



UNIVERSIDAD
FAVALORO

ANUARIO 2021

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Realizados por alumnos de la
Práctica Final Obligatoria (PFO)
de la Carrera de Medicina
durante sus **Rotaciones Rurales**
en el 2021.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



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

Comité editorial: **Prof. Dra. Melina Rapacioli, Prof. Dra. Raquel Vázquez,
Prof. Lic. Maria Laura Manzi**

Universidad Favaloro. Facultad de Ciencias Médicas.

Anuario 2021 : trabajos de Investigación Epidemiológica : realizados por alumnos de la Práctica Final Obligatoria -PFO- de la Carrera de Medicina durante sus Rotaciones Rurales en el 2021 ; Director Francisco Ricardo Klein. - 1a edición para el alumno - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad Favaloro, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-97614-6-5

1. Epidemiología. 2. Depresión. 3. Nutrición. I. Klein, Francisco Ricardo, dir.
CDD 649.65



Todos los derechos reservados.

© by Fundación Universitaria Dr. René G. Favaloro

Universidad Favaloro

Solís 453 (1078), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

ISBN 978-987-97614-6-5

Julio 2022

ÍNDICE

📍 AÑATUYA	04
📍 CHAMICAL	14
📍 CHILECITO	23
📍 FERNÁNDEZ	37
📍 FRÍAS	47
📍 LORETO	52
📍 MONTE QUEMADO	59
📍 TERMAS DE RÍO HONDO	66
📍 VILLA UNIÓN	73

AÑATUYA



Presencia de síntomas de depresión en personas mayores de 18 años, habitantes de Añatuya, Santiago del Estero, durante noviembre 2021: Estudio observacional y transversal.

Autores: Fernández de Aracil Agustina¹, González Isla Azul Agustina¹, Nastasi Micaela¹, Settepassi Carla¹, Wolfsdorf Baigorria María Inés¹, Carrera Mariana², Germán Marcos², Rapacioli Melina¹

¹ Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro

² Hospital Zonal de Añatuya Monseñor Jorge Gottau. Ciudad de Añatuya. Santiago del Estero. Argentina.

Resumen

Introducción:

La depresión y los diversos trastornos que la incluyen representan un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo. Hasta la fecha, en Añatuya, Santiago del Estero, no se han realizado estudios para poder conocer la prevalencia de síntomas depresivos.

Objetivo:

Conocer la presencia de síntomas depresivos en la población adulta de Añatuya, Santiago del Estero en noviembre del año 2021.

Materiales y métodos:

Diseño observacional y transversal. Se tomó un muestreo no probabilístico de conveniencia. Se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-2). Se realizaron encuestas en el ámbito hospitalario y en la vía pública.

Resultados:

Participaron 81 individuos de los cuales el 72,8% pertenecieron al sexo femenino, y el 27,2% al masculino. La mediana de la edad fue de 39 años, con un RIQ de 22. El 25,9% respondió ser personal de salud y el 74,1% no. El 46% de la población total presentó síntomas depresivos. El 76,5% de las personas encuestadas no tuvo antecedentes de atención en servicios de salud mental. No se encontró relación entre la presencia y gravedad de síntomas depresivos con la pertenencia al

equipo de salud ni con la atención previa en servicios de salud mental. Tampoco se obtuvo significancia estadística entre la asociación de los distintos grupos etarios y la presencia de síntomas depresivos. Sí se encontró asociación entre el sexo y síntomas depresivos, sin embargo, este no sería un factor de riesgo para padecerlo.

Conclusión: Se considera indispensable incrementar la disponibilidad de personal especializado en salud mental para fomentar la prevención y detección precoz de esta patología tan prevalente, como también capacitar a todo el personal de salud para detectar síntomas sugestivos de depresión y poder realizar una derivación pertinente.

Palabras clave:

Salud mental; Estados de ánimo; Servicios de salud.

Introducción

La depresión y los diversos trastornos que la incluyen representan un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo, aproximadamente 280 millones de personas la padecen (1).

La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor varía entre el 5 y 9% para mujeres y 2 a 3% para hombres, no obstante, el riesgo de padecerlo a lo largo de la vida en la población general es de 10 a 25% para mujeres y del 5 al 12% para hombres. La depresión es considerada la cuarta causa de discapacidad mundial representando el mayor tiempo de discapacidad en la

vida de un individuo (1). Asimismo, se asocia a una alta tasa de morbilidad, y una significativa alteración en la función social.

Se considera que las estimaciones de prevalencia de la depresión son muy inferiores a la realidad. Existe una gran disparidad entre los países más y menos desarrollados en cuanto al reconocimiento y tratamiento de la depresión, siendo estos últimos los más vulnerables. Entre los motivos de dicha desigualdad se encuentra la falta de atención que se le presta a esta grave enfermedad. Es importante destacar que las tasas de prevalencia en la población general no parecen estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

Es fundamental considerar la salud mental como parte integral en la salud pública. Su abordaje requiere de intervenciones conjuntas de distintos sectores, a fin de promoverla, creando estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar la calidad de vida no solo de los pacientes sino también de su entorno social (2). En Argentina se realizó, en el año 2018, un estudio en los 8 centros urbanos con mayor densidad poblacional que concluyó que la prevalencia de cualquier trastorno mental en personas mayores de 18 años es de 29.1%, siendo el trastorno más importante la depresión mayor con un valor de 8.7% en esta cohorte (3).

Hasta la fecha, en Añatuya, Santiago del Estero, no se han realizado estudios semejantes para poder conocer la prevalencia de síntomas de la esfera depresiva. Por lo que, este proyecto de investigación podría ser útil para establecer y plantear futuras medidas y estrategias en el manejo de las enfermedades de salud mental.

Por este motivo se desprende la siguiente problemática: ¿Cuál es la presencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor de 18 años en Añatuya, Santiago del Estero, Argentina, en el mes de noviembre del 2021?

El objetivo principal del presente estudio es conocer la presencia de síntomas depresivos en la población adulta (mayor a 18 años) de Añatuya en noviembre del año 2021.

Los objetivos específicos son:

- Determinar la asociación de síntomas depresivos con los antecedentes de atención en Salud Mental.
- Establecer la asociación entre síntomas depresivos y el sexo en población adulta.
- Definir la asociación entre síntomas depresivos y la pertenencia al grupo personal de salud.
- Precisar la asociación entre grupo etario y los síntomas de depresión en la población.

Métodos Diseño

El presente estudio presenta un diseño observacional con corte transversal. Se describió la presencia de

síntomas de depresión en la población adulta de Añatuya, Santiago del Estero.

Población

La población accesible corresponde con personas mayores de 18 años que vivían en el área programática de Añatuya, Santiago del Estero en el mes de noviembre de 2021. Se trató de un muestreo no probabilístico de conveniencia. En Añatuya, según el censo 2010 (4) viven 12599 personas mayores de 18 años. Tomando en cuenta la población accesible de individuos, con un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, utilizando el software estadístico EpiInfo (Versión 7.2) (EpiInfo, s.f.) se calculó una muestra mínima de 75 sujetos.

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Personas que vivan actualmente en el área programática de Añatuya, Santiago del Estero.

Criterios de eliminación

- Personas que no firmaron el consentimiento informado.
- Personas que hayan completado el cuestionario de manera parcial.
- Personas que no hayan enviado el cuestionario en el tiempo requerido.

Recolección de datos e instrumentos utilizados

Los datos fueron recabados mediante una encuesta estructurada y verificada, aplicada de forma individual y presencial tanto dentro como fuera del ámbito hospitalario. Se realizaron encuestas durante dos semanas.

Se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-2) (5). Esta encuesta permitió evaluar los diferentes síntomas de depresión -tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa y castigo, de conformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agotamiento, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño y apetito, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo- en la población adulta de Añatuya, Santiago del Estero.

La encuesta cuenta con 21 afirmaciones en las que el encuestado tuvo que contestar en relación a cómo se sintió en las últimas dos semanas. Además, la encuesta cuenta con preguntas sociodemográficas para conocer mejor el perfil del encuestado. Los 21 ítems fueron puntuados en una escala de tipo Likert, de 0-3 salvo las preguntas 16 y 18 que contaban con 7 opciones. En cada pregunta sólo era posible marcar una opción como la más correcta. El puntaje total fue sumado dando como valor más bajo 0 y como valor más alto 63. Se establecieron cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, sin síntomas depresivos significativos; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave (5).

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico GraphPad Prism 7 (Graphpad, s.f.). Para el análisis de variables cuantitativas se evaluó su normalidad mediante el test de Shapiro Wilk y la similitud de varianzas entre las muestras, el cual arrojó que la muestra es no paramétrica. Para el análisis de variables cualitativas se utilizó el test estadístico de Chi2. La asociación para cada uno de estos grupos se evaluó mediante el cálculo de OR (ODDS RATIO). En todos los casos se utilizó un nivel de confianza del 95 % y un p valor de 0.05 para el análisis de significación estadística.

Aspectos éticos

Los datos obtenidos a través de encuestas fueron guardados bajo confidencialidad. Esta investigación se rigió bajo los principios éticos para investigaciones

médicas en seres humanos según la última declaración de Helsinki (6). Los participantes encuestados firmaron y aceptaron los términos del consentimiento informado antes de comenzar la encuesta, sabiendo que podían abandonar esta investigación en cualquier momento sin penalización.

Resultados

La población intervenida fue de 90 adultos habitantes de Añatuya, Santiago del Estero en 2021. Del total de la muestra conformada, se eliminaron 9 personas por no haber completado la encuesta en el tiempo requerido o por entregar encuestas incompletas o incomprensibles, quedando de esta forma un total de 81 encuestas finales (Figura 1).

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la población encuestada. La mediana de edad fue de 39 años con un rango intercuartílico de 22. La mayoría de los encuestados pertenecieron al sexo femenino (72,84%). Desde el punto de vista ocupacional el 25,93% perteneció al personal de salud.

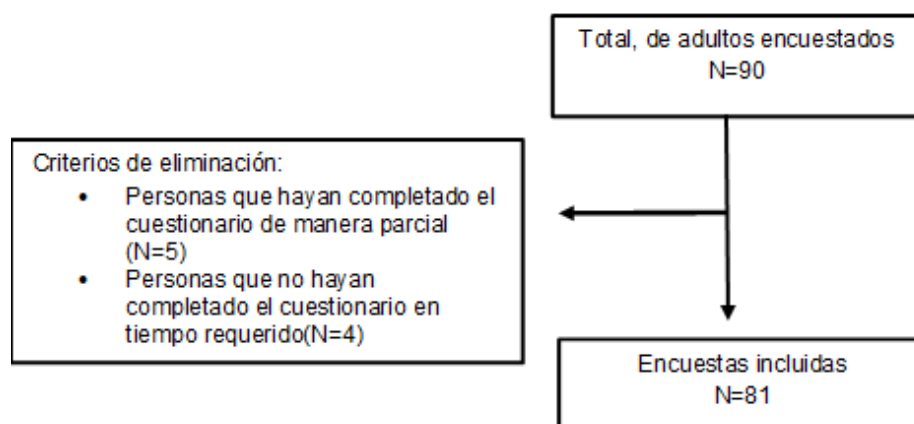


Figura 4. Flujograma con criterios de eliminación.

Tabla 1. Características demográficas del grupo de estudio

Grupo de estudio (n=81)	
Sexo	59 (72,84)
Femenino, n (%)	22 (27,16)
Masculino, n (%)	
Edad (años), mediana (RIQ)	39 (22)
Profesión	
Personal de salud, n (%)	21 (25,93)
No personal de salud, n (%)	60 (74,07)
Educación	
Primario incompleto, n (%)	
Primario completo, n (%)	10 (12,35)
Secundario incompleto, n (%)	14 (17,28)
Secundario completo, n (%)	10 (12,35)
Terciario, n (%)	21 (25,93)
Universitario, n (%)	13 (16,05)
Antecedente de atención en salud mental	
Sí, n (%)	19 (23,46)
No, n (%)	62 (76,54)

La mayoría de las personas encuestadas respondió habitar en villa Fernández y Las Malvinas seguidos por Rosso y Manzione. La Figura 2 ilustra, en círculos azules, la distribución del número de encuestados de cada barrio de la zona urbana de Añatuya. De aquellas personas encuestadas el nivel educativo alcanzado en la población fue muy variable y se describe en la Figura 3.

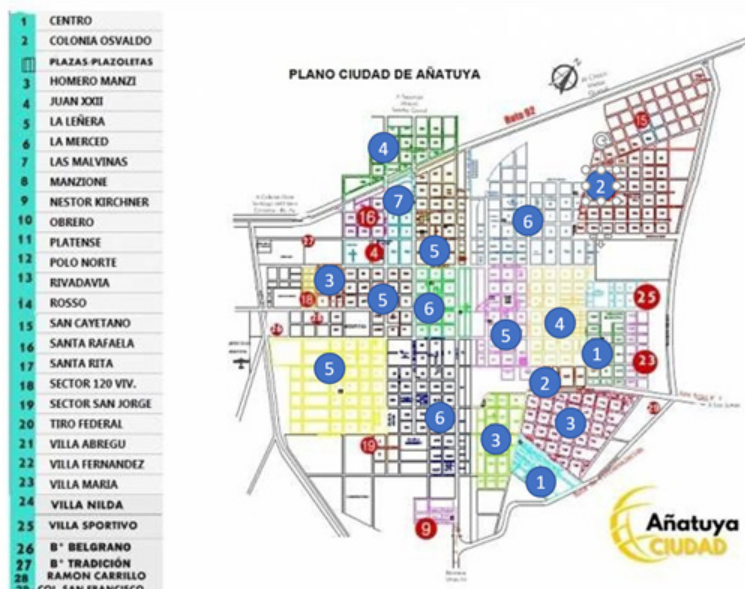
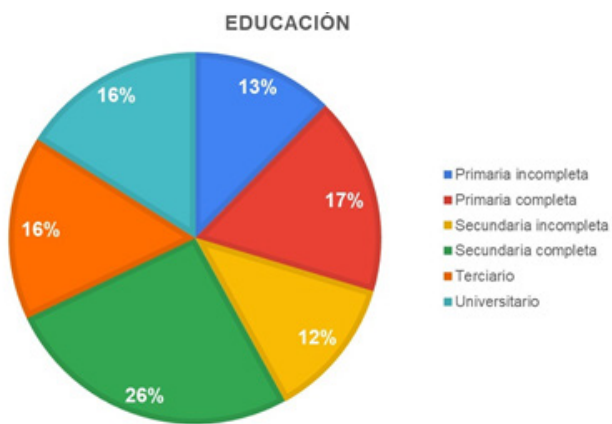


Figura 2. Mapa de la zona urbana de Añatuya con la distribución de los participantes señalada con círculos azules.

