigación consideramos que las simulaciones virtuales influyeron en las emociones de los estudiantes, al momento de tener que aplicar en el campo práctico hospitalario, las herramientas adquiridas en el proceso de formación académica virtual simulada. Con relación al miedo, se pudo distinguir que, fue la emoción que más impactó en los estudiantes al momento de ingresar a ese ambiente desconocido, y se acentuaba cuando tenían que realizar un procedimiento por considerar la posibilidad de llegar equivocarse produciendo daño al paciente, quedaban paralizados cuando el enfermero al cual asistían se retiraba a desayunar y quedaban solos con los enfermos y demás compañeros de prácticas. La sorpresa fue la segunda emoción más frecuente que manifestaron los estudiantes entrevistados. Pudo establecerse que hubo quienes tuvieron un impacto negativo dada las expectativas que tenían y no podían cumplirlas por quedar sin acompañamiento, generando incertidumbre y angustia. Por otro lado, hay quienes sintieron un impacto positivo ya que se encontraron con un fuerte apoyo por parte de los enfermeros de piso, generando felicidad. La tristeza y la ira fueron las emociones que

se presentaron por igual en tercer lugar. Con respecto a la tristeza se pudo observar que los estudiantes presentaron esta emoción junto a la desconcentración y la fatiga principalmente, por el desgano que sentían al considerar que no sabían lo suficiente para realizar los procedimientos que requería la atención a las necesidades de los pacientes internados en el servicio.

Con respecto a la ira los estudiantes presentaron esta emoción cuando tuvieron que afrontar a una situación problemática ya sea por déficit de conocimiento al ejecutar un procedimiento o carencia al realizar la práctica en un ámbito real. Se potencia por falta de acompañamiento y se manifestó por elevación del tono de voz y autoagresión verbal hacia ellos mismos.

En cuanto a emergentes pudimos registrar que surgieron diferentes emociones al momento de la entrevista fuera de las previstas en nuestra investigación, siendo las más frecuentes la felicidad, la incertidumbre, la huida, la vergüenza y la inseguridad entre otras.

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos validar la hipótesis planteada ya que “los estudiantes de licenciatura en enfermería que concurren a un ámbito practico-hospitalario y deben aplicar las herramientas adquiridas de forma simulada virtual presentan: sorpresa, miedo, tristeza e ira” destacando que estas emociones producen en una primera instancia un impacto negativo y a medida que el estudiante avanza en el desempeño practico puede trabajar sus emociones a través del reconocimiento del ámbito, sus elementos, la interacción entre equipo de salud y con los pacientes. Posteriormente este proceso permite sentir más seguridad, logrando enfocarse en su formación profesional.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- Bello, S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Depraz, N. (2014). La inscripción de la sorpresa en la fenomenología de las emociones de Edmund Husserl.
- Dorado, C. (2016). Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2015.10.002>
- García Juárez, M., López Alonso, S. R., Orozco Cózar, M., Caro Quesada, R., Ramos Osquet, G., Márquez Borrego, M., & Serrano Pedrero, C. (2011). Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 474-482.
- Lara, J., Bolaños, O. (2018). Estudio comparativo de técnicas de caracterización y clasificación automática de emociones a partir

- de señales del cerebro. Universidad de Nariño.
- Mentes Abiertas (2022). Manejo de la ira y la agresividad.
- Montejano, S. (2013). *Psicología de las emociones*. Psicoglobal.
- Prudencio, C. (2019). Simulación en Enfermería: estrategias para disminuir el error.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Unison Enfermería (2017). *Práctica profesional*. Obtenido de: <https://enfermeria.unison.mx/practica-profesional/>
- Vargas, Y. (2021). Las emociones en enfermería: una mirada desde el cuidado humano. *Revista Arbitrada del Centro de Investigación y Estudios Gerenciales* nro. 52.

ISBN 978-631-90111-0-4



9 786319 011104