Figura 3. Niveles de educación alcanzados en la población encuestada de Añatuya.



En la Figura 4 se observa el porcentaje de síntomas depresivos obtenidos según el inventario de Beck en base a la escala "ausencia de síntomas depresivos significativos", "síntomas depresivos leves", "síntomas depresivos moderados" y "síntomas depresivos severos".

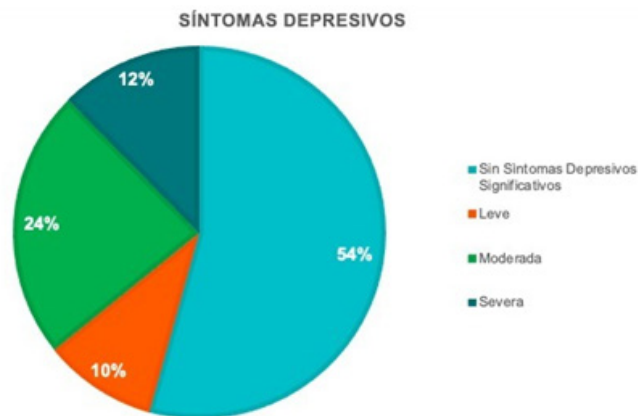


Figura 4. Clasificación de síntomas depresivos en la población encuestada.

En la Figura 5 se ilustran las distintas variables que se engloban dentro de los síntomas depresivos, siendo los síntomas que se encontraron con más frecuencias en la clasificación “síntomas severos”, los cambios en los hábitos del sueño, llanto, agitación y sentimientos de castigo.

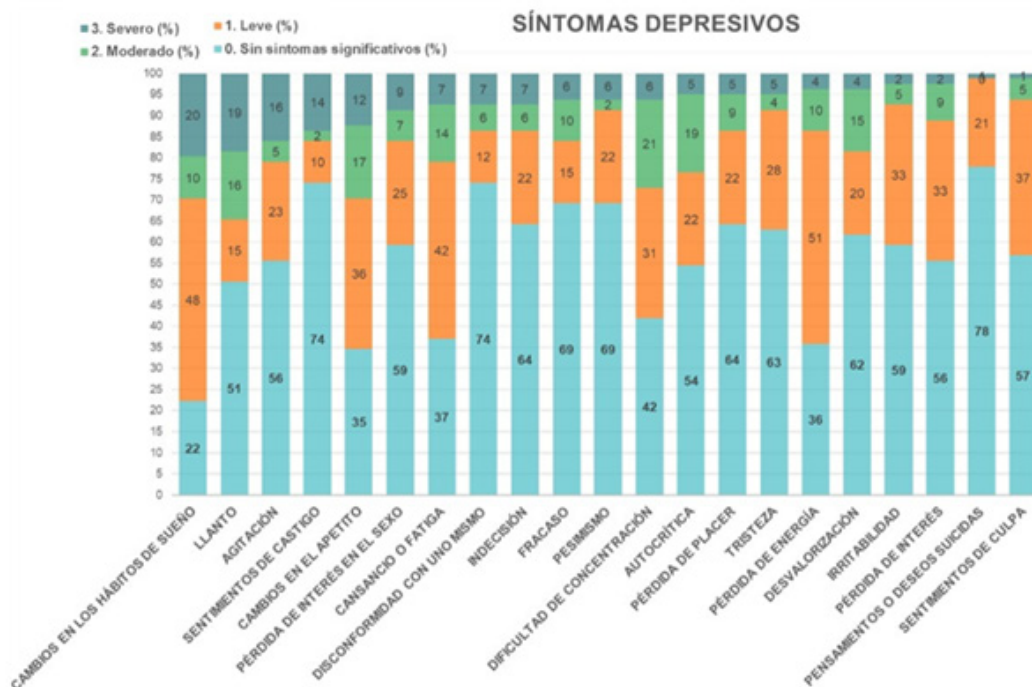


Figura 5. Síntomas de depresión expresados como porcentaje de las respuestas obtenidas.

Asociación entre síntomas depresivos y antecedente de atención en Salud Mental

En la encuesta se consultó sobre el antecedente de atención en servicios de Salud Mental. Más de la mitad de los encuestados respondió no haber recibido atención, en este grupo, los síntomas mínimos y leves fueron los más mencionados (Figuras 6 y 7).

SINTOMAS DEPRESIVOS MÍNIMOS + LEVES

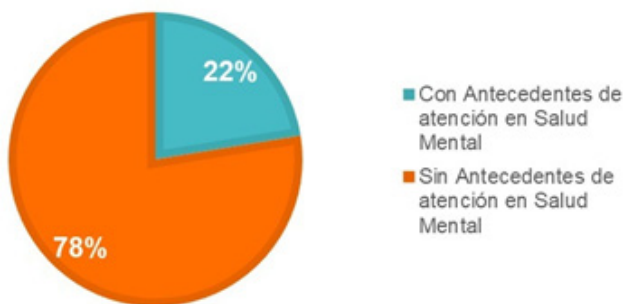


Figura 6. Distribución de personas con síntomas depresivos mínimos o leves clasificadas en función de sus antecedentes de atención en servicios de salud mental.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS MODERADOS + SEVEROS

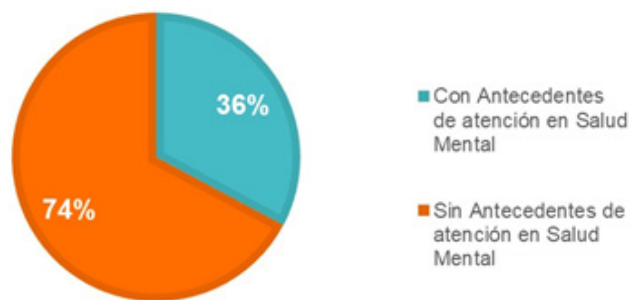


Figura 7. Distribución de personas con síntomas depresivos moderados o severos clasificadas en función de sus antecedentes de atención en servicios de salud mental.

La Tabla 2 ilustra la relación entre presencia y gravedad de síntomas depresivos y el antecedente de atención en servicios de Salud Mental. Según el valor de OR obtenido no se encontró una asociación entre estas variables.

Tabla 2 Asociación entre síntomas depresivos con el antecedente de atención en salud mental. Test: Chi2

Tabla 2 Asociación entre síntomas depresivos con el antecedente de atención en salud mental. Test: Chi2

	Antecedentes de atención en salud mental		OR	IC 95%	p
	Si	No			
Síntomas depresivos mínimos + leves	13 (22.41%)	45 (77.59%)	0,8185	0,2830 a 2,637	p=0,7250
Síntomas depresivos moderados + severos	6 (36.09%)	17 (73.91%)			

Asociación entre síntomas depresivos y el sexo de la población

La mayor parte de quienes contestaron la encuesta fueron de sexo femenino, siendo este grupo el que presentó mayor cantidad de síntomas depresivos moderados o severos comparado con el sexo masculino. Mientras que la presencia de síntomas depresivos mínimos o leves fue más equitativa entre ambos sexos (Figuras 8 y 9).

La Tabla 3 ilustra la relación entre la presencia y gravedad de síntomas depresivos y el sexo. Según el valor de OR obtenido se encontró asociación entre estas variables. Esto podría significar que ser mujer estaría asociado a tener síntomas depresivos, aunque según el valor de p obtenido, el sexo femenino no sería un factor de riesgo.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS MODERADOS + SEVEROS

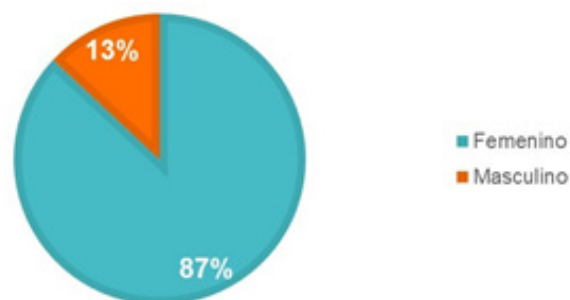


Figura 9. Distribución de personas con síntomas depresivos moderados y severos clasificadas en función del sexo.

SINTOMAS DEPRESIVOS MÍNIMOS + LEVES

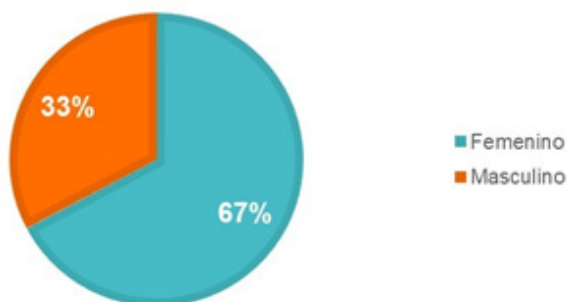


Figura 8. Distribución de personas con síntomas depresivos mínimos y leves clasificadas en función del sexo.

Tabla 3. Asociación entre síntomas depresivos y el sexo de la población. Test: Chi2

	Sexo		OR	IC 95%	P
	Femenino	Masculino			
Síntomas depresivos mínimos + leves	39 (67.24%)	19 (32.76%)	0,3079	0,08896 a 1,074	p=0,0721
Síntomas depresivos moderados + severos	20 (86.96%)	3 (13.04%)			

Asociación entre síntomas depresivos y pertenencia al personal de salud

Se evaluó la asociación entre los síntomas depresivos y la pertenencia al equipo de salud. La mayoría de las personas encuestadas no perteneció al personal de salud. Tanto en el personal de salud como en la población que no pertenece al equipo de salud la presencia de síntomas depresivos moderados o severos se observó en un tercio de las personas encuestadas. Se evidenció que los síntomas depresivos mínimos o leves fueron extensamente encontrados en la población que no pertenecía al personal de salud (Figuras 10 y 11). La Tabla 4 ilustra la relación entre la presencia de síntomas depresivos y la pertenencia al equipo de salud. Se concluyó que no existiría una asociación entre las variables analizadas.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS MODERADOS + SEVEROS

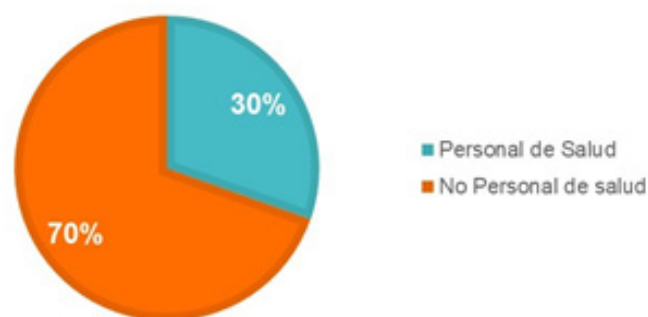


Figura 11. Distribución de personas con síntomas depresivos moderados y severos clasificadas en función de su pertenencia al equipo de salud.

SINTOMAS DEPRESIVOS MINIMOS + LEVES

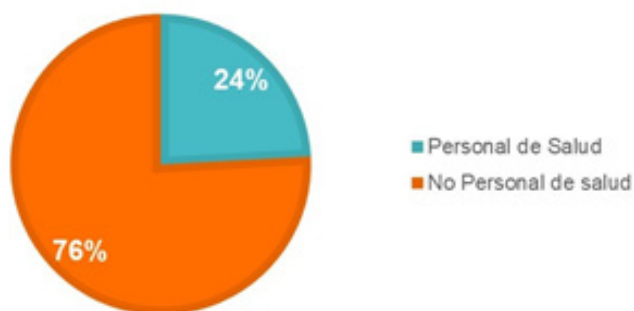


Figura 10. Distribución de personas con síntomas depresivos mínimos y leves clasificadas en función de su pertenencia al equipo de salud.

Tabla 4. Asociación entre síntomas depresivos y la pertenencia al equipo de salud.

Tabla 4. Asociación entre síntomas depresivos y la pertenencia al equipo de salud.

Test: Chi2

	Personal de salud	No personal de salud	OR	IC 95%	P
Síntomas depresivos mínimos + leves	14 (24.14%)	44 (75.86%)	0,7273	0,2678 a 1,970	p=0,5598
Síntomas depresivos moderados + severos	7 (30.43%)	16 (69.57%)			

Asociación entre síntomas depresivos y grupo etario

Se evidenció que en todos los rangos etarios predominaron los síntomas depresivos mínimos y leves. Sin embargo, entre los 18 y 34 años los síntomas depresivos moderados y severos preponderaron en relación con los demás grupos (Figura 12).

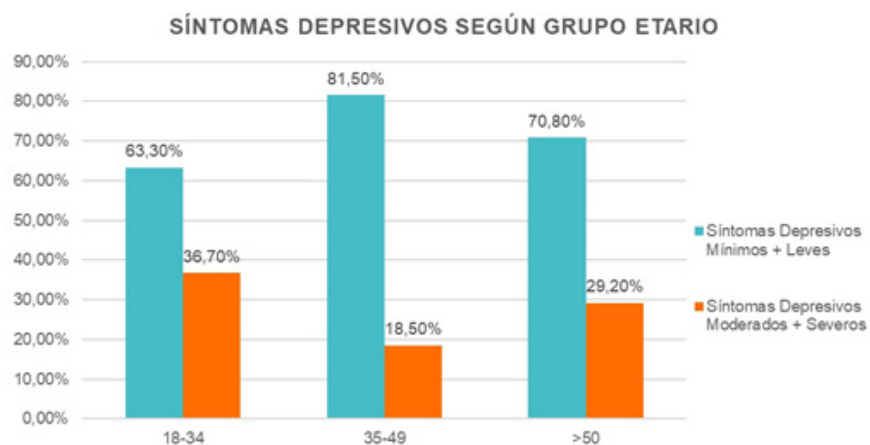


Figura 12. Distribución de síntomas depresivos en función del grupo etario de pertenencia (18 a 34 años, 35 a 49 años o mayores de 50 años).

En la tabla 5 se ilustra la relación entre los distintos grupos etarios y la presencia de síntomas depresivos. No se encontraron asociaciones estadísticas.

Tabla 5. Asociación entre síntomas depresivos y grupos etarios. Test Chi2.

Tabla 5. Asociación entre síntomas depresivos y grupos etarios. Test Chi2.

	Grupo etario			p
	18-34 años	35-49 años	>50 años	
Síntomas depresivos mínimos + leves	19 (63,3%)	22 (81,5%)	17 (70,8%)	p=0,093
Síntomas depresivos moderados + severos	11 (36,7%)	5(18,5%)	7(29,2%)	

Discusión

En el presente trabajo se realizó un análisis de la presencia de síntomas depresivos en la población mayor de 18 años de Añatuya, su relación con el sexo, la pertenencia al personal de salud, los antecedentes de atención en servicios de salud mental y los distintos grupos etarios de pertenencia. Se obtuvo asociación significativa únicamente en el análisis hecho en función del sexo. Es destacable que casi un 50% de la población presentó síntomas depresivos leves, moderados o severos.

A pesar de la vasta evidencia demostrada en los diversos estudios correspondientes a países del hemisferio norte, se remarca la ausencia de estudios estadísticos en la provincia de Santiago del Estero y diversas regiones de la Argentina.

La proporción de mujeres con síntomas depresivos resultó ser mayor comparada con el sexo masculino en el estudio realizado en Estados Unidos (7), siendo similar a los hallazgos obtenidos en el presente trabajo. Sin embargo, los resultados encontrados indican que pertenecer al sexo femenino no resultó ser un factor de riesgo.

Si bien en el presente trabajo se evaluaron únicamente síntomas depresivos, y no prevalencia de trastorno depresivo mayor, como en el estudio realizado en Argentina por Stagnaro y col (3), los valores obtenidos en cuanto a los grupos etarios fueron semejantes. Siendo los jóvenes de 18-34 años los más afectados, demostrando tener más síntomas moderados y severos, seguido por los mayores de 50 años.

Así mismo, la mediana de la edad de las personas encuestadas en el presente trabajo fue de 39 años, si se tiene en cuenta que el 75% de esta población nunca concurre a un servicio de salud mental y que en el trabajo de Stagnaro y col se estimó que la edad

de inicio de los trastornos del estado de ánimo fue de 29 años, podría considerarse que se trata de una población de riesgo (3).

Con respecto a la pertenencia al equipo de salud, se obtuvieron discrepancias con los hallazgos obtenidos en el trabajo realizado en Argentina por la Fundación FEMEBBA (8). Esto podría deberse al hecho de que dicho estudio fue realizado en época de pandemia, siendo éste un factor importante en la salud mental. Otro aspecto que podría estar involucrado es el tamaño de la ciudad en la que se llevó a cabo el estudio.

El presente trabajo tuvo varias limitaciones. En primer lugar, un tiempo muy 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. En segundo lugar, un n reducido que, si bien alcanzó el mínimo de individuos requerido en función de la población total, no logró obtener resultados significativos en todas las áreas analizadas a pesar de observar ciertas tendencias. Es también destacable que los participantes mostraron cierta reticencia, no solo por el tema a abordar, que en la actualidad sigue siendo tabú en amplias regiones del país, sino también por las diferencias socioeducativas e ideológicas encontradas.

Por último, debido al n reducido no fue posible categorizar los síntomas depresivos de manera independiente por lo que se agruparon los síntomas en mínimo/leve y moderado/severo. Fue por este motivo que no se pudieron realizar comparaciones con estudios previos.

Conclusión

A modo de conclusión, en este trabajo se observó la presencia de síntomas depresivos en casi un 50% de la población residente de Añatuya, Santiago del Estero, y en algunos casos, desafortunadamente, en forma severa.

En cuanto al antecedente de atención en servicios de Salud Mental, se registraron bajas tasas de consultas a psicólogos y/o psiquiatras, en contraposición a la alta tasa de síntomas depresivos en general.

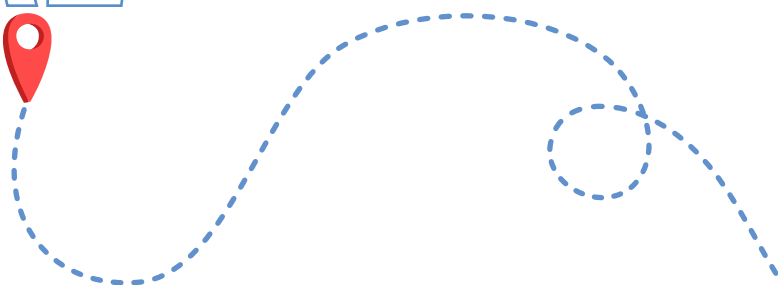
Es importante destacar que un tercio de las mujeres presentó síntomas moderados o severos de depresión, al igual que el personal de salud. Los adultos jóvenes entre 18 y 34 años fueron el grupo etario con mayor prevalencia de síntomas moderados y severos, seguido por los adultos mayores de 50 años.

Se considera indispensable, en base a los resultados obtenidos, incrementar la disponibilidad de personal especializado en salud mental para fomentar la prevención y detección precoz de esta patología tan prevalente, como también capacitar a todo el personal de salud para detectar síntomas sugestivos de depresión y poder realizar una derivación pertinente. Cabe destacar la importancia de un trabajo multidisciplinario, 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 (cartelería, folletería) sobre salud mental con el fin de promocionar la salud integral del individuo.

Bibliografía

1. WHO. (13 de Septiembre de 2021). Depresión. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. OPS. (8 de Octubre de 2020). No hay salud sin salud mental. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
3. Stagnaro, J., Cía, A., Vazquez, N., & Vommaro, H. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. Vertex. Revista argentina.
4. Grande, P. D. (2019). Cartografía de radios del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Obtenido de <https://mapa.poblaciones.org/>
5. Aaron T. Beck, R. A. (2011). Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
6. Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios de la ética para investigaciones médicas en seres humanos.
7. Villarroel, M. A.; Terlizzi, E. P. (2020). Symptoms of Depression Among Adults: United States, 2019. Obtenido de <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db379-H.pdf>
8. Fundación FEMEBA. (2021). Impacto psicofísico de la pandemia COVID19 en trabajadores de la salud en Argentina. Revista Argentina de Cardiología.

CHAMICAL



Estrés percibido y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Dr. Luis Agote, Chamental, La Rioja, noviembre 2021. Diseño observacional, descriptivo, transversal.

Autores: Boyadjian Thasmir¹, Brugna Pia¹, Galli Acuña Agustina¹, Gat Shelley¹, Mansilla Talia¹, Nieves Mariela², Rossi María Laura¹

¹ Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro

² Hospital Zonal Dr. Luis Agote, Ciudad de Chamental. La Rioja. Argentina.

Resumen

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis pueden tener repercusiones físicas y emocionales que generan un estrés percibido que afecta su calidad de vida.

Objetivo: Relacionar la calidad de vida con el estrés percibido en estos pacientes en Chamental, La Rioja, noviembre 2021.

Métodos: Diseño observacional descriptivo transversal. El estrés percibido se valoró mediante el instrumento "Perceived Stress Scale (PSS-14) y la "calidad de vida" mediante "Kidney Disease Quality Of Life -36 item (KDQOL-36)". Muestra= 15 pacientes. Los puntajes se describieron con media (desvió estándar). Se realizó correlación de Pearson entre los puntajes de ambas variables.

Resultados:

Puntaje estrés percibido 23,2 (8,5); Calidad de vida 81,8 (7,9) Los mayores puntajes en estrés percibido se correspondieron a que presentaron muy a menudo sensación de nerviosismo/estrés. En afrontamiento del estrés, a nunca haber tenido sensación de que las dificultades se acumulan tanto que no se puede superarlas. En calidad de vida, el buen funcionamiento físico y mental de los pacientes se correspondieron

a tener buena salud y a que sólo algunas veces se sintieron desanimados o tristes. En carga de la enfermedad renal, a no haberse sentido una carga para la familia. El síntoma que más manifestaron fue sequedad de piel y en los efectos de la enfermedad renal en la vida diaria, resaltaron la limitación de líquidos. La correlación entre percepción del estrés y calidad de vida fue no significativa ($p=0,763$).

Conclusión: Si bien no se observó asociación entre las variables, se destaca el nivel de estrés. Sería relevante abordar esta problemática con diferentes estrategias. **Palabras clave:** enfermedad renal crónica, hemodiálisis, estrés, calidad de vida.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y al estilo de vida (1). Dentro de las ENT, se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC) y sus principales factores de riesgo, la diabetes y la hipertensión arterial, aunque también otros, como el consumo de tabaco y el colesterol elevado, pueden predisponer a su desarrollo (2).

El tratamiento de sustitución de la función renal en estadios avanzados de la enfermedad es una de las opciones de abordaje y puede tener repercusiones

físicas y emocionales. El estrés que la hemodiálisis puede generar repercute asimismo en la calidad de vida del paciente (3,4).

La sintomatología consecuente a las sesiones de diálisis, así como la dependencia del tratamiento pueden ocasionar efectos negativos psicológicos y sociales como alteraciones de roles debido a la reducción del bienestar emocional, cambios en la imagen corporal y el aumento del tiempo dedicado al autocuidado (5,6). Todos estos aspectos pueden afectar la percepción del estrés asociado con la enfermedad y calidad de vida percibida relacionada con la salud (CVRS). Este último concepto alude a la percepción de la persona del impacto que tiene la enfermedad o su tratamiento en la capacidad del individuo para vivir una vida satisfactoria; es la relación entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, manifestada en la valoración que asigna a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y del tratamiento (7).

El estrés percibido se define como la forma en que un paciente encuentra que su vida es impredecible, incontrolable y sobrecargada. Es una respuesta adaptativa que el organismo tiende a presentar ante la necesidad de habituarse a una situación o entorno nuevos. El estrés provocado por la ERC repercute en la calidad de vida relacionada a la salud (8).

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud como un constructo multidimensional que incluye la percepción del individuo sobre su salud física, su estado emocional y sus relaciones sociales y su relación con la salud se refiere a los cambios que ocurren en las diferentes dimensiones de la calidad de la vida debido a la enfermedad, tratamientos, lesiones y discapacidades. La CVRS ha ganado relevancia en la práctica clínica debido a que va más allá del ámbito físico y tiene en cuenta las preferencias del paciente. Por lo tanto, se ha convertido en un elemento clave para (a) identificar cambios en el estado de salud, (b) describir la progresión de la enfermedad, (c) orientar la toma de decisiones terapéuticas, (d) evaluar los resultados de los ensayos clínicos, (e) evaluar las intervenciones médicas, (f) optimizar la asignación de recursos y (g) facilitar la comunicación entre los individuos afectados y miembros del personal sanitario (9).

La complejidad de la ERC impone un cambio de paradigma para su abordaje, basado en evidencia poblacional y en la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida en función de las decisiones informadas. Debe reorientarse la atención en los servicios de salud para centrar la atención en la persona y su contexto, y así intentar mejorar la calidad mediante el seguimiento y la adherencia terapéutica (2).

Si bien la bibliografía da cuenta de la relación entre estrés percibido y calidad de vida en pacientes

sometidos a hemodiálisis (5, 10-12), no se ha investigado sobre esta temática en el Hospital Luis Agote. El centro de hemodiálisis de esta institución se ha inaugurado en octubre del año 2017 y es de referencia para la derivación de pacientes no sólo de la ciudad de Chamental sino también de sus alrededores y zonas de influencia. Debido a los antecedentes mencionados, el objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre el nivel de estrés percibido y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en dicho centro.

Métodos

Diseño

El enfoque del presente estudio fue cuantitativo, descriptivo y correlacional. Fue cuantitativo ya que fue secuencial y probatorio. Fue descriptivo ya que se describieron las características de las variables principales, como así también las características sociodemográficas; se pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las mismas. Y fue correlacional ya que se cuantificó y se analizó la vinculación entre las dos variables principales (estrés percibido y calidad de vida). La evaluación de dicha relación sirvió para luego aceptar o rechazar la hipótesis.

El diseño de la investigación fue de tipo observacional, ya que no existió manipulación de variables y transversal porque se analizaron en un único tiempo.

Población

La población accesible fueron los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital Luis Agote durante noviembre de 2021.

A partir de la población accesible fue establecido el muestreo y el tamaño muestral. La técnica de muestreo del presente estudio fue de tipo no probabilística, por conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó con EPIDAT 3.1, considerando un IC de 95% y un margen de error en la estimación del 5%. El cálculo indicó que el número de pacientes a considerar dentro del estudio fue de 16 pacientes en hemodiálisis.

Criterios de inclusión

- Pacientes cuya edad sea mayor de 18 años.
- Pacientes que se atienden en el Hospital Luis Agote en el mes de noviembre de 2021.
- Pacientes en hemodiálisis.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones mentales.
- Pacientes desorientadas en tiempo, espacio y/o persona.
- No consentir participar.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no completen todas las respuestas de las encuestas

Resumen

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis pueden tener repercusiones físicas y emocionales que generan un estrés percibido que afecta su calidad de vida.

Objetivo: Relacionar la calidad de vida con el estrés percibido en estos pacientes en Chamental, La Rioja, noviembre 2021.

Métodos: Diseño observacional descriptivo transversal. El estrés percibido se valoró mediante el instrumento "Perceived Stress Scale (PSS-14) y la "calidad de vida" mediante "Kidney Disease Quality Of Life -36 item (KDQOL-36)". Muestra= 15 pacientes. Los puntajes se describieron con media (desvió estándar). Se realizó correlación de Pearson entre los puntajes de ambas variables.

Resultados: Puntaje estrés percibido 23,2 (8,5); Calidad de vida 81,8 (7,9) Los mayores puntajes en estrés percibido se correspondieron a que presentaron muy a menudo sensación de nerviosismo/estrés. En afrontamiento del estrés, a nunca haber tenido sensación de que las dificultades se acumulan tanto que no se puede superarlas. En calidad de vida, el buen funcionamiento físico y mental de los pacientes se correspondieron a tener buena salud y a que sólo algunas veces se sintieron desanimados o tristes. En carga de la enfermedad renal, a no haberse sentido una carga para la familia. El síntoma que más manifestaron fue sequedad de piel y en los efectos de la enfermedad renal en la vida diaria, resaltaron la limitación de líquidos. La correlación entre percepción del estrés y calidad de vida fue no significativa ($p=0,763$).

Conclusión: Si bien no se observó asociación entre las variables, se destaca el nivel de estrés. Sería relevante abordar esta problemática con diferentes estrategias.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, hemodiálisis, estrés, calidad de vida.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y al estilo de vida (1). Dentro de las ENT, se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC) y sus principales factores de riesgo, la diabetes y la hipertensión arterial, aunque también otros, como el consumo de tabaco y el colesterol elevado, pueden predisponer a su desarrollo (2).

El tratamiento de sustitución de la función renal en estadios avanzados de la enfermedad es una de las opciones de abordaje y puede tener repercusiones físicas y emocionales. El estrés que la hemodiálisis puede generar repercute asimismo en la calidad de vida del paciente (3,4).

La sintomatología consecuente a las sesiones de diálisis, así como la dependencia del tratamiento pueden

ocasionar efectos negativos psicológicos y sociales como alteraciones de roles debido a la reducción del bienestar emocional, cambios en la imagen corporal y el aumento del tiempo dedicado al autocuidado (5,6).

Todos estos aspectos pueden afectar la percepción del estrés asociado con la enfermedad y calidad de vida percibida relacionada con la salud (CVRS). Este último concepto alude a la percepción de la persona del impacto que tiene la enfermedad o su tratamiento en la capacidad del individuo para vivir una vida satisfactoria; es la relación entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, manifestada en la valoración que asigna a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y del tratamiento (7).

El estrés percibido se define como la forma en que un paciente encuentra que su vida es impredecible, incontrolable y sobrecargada. Es una respuesta adaptativa que el organismo tiende a presentar ante la necesidad de habituarse a una situación o entorno nuevos. El estrés provocado por la ERC repercute en la calidad de vida relacionada a la salud (8).

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud como un constructo multidimensional que incluye la percepción del individuo sobre su salud física, su estado emocional y sus relaciones sociales y su relación con la salud se refiere a los cambios que ocurren en las diferentes dimensiones de la calidad de la vida debido a la enfermedad, tratamientos, lesiones y discapacidades. La CVRS ha ganado relevancia en la práctica clínica debido a que va más allá del ámbito físico y tiene en cuenta las preferencias del paciente. Por lo tanto, se ha convertido en un elemento clave para (a) identificar cambios en el estado de salud, (b) describir la progresión de la enfermedad, (c) orientar la toma de decisiones terapéuticas, (d) evaluar los resultados de los ensayos clínicos, (e) evaluar las intervenciones médicas, (f) optimizar la asignación de recursos y (g) facilitar la comunicación entre los individuos afectados y miembros del personal sanitario (9).

La complejidad de la ERC impone un cambio de paradigma para su abordaje, basado en evidencia poblacional y en la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida en función de las decisiones informadas. Debe reorientarse la atención en los servicios de salud para centrar la atención en la persona y su contexto, y así intentar mejorar la calidad mediante el seguimiento y la adherencia terapéutica (2).

Si bien la bibliografía da cuenta de la relación entre estrés percibido y calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis (5, 10-12), no se ha investigado sobre esta temática en el Hospital Luis Agote. El centro de hemodiálisis de esta institución se ha inaugurado en octubre del año 2017 y es de referencia para la derivación de pacientes no sólo de la ciudad de Chamental sino también de sus alrededores y zonas de influencia. Debido a los antecedentes mencionados, el objetivo del presente estudio fue evaluar la relación

entre el nivel de estrés percibido y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en dicho centro.

Métodos

Diseño

El enfoque del presente estudio fue cuantitativo, descriptivo y correlacional. Fue cuantitativo ya que fue secuencial y probatorio. Fue descriptivo ya que se describieron las características de las variables principales, como así también las características sociodemográficas; se pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las mismas. Y fue correlacional ya que se cuantificó y se analizó la vinculación entre las dos variables principales (estrés percibido y calidad de vida). La evaluación de dicha relación sirvió para luego aceptar o rechazar la hipótesis.

El diseño de la investigación fue de tipo observacional, ya que no existió manipulación de variables y transversal porque se analizaron en un único tiempo.

Población

La población accesible fueron los pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital Luis Agote durante noviembre de 2021.

A partir de la población accesible fue establecido el muestreo y el tamaño muestral. La técnica de muestreo del presente estudio fue de tipo no probabilística, por conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó con EPIDAT 3.1, considerando un IC de 95% y un margen de error en la estimación del 5%. El cálculo indicó que el número de pacientes a considerar dentro del estudio fue de 16 pacientes en hemodiálisis.

Crterios de inclusión

- Pacientes cuya edad sea mayor de 18 años.
- Pacientes que se atienden en el Hospital Luis Agote en el mes de noviembre de 2021.
- Pacientes en hemodiálisis.

Crterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones mentales.
- Pacientes desorientadas en tiempo, espacio y/o persona.
- No consentir participar.

Crterios de eliminación:

- Pacientes que no completen todas las respuestas de las encuestas

Recolección de datos

Antes de comenzar con la recolección de datos se realizó una visita al centro de hemodiálisis del Hospital Luis Agote para obtener un primer contacto con los médicos y enfermeros a cargo, con sus pacientes y a su vez se presentaron los lineamientos del proyecto de investigación al equipo de Nefrología. Se tomó

conocimiento del total de pacientes y de los días y horarios en los que asistían; los turnos de hemodiálisis eran de lunes a sábados, estaban comprendidos en dos, el turno mañana, de 8 am - 12 pm y el turno tarde, de 13 - 17 pm. En base a dicho organigrama, las investigadoras pactaron visitas repartidas en ambos turnos, teniendo en cuenta los horarios de cada paciente para acudir durante los primeros lunes, martes y miércoles y así recabar los datos de la totalidad de los participantes.

Con el objetivo de comenzar a recolectar los datos, a todos los presentes cada día, mientras ya estaban preparados, realizando su sesión de 4 h de hemodiálisis, se les dio una breve introducción sobre el objetivo del estudio, su rol en el mismo, la importancia de su realización para la comunidad científica, para los profesionales del Hospital y para la comunidad de Chamental y sus alrededores. También se presentó el consentimiento informado, en el que se explicó que la participación era voluntaria, que el estudio no tenía beneficio económico y que no debían pagar para ser incluidos, finalmente se dio un momento para elaborar preguntas y despejar dudas.

Selección de técnica e instrumentos

Los datos del presente estudio fueron recolectados mediante dos herramientas validadas autoadministradas con asistencia de las investigadoras y en presencia de al menos un testigo.

Para evaluar la variable "estrés percibido" se utilizó el instrumento "Perceived Stress Scale (PSS-14)" y para evaluar la variable "calidad de vida" se utilizó el instrumento "Kidney Disease Quality -Of Life -36 item (KDQOL-36)". Se utilizaron las versiones en español de ambos instrumentos.

La Escala de Estrés Percibido de 14 ítems fue creada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) para evaluar la respuesta automática ante los estresores desde la autopercepción sin necesidad de acudir a mediciones fisiológicas o de laboratorio. Debe señalarse que la escala PSS-14 ha mostrado validez frente a marcadores biológicos de estrés, como cortisol salival y citoquinas. Fue diseñada para medir el grado en que las situaciones en la vida se valoran como estresantes. Esta escala es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS-14 se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Incluye las dimensiones estrés percibido y afrontamiento del estrés percibido (13,14).

El cuestionario KDQOL-36 es una versión abreviada del KDQOL-SF con 36 ítems para la evaluación de CVRS

en pacientes en diálisis, lo cual permite disminuir el tiempo de entrevista y mejorar su aceptación (15,16). KDQOL-36 es una medida de resultado, informada por el paciente, ampliamente utilizada para pacientes en diálisis. Incluye escalas de CVRS tanto genéricas como específicas de la enfermedad renal terminal, lo que facilita la comparación con otros subgrupos clínicos además de ofrecer especificidad y capacidad de respuesta al cambio de elementos de la CVRS importantes para los pacientes con ERC en estadio terminal (17). Es una medida específica de la CVRS y a su vez específica de la enfermedad renal. La primera versión contenía el Estudio de Resultados Médicos 36 (MOS SF-36) como un núcleo genérico de enfermedad crónica, y agregó elementos relevantes para los pacientes con enfermedad renal, como síntomas, carga de enfermedad, interacción social, aliento del personal y satisfacción del paciente.

El KDQOL-36 es una encuesta de 36 ítems con cinco subescalas:

- La medida SF-12 del funcionamiento físico y mental (ítems 1-12), con elementos sobre la salud general, los límites de actividad, la capacidad para realizar las tareas deseadas, la depresión y la ansiedad, el nivel de energía y las actividades sociales.
- Subescala de carga de enfermedad renal (ítems 13-16), con elementos sobre cuánto interfiere la enfermedad renal con la vida diaria, ocupa tiempo, causa frustración o hace que el encuestado se sienta como una carga.
- Subescala de síntomas y problemas (ítems 17-28), con elementos sobre qué tan molesto se siente un encuestado por dolores musculares, torácicos, calambres, picazón o sequedad de la piel, disnea, desmayo/mareo, falta de apetito, sensación de agotamiento, entumecimiento en las manos o los pies, náuseas o problemas con el acceso a la diálisis.
- Efectos de la enfermedad renal en la subescala de la vida diaria (ítems 29-36), con elementos sobre qué tan molesto se siente el encuestado por los límites de líquidos, las restricciones dietéticas, la capacidad para trabajar en la casa o viajar, sentirse dependiente de los médicos y otro personal, estrés o preocupaciones, vida sexual y apariencia personal.
- El componente genérico del KDQOL-36 (ítems 1-12) es el SF-12, el cual permite obtener 2 puntajes generales: el Resumen del Componente Físico (PCS) y el Resumen del Componente Mental (MCS). El componente específico del KDQOL-36 (ítems 13-36), permite obtener los puntajes de las subescalas específicas carga; síntomas/problemas, y efectos de la enfermedad renal.
- Las puntuaciones oscilan de 0 a 100, de manera que los puntajes más altos representan una mejor CVRS.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en Excel ad hoc para la carga y análisis de los datos recolectados. Los indicadores de naturaleza cualitativa fueron expresados con frecuencia absoluta, los de naturaleza cuantitativa fueron descriptos con media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIQ) según su distribución. Para testear la normalidad, se utilizó test de Shapiro - Wilk.

Para la comparación de las variables de investigación, se utilizó la correlación de Pearson. Se consideró un nivel de significación estadística menor a 0,05.

Aspectos éticos

Esta investigación se rigió bajo los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos según la última declaración de Helsinki (18). Se le solicitó a cada integrante, antes de la realización de la encuesta, la certificación de su participación voluntaria a dicho estudio, garantizando según la ley 25.328 de Protección de los Datos personales, el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre y su aceptación a los términos del consentimiento informado. No hubo riesgos o daños a los participantes durante esta investigación, todos los procedimientos se hicieron considerando el bienestar físico, psicológico y social del individuo.

Resultados

De la muestra estimada de 16 (dieciséis) pacientes, 1 (uno) fue excluido, debido a presentar desorientación en tiempo y espacio al momento de la entrevista, constatado por el equipo de salud mental del Hospital, constituyéndose en una muestra final de n=15 (quince) pacientes (Figura 1).

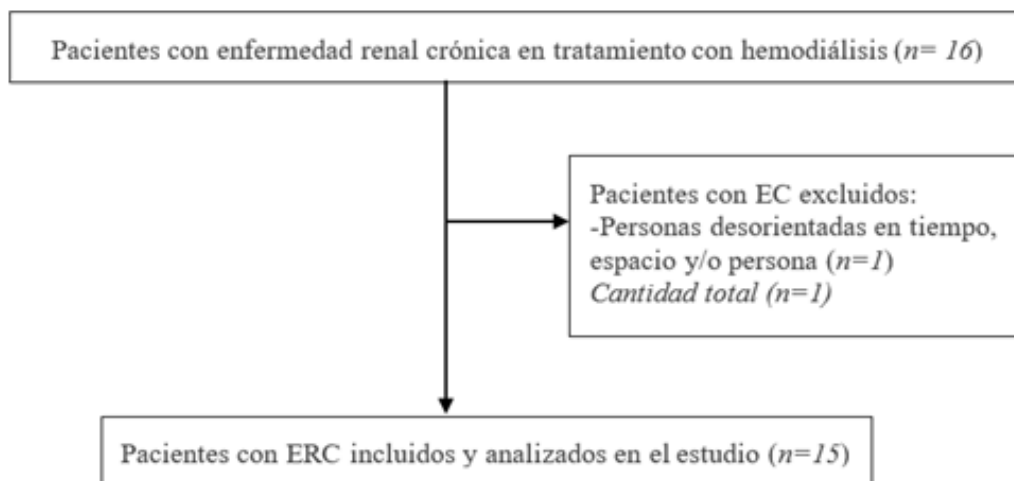


Figura 1. Diagrama de flujo

Se observó que la mayoría fue de sexo masculino y provenía de pueblos aledaños, con una media para la edad de 61 años. En cuanto al nivel educativo, predominaron los niveles bajos. La mediana del tiempo en hemodiálisis fue de 96 semanas.

El puntaje promedio de los participantes en la escala de percepción del estrés fue la mitad del valor máximo de 56 puntos y la media del puntaje para la escala de calidad de vida fue alta teniendo en cuenta su valor máximo de 100 puntos (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas en pacientes con ERC en hemodiálisis, Hospital Luis Agote, Chamental, La Rioja, noviembre de 2021. Caracterización de la muestra

Sexo n	4
Femenino	11
Masculino	61,2 (18,4)
Edad (años) media, (DS)	7
Lugar de residencia	8
Chamental	
Alrededores	2
Nivel educativo n	6
Primario completo	1
Primario incompleto	3
Secundario completo	1
Secundario incompleto	0
Terciario completo	2
Terciario incompleto	0
Universitario completo	96 (288)
Universitario incompleto	81,8 (7,9)
Tiempo en hemodiálisis (semanas) mediana (RIQ)	23,2 (8,5)
Calidad de vida (0-100 puntos) media (DS)	
Percepción del estrés (0-56 puntos) media (DS)	

Al analizar la percepción del estrés, los mayores puntajes obtenidos en estrés percibido se corresponden a que la mayoría de los pacientes en el último mes presentó muy a menudo sensación de *nerviosismo/estrés* y *muy a menudo tuvo la capacidad para controlar las dificultades de su vida*. Los puntajes más altos dentro

del afrontamiento del estrés pertenecen a quienes manifestaron nunca haber tenido sensación de que *las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas* y refirieron tener *sensación de seguridad sobre su capacidad para manejar sus problemas personales muy a menudo* en el último mes (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción del estrés en pacientes con ERC en hemodiálisis, Hospital Luis Agote, Chamental, La Rioja, noviembre 2021.
Percepción del estrés

Estrés percibido <i>media (DS)</i>	28 (11,7)
Afrontamiento del estrés <i>media (DS)</i>	19,4 (4,8)

En relación con la *calidad de vida*, al evaluar el PCS, la mayoría de los pacientes refirió *tener buena salud y nunca haber tenido problemas físicos y emocionales que dificultan sus actividades sociales*. Al evaluar MCS, solo algunas veces se sintieron *desanimados o tristes* y con respecto a la carga de la enfermedad renal,

refirieron *no haberse sentido una carga para la familia*. Finalmente, el síntoma causado por la enfermedad que más manifestaron fue *sequedad de piel* y con respecto a los efectos de la enfermedad renal en la vida diaria, les molestó la *limitación de líquidos*.

Tabla 3. Calidad de Vida en pacientes con ERC en hemodiálisis, Hospital Luis Agote, Chamental, La Rioja, noviembre 2021.
Dimensiones de Calidad de Vida

Funcionamiento físico (PCS) <i>media (DS)</i>	43,2 (16,6)
Funcionamiento mental (MCS) <i>media (DS)</i>	39,5 (17,4)
Carga de la enfermedad renal <i>media (DS)</i>	44,7 (5,5)
Síntomas y problemas <i>media (DS)</i>	31,5 (7,2)
Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria <i>media (DS)</i>	32,5 (5,5)

Al relacionar la Percepción del estrés con la Calidad de vida, la correlación fue no significativa ($r=0,085$, $p=0,763$) (Figura 2).



Figura 2. Correlación entre calidad de vida y estrés percibido. Centro de hemodiálisis, Hospital Luis Agote, Chamental, La Rioja, noviembre 2021

Discusión

En este trabajo no se observó correlación entre el estrés percibido y la calidad de vida. Estos resultados por un lado concuerdan con estudios para la detección de los cambios en la calidad de vida secundarios al progreso del daño renal y cómo los pacientes son capaces de mantener un bienestar mental a pesar del descenso en el bienestar físico (8). Los resultados coinciden también con un estudio multicéntrico, transversal cuyo objetivo principal fue identificar las variables que afectan el estrés percibido en pacientes con ERC en hemodiálisis, donde se encontró que las variables clínicas y de rutina de la hemodiálisis no mostraron relación con el estrés percibido en esta población y que la CVRS y la resiliencia constituían los principales predictores de estrés percibido en esta etapa de la enfermedad (19). Sin embargo, estos resultados no concuerdan con otros estudios que demostraron que los sujetos con síntomas de depresión, ansiedad y estrés tenían peor calidad de vida que los que no los tenían, destacando el impacto negativo de los síntomas psicológicos (12). Específicamente con respecto al estrés, los mayores puntajes obtenidos en estrés percibido se corresponden a que la mayoría de los pacientes en el último mes presentó muy a menudo sensación de nerviosismo/estrés y muy a menudo tuvo la capacidad para controlar las dificultades de su vida. Los puntajes más altos dentro del afrontamiento del estrés pertenecen a quienes manifestaron nunca haber tenido sensación de que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas y muy a menudo refirieron tener sensación de seguridad sobre su capacidad para manejar sus problemas personales en el último mes. Una investigación reveló que la prevalencia de síntomas de estrés entre los pacientes con diálisis fue significativamente alta, lo que contribuye significativamente a una reducción de la calidad de vida en los pacientes en diálisis en los dominios de salud física, salud psicológica e impacto social, mientras que aquellos sin estrés tuvieron una mejor calidad de vida (12).

En cuanto a calidad de vida, al evaluar el PCS, se observó que la mayoría de los pacientes refirió tener buena salud y nunca haber tenido problemas físicos y emocionales que dificultan sus actividades sociales. Al evaluar MCS, solo algunas veces se sintieron desanimados o tristes y con respecto a la carga de la enfermedad renal, refirieron no haberse sentido una carga para la familia. Finalmente, el síntoma causado por la enfermedad que más manifestaron fue sequedad de piel y con respecto a los efectos de la enfermedad renal en la vida diaria, les molestó la limitación de líquidos. Un estudio transversal demostró que la mayor calidad de vida se encuentra en pacientes que no enfrentaron dificultades con el entorno familiar o social y en aquellos que no ocultan el problema de salud de la comunidad. La enfermedad renal crónica en estadio avanzado afecta tanto a los pacientes como

a sus familias debido a los amplios cambios en el estilo de vida, por lo tanto, el apoyo social, por parte del cónyuge, familiares, amigos, colegas o la comunidad, se asocia significativamente con una mejor calidad de vida (20).

El presente trabajo tuvo como limitación el tamaño muestral pequeño, sin embargo, permite la formación de investigadores en contextos donde un estudio mayor no es factible, y sus hallazgos pueden ser aprovechados al momento de realizar una revisión sistemática del tema.

Conclusión

En relación a la percepción del estrés, los participantes presentaron un nivel de estrés medio; en relación a la calidad de vida, los puntajes obtenidos en promedio mostraron valores altos, lo que corresponde a que los participantes de la investigación presentan una buena calidad de vida. No se observó una correlación significativa entre la percepción del estrés y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, por lo que se rechazó la hipótesis de este estudio.

Bibliografía

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* [Internet]. 2020;395(10225):709-733
2. Torales S, Vallejos A, Valenti L. Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada. *Revista argentina salud pública*. 2018;9(53):33-7.
3. Suárez R, Piaggio N, Simesen G, Bearzi L, Lejtman N, Chávez C, et al., editores. Estudio multicéntrico de prevalencia de Enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología Argentina*. 2019;17(1)
4. Orias M, Rosa Diez GJ. Global Dialysis Perspective: Argentina. *Kidney360*. 2020;1(7):676-9.
5. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen B.L, Perkovic V. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 2021;398(10302):786-02.
6. García-Llana H, Remor E, Peso G, Selgas R. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología (Madr.)* [Internet]. 2014;34(5): 637-657.
7. Higuera-Gutiérrez LF, Velasco-Castaño JJ, Jiménez Quiceno JN. Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease in Hemodialysis in Medellín (Colombia). *Patient Preference and Adherence*. 2019;13:2061-70.
8. Yepes Delgado C. et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud. Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología*. 2009;29(6):548-5
9. Higuera-Gutiérrez LF, Velasco-Castaño JJ, Jiménez Quiceno JN. Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease in Hemodialysis in Medellín (Colombia). *Patient Preference and Adherence*. 2019;13:2061-70
10. Zúñiga C, Dapuetto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación

de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Revista médica de Chile*. 2009;137(2):200-207.

11. Um-e-Kalsoom, Khan S, Ahmad I. Impact of hemodialysis on the wellbeing of chronic kidney diseases patients: a pre-post analysis. *Middle East Current Psychiatry*. 2020;27(54).

12. Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CT, Morad Z. Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian Journal of Psychiatry*. 2015;18:49-2.

13. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96.

14. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 2006;9(1):86-93

15. WHOQOL - Measuring Quality of Life | The World Health Organization [Internet]. The World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>

16. Cohen DE, Lee A, Sibbel S, Benner D, Brunelli SM, Tentori F. Use of the KDQOL-36™ for assessment of health-related quality of life among dialysis patients in the United States. *BMC nephrology*,

(2019);20(1),112. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1295-0>.

17. Peipert JD, Nair D, Klicko K, Schatell DR, Hays RD. Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short Form Survey (KDQOL-36) Normative Values for the United States Dialysis Population and New Single Summary Score. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2019;30(4):654-63.

18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios de la ética para investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Obtenido de: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf

19. García-Martínez P, Ballester-Arnal R, Gandhi-Morar K, Castro-Calvo J, Gea-Caballero V, Juárez-Vela R, Saus-Ortega C. Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(2):536

20. Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Materia Socio Médica*. 2015;27(5):305-9.

CHILECITO



Estado nutricional y hábitos alimentarios en población de 2 a 12 años consultante del Hospital Eleazar Herrera Motta y centros de salud asociados en el Departamento de Chilecito, La Rioja, durante noviembre de 2021. Diseño observacional, y de corte transversal.

Autores: Bocassi Federico¹, Villarruel Micaela¹, Beisa Natalia¹, Lyonnet Dolores¹, Medina Pablo², Cimbaro Francisco Stefano¹, Olea Fernanda Daniela¹

1 Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro

2 Hospital Eleazar Herrera Motta, Departamento de Chilecito. La Rioja, Argentina

Resumen

Introducción.

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de muerte, siendo la malnutrición un factor de riesgo para su desarrollo. La última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud demostró alta prevalencia de malnutrición en población infantil del noroeste argentino.

Objetivo. Describir y evaluar asociación entre estado nutricional y hábitos alimentarios en la población pediátrica consultante del Hospital Eléazar Herrera Motta y centros de salud asociados en Chilecito durante noviembre de 2021.

Metodología. En niños de 2 a 12 años que consultaron al Hospital Eleazar Herrera Motta y centros de salud asociados, se midieron variables sociodemográficas, antropométricas (talla/edad e índice de masa corporal/edad) y alimenticias (frecuencia de consumo de alimentos). Los datos cuantitativos se compararon mediante test de Kruskal-Wallis y se calculó el Coeficiente de correlación Spearman. Para el análisis de las variables cualitativas se aplicó test de Chi cuadrado y se calculó el OR. Nivel de significancia $\alpha = 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 59 pacientes con media de índice de masa corporal/edad de $0,63 \pm 1,54$ y talla/

edad $0,36 \pm 1,32$. Se evidenció una asociación de fuerza moderada entre el consumo de verduras y un alto y muy alto peso para la edad. Habiéndose demostrado una relación inversamente proporcional en donde a menor consumo de verduras se encuentra un mayor IMC para la edad.

Conclusión. El 33,9% de los niños, niñas y adolescentes no cuentan con las medidas antropométricas esperadas para su edad, siendo el tipo de malnutrición por exceso el de mayor prevalencia (27,1%). Los hábitos alimentarios distan de los recomendados. Es necesaria la implementación de estrategias para incorporar estas recomendaciones.

Palabras clave: Malnutrición; Obesidad; Antropometría; Pediatría.

Introducción

La infancia constituye un periodo crítico para el desarrollo y configuración de los hábitos alimentarios y estilo de vida que repercutirán en la salud, tanto durante la niñez y adolescencia, como en la adultez, teniendo impacto no solo a nivel individual, sino también colectivamente (1).

La adopción de hábitos alimentarios saludables en la infancia resulta fundamental para promover el crecimiento y desarrollo adecuado. Las evidencias sugieren que las elecciones alimentarias establecidas durante este periodo se consolidan a lo largo de la vida y se adquieren a través de la experiencia directa con

la comida y con el entorno familiar y social (2). Es por esto que en esta etapa es menester intervenir sobre los hábitos alimentarios de esta población, dado que tendrá un impacto significativo en la salud actual y futura, así como también en la educación y economía (3).

Actualmente las enfermedades no transmisibles constituyen la primera causa de muerte a nivel global y la malnutrición es uno de los factores de riesgo que pueden contribuir a su desarrollo. A lo largo de las últimas décadas, se ha observado un rápido incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel global en todos los grupos etarios, sobre todo en la infancia (4).

En Argentina, las formas más frecuentes de malnutrición en población pediátrica son el sobrepeso y la obesidad en todos los estratos socioeconómicos. Según el Análisis de Situación de la Niñez y la Adolescencia en Argentina (SITAN) y la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2), en 2018-2019, el 13,6% de los menores de 5 años presentaron sobrepeso y obesidad, aumentando esta cifra a un 41% en niños, niñas y adolescentes (NNyA) de 5 a 17 años. Ahora bien, la malnutrición por déficit es baja desde una perspectiva poblacional y posee una relación inversamente proporcional con el nivel de ingresos (4,5).

La valoración nutricional puede ser definida como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida en que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes (6). La valoración del crecimiento en pediatría, mediante la utilización de los indicadores antropométricos, es útil para reflejar el estado de salud de los niños, ya que expresa la vía final común en la cual convergen todos los factores que lo modulan: nutrición, salud y bienestar general (7).

La alimentación es un proceso consciente y voluntario que implica ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer (8). La alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sano (9). Según las Guías alimentarias para la población argentina (GAPA), es necesario cumplir con 10 recomendaciones contempladas para cumplir con una alimentación saludable: incorporar diariamente alimentos de todos los grupos, realizar al menos 30 minutos de actividad física, tomar 8 vasos de agua segura, consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores, reducir el consumo de sal y alimentos con elevado contenido de sodio, consumir diariamente leche, yogur o queso (preferentemente descremados), al consumir la carne quitarle la grasa

visible, aumentar el consumo de pescado, huevos, consumir legumbres (preferentemente integrales), consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas y limitar el consumo de bebidas alcohólicas (10). Es por esto, que las diferentes guías alimentarias engloban bajo el término de alimentos recomendados a todos aquellos alimentos que poseen alta densidad de nutrientes y concentración de los mismos por unidad de energía como son las verduras, frutas, cereales integrales, legumbres, lácteos; mientras que los alimentos no recomendados constituyen alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal (bebidas azucaradas, productos de copetín, de pastelería, golosinas y productos congelados). Cabe destacar que la alimentación en la población pediátrica no se limita a cubrir las necesidades nutricionales de la infancia, sino que también constituye uno de los factores más importantes para su crecimiento y desarrollo armónico e integral como persona. Para la infancia, alimentarse se trata de una verdadera experiencia de vida, de intercambio y reciprocidad, entre el infante y quien le brinda el alimento, es por esto, que, de acuerdo a la edad de vida, las guías alimentarias proponen diferentes tipos de alimentos, acorde a sus necesidades nutricionales y proyecciones de crecimiento y desarrollo (9).

La prevalencia de la pobreza e indigencia en Argentina presenta una distribución heterogénea, siendo mayor en las regiones noreste y noroeste del país. En la provincia de La Rioja, el 37,8% de las personas se encuentran bajo la línea de pobreza y el 4,6%, bajo la de indigencia (11). El departamento de Chilecito, La Rioja, cuenta con alrededor de 60.000 habitantes y es el segundo más poblado de la provincia luego de la Capital.

La desnutrición por déficit y exceso de peso son dos consecuencias de la problemática del acceso a los alimentos que tiene la población. A nivel nacional, durante el período 2016-2018, la inseguridad alimentaria, es decir, la imposibilidad de acceso a alimentos seguros se duplicó respecto a los dos años previos, siendo los NNyA los más perjudicados (3). En consonancia con el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso, se observan un incremento en los hábitos alimentarios no recomendados según las GAPA (5,10).

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo humano caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos se produzcan con total normalidad es fundamental una adecuada nutrición. La desnutrición es el resultado fisiopatológico de una ingesta deficiente de alimentos. Dicha carencia se caracteriza por su continuidad temporal y puede responder también a

procesos en los que la capacidad de absorción está disminuida o a defectos metabólicos en los que existe una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos (12).

Es importante destacar que el concepto de nutrición/desnutrición está atravesado por tres dimensiones: la biológica, la social y la ambiental, es así que existen múltiples determinantes de la desnutrición, los cuales pueden clasificarse en inmediatos, subyacentes y básicos. Entre los determinantes inmediatos se encuentran las dietas insuficientes (en cantidad y calidad) y algunas enfermedades reincidentes (diarrea, parasitosis, etc.). Dentro de los determinantes subyacentes se encuentran la inseguridad alimentaria, la falta de asistencia médica, inadecuados servicios de salud, agua y saneamientos unidos a malas condiciones higiénicas, entre otros. Los determinantes básicos son los sistemas políticos, económicos y sociales deficientes, que llevan a la inequidad de distribución de recursos y falta de educación y conocimientos, y la pobreza, siendo esta última el principal determinante estructural para la desnutrición (13). Es bien conocida la existencia de una fuerte relación entre la pobreza y la desnutrición, que, si bien no determina la muerte, posee un grave impacto en distintos ámbitos: cómo la morbimortalidad, la educación y la productividad, constituyendo uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad (14). De modo que la desnutrición en la niñez constituye uno de los problemas de mayor relevancia en la actualidad en materia de salud pública, influye en gran medida en las altas tasas de morbimortalidad infantil, genera también altos costos económicos y sociales (gastos hospitalarios, baja productividad, gastos en educación, menor capacidad laboral), e incrementa el riesgo de daño neuropsicológico irreversible.

La malnutrición por exceso, como la obesidad y el sobrepeso, constituye un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones epidémicas en distintos países y regiones del mundo. Esta tendencia se observa tanto en la población adulta como en la infanto-juvenil. Según datos de 2010 de la Base de Datos Global sobre Crecimiento Infantil y Malnutrición de la OMS, la Argentina presenta el mayor porcentaje de obesidad infantil en niños y niñas menores de cinco años en la región de América Latina con un 7,3% de prevalencia. La guía de Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina (2019) informa que, el 30% de los niños en edad escolar sufren sobrepeso, mientras que un 6% presenta obesidad (8). En la población infantil se define sobrepeso a un índice de masa corporal (IMC) que se encuentra entre la línea de puntuación z_1 y z_2 , la obesidad se define con puntaje z mayor o igual a 2 y la obesidad grave con un puntaje z mayor o igual a 3 según sexo y edad (15).

Es importante destacar que la obesidad es una enfermedad multifactorial, en donde muchos factores pueden propiciarla: factores intrauterinos, perinatales (obesidad, tabaquismo y diabetes materna), antecedentes familiares y sociales (obesidad parental, nivel socioeconómico bajo, preferencias alimentarias de los padres), factores postnatales (mayor peso a los 8 y 18 meses de edad, rebote adipocitario temprano y alta tasa de ganancia de peso en los primeros 12 meses de vida) (16).

Según la ENNyS2, los NNYA de la Argentina, se desarrollan en un escenario epidemiológico en el que conviven situaciones de déficit y de exceso de peso. Sin embargo, tanto el sobrepeso como la obesidad constituyen las formas más prevalentes de malnutrición en NNYA en todos los estratos sociales (5).

Dentro del análisis realizado como parte del estudio Global Burden of Disease se sugiere que las dietas que carecen de una nutrición adecuada son actualmente uno de los principales factores para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles, principal causa de muerte a nivel mundial (17,18).

Al analizar los patrones de consumo de alimentos en la Argentina, la ENNyS2 presenta sus hallazgos por región (Gran Buenos Aires, Centro, Noreste, Noroeste, Cuyo y Patagonia) evidenciando que el patrón alimentario del Nor-Oeste Argentino (NOA) se encuentra sumamente alejado de las recomendaciones de las GAPA. Enfocándonos en la población de estudio, esta constituye la región con menor consumo de fruta, solo un 23,3% de los NNYA refieren consumir frutas frescas al menos una vez al día durante los últimos 3 meses (siendo 32% el valor promedio nacional). Por otro lado, también se encuentra por debajo del promedio nacional de consumo de verdura, teniendo un 29,6% de frecuencia de consumo al menos una vez al día frente al 37,8% nacional. Así mismo es la región que cuenta con menor consumo de lácteos (leche, yogurt y queso) y de pescados. Por último, es la zona de la Argentina con mayor consumo de bebidas azucaradas (5).

Respecto a los valores antropométricos, la ENNyS2 devela que la población de 5 a 17 años en Argentina cuenta con un 20,7% de sobrepeso y 20,4% de obesidad. Con respecto al NOA, constituye la segunda región con mayor prevalencia de bajo peso (2,3%) frente a un porcentaje nacional de 1,4%, y es una de las regiones con mayor porcentaje de obesidad en Argentina, contando con 22% de NNYA con obesidad, frente a un 20,4% de la media nacional (5). La United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), tomando la base de datos del programa SUMAR en 2016, estimó un porcentaje de sobrepeso entre los NNYA de La Rioja de 40,3% y de obesidad de 38,7%, ambos valores por encima de los valores nacionales estimados en el mismo estudio de

33,2% y 31,6 % respectivamente (5,10).

Si bien a través de la Encuesta ENNyS queda evidenciado que el NOA es una región con gran prevalencia de malnutrición y uno de los patrones alimentarios más alejados de las guías GAPA de la Argentina, no se encuentran estudios que aborden las particularidades nutricionales al interior de esta región, en ningún rango etario. Vale aclarar que dicha área involucra 6 provincias: Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán, que podrían presentar gran heterogeneidad (5). La profundización de esta información de las condiciones nutricionales del NOA, es de gran relevancia para la configuración de estrategias que puedan abordar este tema prioritario en la agenda sanitaria, en clave regional, respondiendo a las necesidades particulares de cada población y a sus propios hábitos.

Dado que aún no existe un diagnóstico de situación epidemiológica actualizado sobre el estado nutricional y los patrones alimentarios de la población pediátrica de Chilecito, creemos que es indispensable obtener dicha información para formular intervenciones en salud pública que den respuesta a esta problemática prioritaria en la agenda sanitaria. Consideramos que es fundamental trabajar sobre estos aspectos en la infancia, dado que esta etapa vital representa una oportunidad única para el establecimiento de hábitos de alimentación saludable y de actividad física los cuales serán un factor protector para el individuo contra la obesidad.

En base a lo enunciado anteriormente, hipotetizamos que en los NNyA de 2 a 12 años del área programática perteneciente al Hospital Eleazar Herrera Motta y centros lindantes existe un mayor porcentaje de malnutrición más por exceso que por déficit de alimentos, y que la malnutrición por exceso se asocia a una mayor frecuencia de consumo de alimentos no recomendados. Por este motivo es que mediante este trabajo proponemos evaluar si existe asociación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en la población infantil de entre 2 y 12 años consultantes del servicio de Pediatría del Hospital Eleazar Herrera Motta y centros de salud asociados en el Departamento de Chilecito.

Métodos

Diseño

El diseño del estudio fue observacional, de corte transversal. Se describieron el estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes de 2 a 12 años consultantes del Hospital Eléazar Herrera Motta y centros de salud asociados en Chilecito, La Rioja, durante noviembre del 2021.

Población

La población accesible se encuentra constituida por NNyA de 2 a 12 años de edad consultantes del Hospital Eléazar Herrera Motta y centros de salud asociados en Chilecito, La Rioja, durante noviembre del 2021. La unidad de análisis la constituyen pacientes pediátricos. El muestreo llevado a cabo fue no probabilístico intencional. La selección de los sujetos estudiados fue secundaria a determinados criterios y características que debían cumplir.

Criterios de inclusión:

- NNyA de 2 a 12 años de edad que consultaron espontáneamente al Servicio de Pediatría del Hospital Eléazar Herrera Motta y centros de salud asociados, acompañados por su madre, padre o tutor responsable de su alimentación (quien prepara, entrega y acompaña al niño o niña en su alimentación y pasa mínimamente 5 días con él o ella)

- Aceptación por parte de la madre, padre o tutor de que el niño o niña sea participe en la investigación.

Criterios de exclusión:

- NNyA con enfermedad crónica metabólica y otras patologías que afecten la valoración antropométrica.
- NNyA bajo tratamiento médico o dietético al momento de la evaluación.
- Consultantes que concurren acompañados por su madre, padre o tutor responsable de su alimentación y estos se encontraran en condición de analfabetismo y ausencia de un testigo/tercero al estudio

Criterios de eliminación:

- Presentación de cuestionario incompleto
- Carencia de datos antropométricos completos

Recolección de datos e instrumentos utilizados

La recolección de las variables sociodemográficas utilizadas en el presente trabajo se realizó a través de la práctica de una anamnesis dirigida al paciente pediátrico y al acompañante que se encontraba con él en el momento de la consulta, ya sea ésta en ámbito hospitalario o en centros de salud primario. Esta anamnesis también fue utilizada para cerciorar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de las variables alimentarias se utilizó el Bloque 6 -Frecuencia de consumos de alimentos- de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2021 (ENNyS). Este bloque 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

con la presencia de un testigo independiente del estudio, quien también firmó el consentimiento. El cuestionario utilizado constó de diecisiete grupos de alimentos y la frecuencia de consumo se midió en unidad de tiempo (mensual, semanal, diaria). La escala de puntuación fue de 0 a 8 donde 0: nunca o menos de una vez al mes, 1: entre una y tres veces al mes, 2: una vez por semana, 3: dos a cuatro veces por semana, 4: cinco a seis veces por semana, 5: una vez al día, 6: entre dos y tres veces por día, 7: entre cuatro y cinco veces al día, 8: seis veces o más por día.

Una vez completada la encuesta se prosiguió con la medición de las variables antropométricas. Para evaluar el peso del paciente se hizo uso de la balanza de adultos o de la balanza pediátrica según pesara más o menos de 16 kg respectivamente y según la actitud del niño en la consulta. Para evaluar la talla se utilizó un tallímetro con el paciente de pie. Las mediciones antropométricas recabadas se volcaron al formulario de Google en línea en el cual el/la tutor/a responsable del paciente respondió la encuesta.

Análisis estadístico

Los datos fueron cargados en una base ad hoc en Microsoft Excel y analizados utilizando el programa GraphPad Prism 8. Se evaluó la distribución de los datos de las variables cuantitativas con el test de D'Agostino & Pearson. Las variables "índice de masa corporal para la edad" y "talla para la edad" se describieron como media \pm desvío estándar mientras que la variable "edad" se describió como mediana e intervalo intercuartílico según presentaron distribución paramétrica/normal y no paramétrica/no normal, respectivamente. Las variables cualitativas/categorías se describieron como frecuencia absoluta y porcentajes. Se acepta un p valor $<0,05$ como estadísticamente significativo.

Con el objetivo de buscar asociación entre alto peso/muy alto peso y la frecuencia de consumo según grupo alimentario encuestado se armaron tablas de contingencia de 2 x 2 en las que se contrastó la frecuencia de consumo mensual/semanal (respuestas codificadas 0, 1, 2, 3 o 4) y diario (respuestas codificadas 5, 6, 7 u 8) categorizándola según el Z score del IMC para la edad (IMC/e) en alto peso/muy alto peso y peso adecuado/alerta bajo peso y se aplicó la prueba de chi cuadrado y se calculó la razón de probabilidades (odds ratio, OR). Aquellos grupos alimentarios que no cumplieron con los requisitos de aplicación de la prueba del chi cuadrado, como lo fueron el consumo de carnes rojas/carnes de ave/huevos, productos de copetín o golosinas, se calculó el p valor a través del test exacto de Fischer.

Se aplicó el test de Kruskal-Wallis para comparar el puntaje Z del IMC/e según la frecuencia de consumo arbitrario mensual (respuestas codificadas 0 o 1), semanal (respuestas codificadas 2, 3 o 4) y diario

(respuestas codificadas 5, 6, 7 u 8) para los diecisiete grupos alimentarios encuestados. En aquellos casos en que se comprobó diferencia estadísticamente significativa, se contrastó entre sí cada uno de los grupos de Z IMC/e según la frecuencia de consumo a través del test a posteriori.

Para buscar correlación entre el IMC/e y la frecuencia de consumo de los distintos grupos alimentarios se calculó el coeficiente de correlación r de Spearman.

Aspectos éticos

Con respecto al acceso a la información personal, se recabó en primer lugar el asentimiento del menor y el consentimiento del responsable legal del mismo. En el caso de niños de 2 a 12 años se obtuvo el consentimiento informado de los progenitores o tutores, y el asentimiento del menor a partir de los 7 años. Ante situaciones de autonomía disminuida de los responsables por desventaja educativa (analfabetismo), se decidió brindar una protección adicional mediante la participación de un testigo independiente de la investigación durante el proceso del consentimiento y recolección de datos. Este testigo también firmó el consentimiento informado.

Para el desarrollo de la investigación se siguen los principios generales y los lineamientos de privacidad, confidencialidad y consentimiento de la Declaración de Helsinki. Acorde a la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley N° 26.529), se garantiza la intimidad y la confidencialidad en el manejo de la información y de la documentación clínica.

Resultados

La muestra final fue conformada por 59 pacientes pediátricos que consultaron al Hospital Eleazar Herrera Motta y centros de salud periféricos asociados, Chilecito, La Rioja, durante el mes de noviembre de 2021. El diagrama de flujo se dispone en la Figura 1.

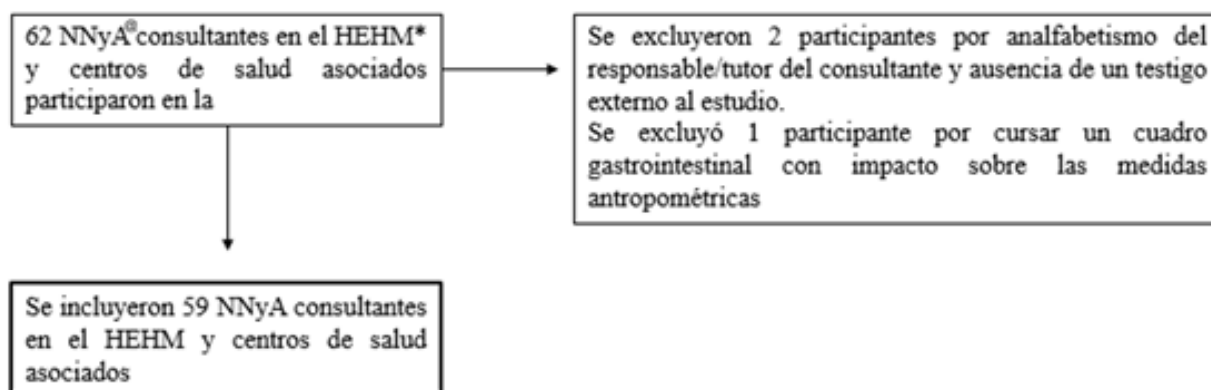


Figura 1. Diagrama de flujo del grupo de estudio. * HEHM: Hospital Eleazar Herrera Motta. @NNyA: Niños, niñas y adolescentes.

Con respecto a las características sociodemográficas y antropométricas de los participantes que conformaron la muestra final, la mediana de edad fue de 5 años con un rango intercuartílico (RIQ, Q3-Q1) de 3-8, con predominio de consultantes de sexo femenino. La mayoría se encontró en peso y talla adecuados para la edad (62,7% y 71,2%, respectivamente). El 18,6% (n=11) cumplió los criterios de clasificación para alto peso y el

8,5% (n=5) lo hizo para muy alto peso, en contraste con los que presentaron bajo peso y muy bajo peso para la edad (2% para cada grupo). De este modo, es evidente que la proporción de participantes con alto/muy alto peso es ampliamente superior a los que tienen bajo/muy bajo peso (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas y antropométricas de la muestra

Grupo de estudio (n=59)	
<i>Edad (años), mediana y RIQ (Q3-Q1)</i>	5 (3-8)
<i>Sexo</i>	
Masculino, n (%)	33 (55,9)
Femenino, n (%)	26 (44,1)
Índice de masa corporal para la edad, <i>media ± DE</i>	0,63 ± 1,54
Muy alto peso, n (%)	5 (8,5)
Alto peso, n (%)	11 (18,6)
Peso adecuado, n (%)	37 (62,7)
Alerta bajo peso, n (%)	2 (3,4)
Bajo peso, n (%)	2 (3,4)
Muy bajo peso, n (%)	2 (3,4)
Talla para la edad, <i>media ± DE</i>	0,36 ± 1,32
Talla alta, n (%)	11 (18,6)
Talla adecuada, n (%)	42 (71,2)
Talla alerta, n (%)	2 (3,4)
Talla baja, n (%)	3 (5,1)
Talla muy baja, n (%)	1 (1,7)

Frecuencia de consumo según grupos alimentarios

Con respecto al consumo de frutas frescas, el 29% (n=17) refirió ingerir una porción con una frecuencia de dos a cuatro veces por semana y el 31% (n=18), una porción diaria; solo una persona refirió consumir cuatro a cinco porciones por día. El 37% (n=22) manifestó ingerir verduras -exceptuando papa y batata- dos a cuatro veces por semana y el 17% (n=10), una vez por día. El 36% (n=21) refirió consumir dos a tres veces por día papa, batata y cereales refinados. Por otro lado, el 51% (n=30) de los encuestados refirió consumir aceite de origen vegetal entre dos y tres veces al día.

En relación con el consumo habitual de alimentos derivados de animales, el 47% (n=28) de los participantes manifestó consumir entre dos y tres porciones de lácteos por día y el 19% (n=11) entre dos y cuatro veces por semana. El 37% (n=22) de los participantes refirió consumir embutidos y/o fiambres entre una y tres veces al mes, mientras que el 27% (n=16) los consume una vez por semana y el 12% (n=7) lo hace de dos a cuatro veces por semana. El 31% (n=18) consume carne roja, carne de ave o huevos con una frecuencia de dos a cuatro veces por semana.

Por otro lado, el 29% (n=13) negó consumir productos de copetín o hacerlo menos de una vez al mes y el 27% (n=16) manifestó consumirlos entre una y tres veces al mes. El 15% (n=10) refirió consumir este tipo de alimentos de dos a tres veces por semana.

Con respecto a las golosinas, el 29% (n=17) refirió consumir entre dos y tres veces por mes. El 20% (n=12) mencionó elegir golosinas una vez por semana y el 19% (n=11), entre dos y tres veces por semana. El 15% (n=9) de los participantes reportó que consume una golosina diariamente.

El 31% (n=18) de los encuestados ingirieron productos de panadería, pastelería y galletitas dulces entre dos y tres veces por mes, mientras que el 20% (n=12) lo hizo de dos a cuatro veces por semana y el 8% (n=5), una vez por día.

El grupo de alimentos con menor frecuencia de consumo lo constituyeron los productos congelados preelaborados; este grupo no se elige o se consume menos de una vez por mes para el 93% (n=55) de los encuestados. En segundo lugar, se ubica el consumo de frutos secos y/o semillas sin salar, mostrando que el 73% (n=43) nunca los ingiere o lo hacen menos de una vez al mes. El tercer alimento con menos frecuencia de consumo fue el pescado fresco o enlatado: el 66% (n=39) refirió nunca ingerirlo o hacerlo menos de una vez al mes. Finalmente, el 37% (n=22) no consume cereales integrales, legumbres y/o pan integral o lo hacen una vez al mes.

Dentro del grupo de bebidas, el 8% (n=5) manifestó nunca consumir -o hacerlo menos de una vez al

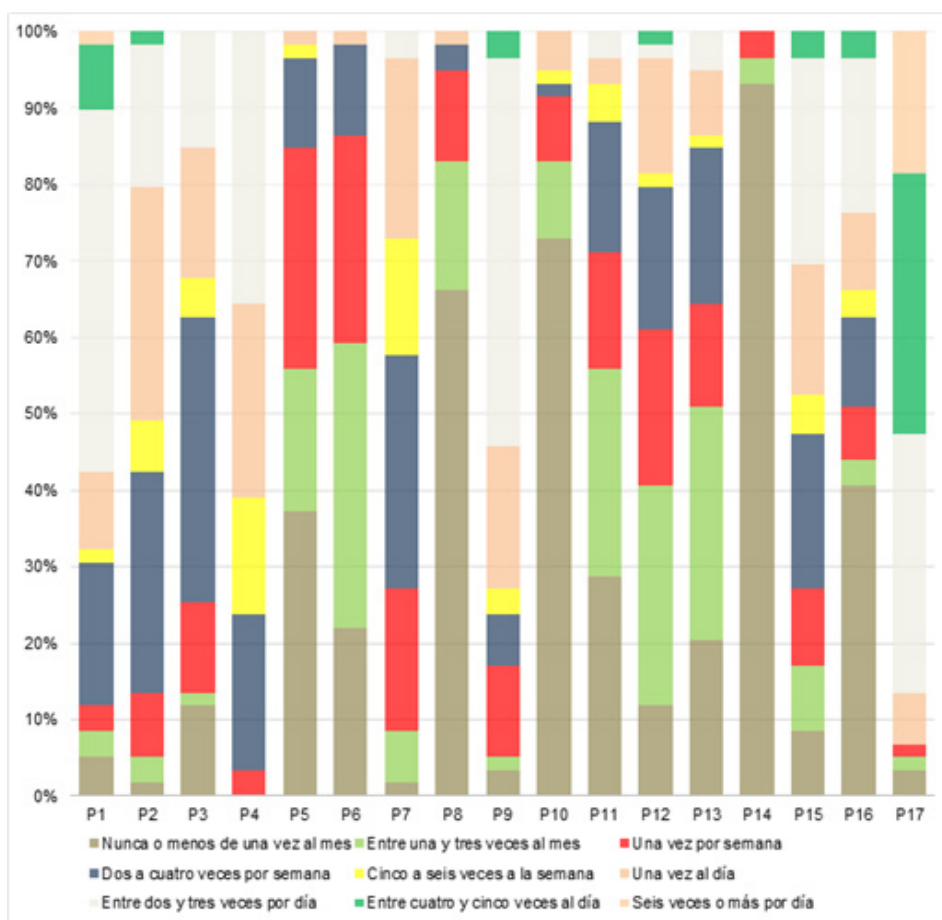
mes- bebidas azucaradas o gaseosas; el 27% (n=16) indicó que consume este tipo de bebidas entre dos y tres veces por día. Por otro lado, el 41% (n=24) negó consumir bebidas artificiales no azucaradas, mientras que el 20% (n=12) manifestó consumir entre dos y tres veces al día. El 86% (n=51) bebe más de una vez al día un vaso de agua.

La Figura 2 resume la frecuencia relativa de consumo de cada grupo alimentario indagado en el cuestionario.

Asociación entre frecuencia de consumo de cada grupo alimentario e IMC para la edad

Se aplicó la prueba de chi cuadrado -o test exacto de Fischer- para evaluar la asociación entre la frecuencia de consumo dicotomizado en “diario” y “semanal/mensual” de cada grupo de alimentos y el IMC/e (Tabla 2).

Como puede observarse en la Tabla 2, sólo se exhibió significancia estadística en la frecuencia de consumo de verduras con un p valor de 0,041. El OR calculado para la frecuencia de consumo de verduras es de 4,87 con un IC 95% del OR es de 0,996-24,453. Esto exhibe una asociación de fuerza moderada entre la menor frecuencia de consumo de verduras y alto/muy alto peso (Figura 3).



P1: Frecuencia de consumo de leche, yogur y/o quesos

P2: Frecuencia de consumo de frutas frescas (solas y/o en preparaciones)

P3: Frecuencia de consumo de verduras (solas y/o en preparaciones) sin contar papa y batata

P4: Frecuencia de consumo de papa, batata, cereales refinados como arroz blanco, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco

P5: Frecuencia de consumo de cereales integrales, legumbres y/o pan integral o de salvado

P6: Frecuencia de consumo de embutidos y/o fiambres

P7: Frecuencia de consumo de carne roja, carne de ave y/o huevos

P8: Frecuencia de consumo de pescado fresco y/o enlatado

P9: Frecuencia de consumo de aceites vegetales

P10: Frecuencia de consumo de frutas secas sin salar y/o semillas sin salar

P11: Frecuencia de consumo de productos de copetín

P12: Frecuencia de consumo de golosinas

P13: Frecuencia de consumo de facturas, productos de pastelería galletitas dulces, cereales con azúcar

P14: Frecuencia de consumo de productos congelados pre-elaborados

P15: Frecuencia de consumo de bebidas artificiales sin azúcar

P16: Frecuencia de consumo de bebidas artificiales con azúcar

P17: Frecuencia de consumo de agua

Figura 2. Distribución de la frecuencia de consumo de cada grupo alimentario incluido en la encuesta ENNyS.

Tabla 2. Análisis bivariado de asociación del grado de consumo de cada grupo de alimentos y el índice de masa corporal para la edad

Tabla 2. Análisis bivariado de asociación del grado de consumo de cada grupo de alimentos y el índice de masa corporal para la edad

Frecuencia de consumo		IMC/e, n (%)		OR	IC 95%	p valor
		Peso alto/Muy alto	Peso adecuado			
Frutas	Diario	7 (44)	22 (56)	1,66	0,51-5,38	0,39
	Semanal/mensual	9 (56)	17 (44)			
Verduras	Diario	2 (13)	16 (41)	4,87	1-24,45	0,04
	Semanal/mensual	14 (88)	23 (59)			
Carbohidratos	Diario	9 (56)	24 (62)	0,8	0,25-2,62	0,72
	Semanal/mensual	7 (44)	15 (38)			
Carnes	Diario	3 (19)	12 (31)	0,52	0,12-2,17	0,36
	Semanal/mensual	13 (81)	27 (69)			
Copetín	Diario	1 (6)	2 (5)	1,23	0,1-14,65	0,17
	Semanal/mensual	15 (94)	37 (95)			
Golosinas	Diario	4 (25)	5 (13)	2,27	0,52-9,87	0,27
	Semanal/mensual	12 (75)	34 (87)			
Bebidas azucaradas	Diario	8 (50)	16 (41)	1,44	0,45-4,63	0,54
	Semanal/mensual	8 (50)	23 (59)			

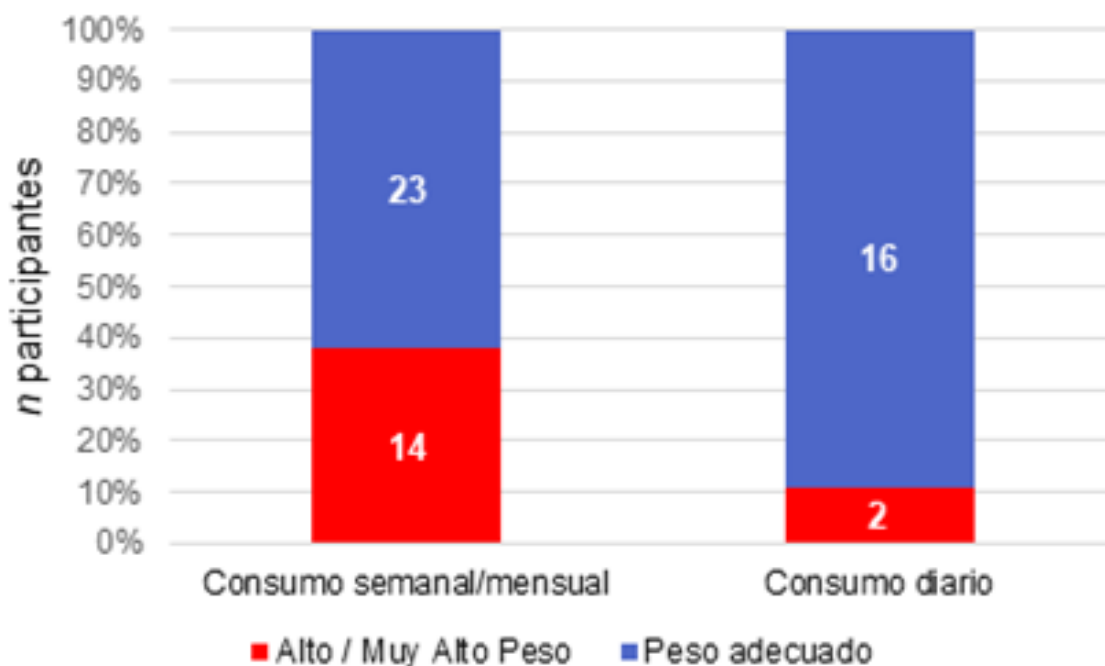


Figura 3. Frecuencia de consumo de verduras (solas y/o en preparaciones) sin contar papa ni batata según IMC para la edad. Las barras representan porcentajes de pacientes que poseen IMC/e alto/muy alto (rojo) o adecuado (azul) en cada grupo definido por la frecuencia de consumo. Los números que se encuentran en las barras representan el número de pacientes correspondiente a cada grupo.

Comparación de IMC para la edad según frecuencia de consumo de grupos alimentarios

Se aplicó el test Kruskal-Wallis para comparar el puntaje Z del IMC/e que corresponde a grupos que consumen con diferente frecuencia -mensual, semanal y diaria- diferentes grupos de alimentos. Solo

arrojó una diferencia estadísticamente significativa el caso del consumo de verduras (p valor 0,041). Al aplicar el test a posteriori se evidenció que la diferencia significativa del IMC/e se encuentra entre la frecuencia de consumo mensual y la diaria (Figura 4).

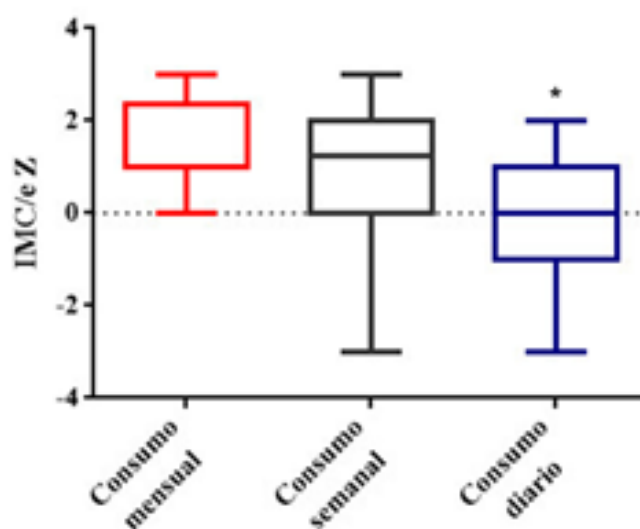


Figura 4. Comparación de puntaje Z de IMC/e según frecuencia de consumo de verduras (solas y/o en preparación). *: diferencia estadísticamente significativa respecto del consumo mensual.

Correlación entre la frecuencia de consumo de grupos alimentarios y el IMC para la edad

Se calculó el coeficiente de correlación r de Spearman para buscar correlación entre el IMC/e y la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos. Se encontró una relación estadísticamente significativa -p valor de 0,022- entre el IMC/e y la frecuencia de consumo de verduras. El coeficiente de Spearman es de r -0,26 exhibiendo una leve relación inversamente proporcional: a menor consumo de verduras solas y/o en preparaciones, mayor IMC para la edad.

Discusión

En el presente estudio fueron evaluados antropométricamente y encuestados sobre el patrón alimentario 59 NNyA de a 2 a 12 años de edad que acudieron a consultas en el Hospital Eléazar Herrera Motta y a sus centros de salud periféricos asociados, en la Provincia de La Rioja entre la segunda y cuarta semana de noviembre de 2021.

En la mayoría de los NNyA encuestados se encontró peso y talla adecuados para su edad (62,7% y 71,2%, respectivamente). El 10,2% se ubicaron por debajo del

IMC esperado para su edad, mientras que por encima del peso adecuado para la edad se encontraron el 27,1%. Se observó un consumo diario de leche, yogurt y quesos de un 10%, un 31% de frutas frescas y un 17% de verduras (excluyendo papa y batata). El consumo diario de carne reportado fue de un 24%. Se reportó un consumo de 2 a 4 veces por semana, de productos de copetín en un 27% y de bebidas artificiales con azúcar de un 40,7%. Se evidenció una asociación de fuerza moderada entre la menor frecuencia de consumo de verduras y un alto/muy alto peso la edad; también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el IMC/e de quienes consumen verdura mensualmente, respecto de quienes las consumen diariamente. Finalmente se evidenció una relación inversamente proporcional en donde a menor consumo de verduras existe un mayor IMC para la edad.

Antropometría

A partir de los datos obtenidos, puede observarse que el 62,7% de los NNyA encuestados responden a medidas antropométricas esperadas para la edad, y se manifiesta que un 33,9% presentan un IMC para la edad que se encuentra por debajo o por encima

de lo esperado. Dentro de este 33,9% se observa la coexistencia de la malnutrición por déficit (6,8%) y la malnutrición por exceso de peso (27,1%), predominando este último como tipo de malnutrición.

La ENNyS del 2019 es una encuesta de nutrición, representativa de la República Argentina, realizada a través de una muestra probabilística estratificada por región (5). La Rioja, región de interés, se encuentra englobada en el NOA (junto con Catamarca, Jujuy, Tucumán, Salta, Santiago del Estero y La Rioja) habiendo grandes diferencias entre las provincias y en diferentes regiones del interior de las mismas, que quedan soslayadas en el estudio.

Cabe destacar que hasta el momento no hay estudios específicos sobre esta temática en La Rioja, excepto por un estudio de UNICEF del año 2016, que compara diferentes provincias de Argentina, pero que basa sus hallazgos únicamente en la población que realiza los controles de salud bajo el programa SUMAR. Esto supone un sesgo importante, dado que incluye únicamente una población muy vulnerable que no cuenta con obra social ni prepaga, y que se encuentran inscriptos en dicho programa (19).

Respecto al bajo peso, las medidas antropométricas encontradas por la ENNyS en el año 2019 en el NOA constituyeron un 2,2% en niños menores de 5 años y un 2,3% en niños entre 4 a 17 años. Estas medidas constituyen las más altas del país, cuya media es 1,7%, siendo el NOA la región con mayor prevalencia de bajo peso en NNyA entre 5 a 17 años y quedando únicamente por detrás de la región del Gran Buenos Aires en niños menores de 5 años (5).

Los datos recolectados en el presente estudio reafirman la existencia de este déficit nutricional, habiéndose encontrado un 6,8% de NNyA con bajo peso o muy bajo peso para la edad. Los hallazgos encontrados triplican los valores referidos en la ENNyS del año 2019 (5). Este hallazgo es llamativo dado que, desde la ENNyS y UNICEF se afirma que la malnutrición infantil por déficit se ha mantenido estable o en baja en los últimos 5 años (5,19).

Enfocándonos en la malnutrición por exceso, es decir el sobrepeso y la obesidad, cabe destacar que los valores obtenidos por UNICEF son acentuadamente mayores que los obtenidos tanto en la ENNyS, como en el presente estudio (5). Esta diferencia en los resultados podría vincularse a la metodología utilizada en el estudio de UNICEF, en donde se incluye únicamente a la población del programa SUMAR, que corresponde a los sectores de la población económicamente más vulnerables (5,19). UNICEF encontró que en La Rioja entre los niños y niñas de 2 a 9 años hay un 35,1% con obesidad y sobrepeso, y quienes tienen entre 6 y 9 años cuentan con un 44,6%, mientras tanto el rango etario de 10 a 19 años manifiesta un 43,2% de obesidad y sobrepeso. Al comparar estos valores con las medias

nacionales del mismo estudio se observa que se encuentran por encima de las mismas, siendo la de 2 a 5 años de 29,4%; la de 6 a 9 años de 36,9%, y la de 10 a 19 años de 37%. Es decir, según UNICEF, los NNyA de La Rioja se encuentran en todos los rangos etarios por encima de los valores nacionales de exceso de peso, alcanzando alarmantes niveles de este indicador (19).

Los resultados hallados en la presente investigación se encuentran por debajo de los señalados por UNICEF y se acercan a los encontrados por la ENNyS (5,19).

La ENNyS del 2019 refiere en el NOA un exceso de peso de 14,9 % en menores de cinco años (estando un punto por encima de la media nacional) y un 41,6% en niños entre 5 a 17 años (quedando a 0,5 puntos por encima de la media nacional) (5). Teniendo en cuenta el promedio de todos los rangos etarios se alcanza un valor promedio de 28,2%, siendo este muy similar a los hallazgos del presente estudio realizado en Chilecito, en donde un 27,1% de la población encuestada presenta sobrepeso u obesidad (5).

Frecuencia de consumo de alimentos

Con respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, las personas encuestadas en este estudio informaron un consumo diario de leche, yogurt y quesos de un 10%, siendo esta proporción mucho menor a la objetivada en la ENNyS del año 2019 en donde se relevó una frecuencia de ingesta de un 23,5% para la región del NOA (5).

En relación al consumo de frutas frescas, se reportó una mayor frecuencia de ingesta diaria (31%), en comparación a lo referido en la ENNyS del 2019 en la región del NOA (correspondiente al 23,3%), mientras que el uso de verduras en la alimentación (excluyendo papa y batata) presentó una menor proporción de consumo respecto a lo expuesto en la mencionada encuesta, constituyendo actualmente un consumo diario de sólo el 32%, frente a un 39,5% reportado en la ENNyS del año 2019 (5).

Respecto al consumo de productos cárnicos (tanto carne roja como carne de ave), la frecuencia de consumo diaria reportada fue solo del 24% (comparada con la encuesta aplicada en el 2019, que reportó un consumo diario de casi el 50%). La ingesta de pescado fresco y enlatados se mantiene estable en relación a la ENNyS del 2019, observándose un consumo mensual del 17% (5).

Por otro lado, en lo referido a alimentos no recomendados, el consumo de productos de copetín aumentó significativamente en este estudio, reportándose un consumo del 27% entre 2 a 4 veces por semana, mientras que en la ENNyS se objetivó solo un 16,7% de consumo bajo la misma frecuencia (5).

Con respecto a las bebidas artificiales con alto contenido en azúcar, se evidenció que el consumo diario fue notablemente inferior en comparación con

la ENNyS, reportándose tan solo un 17% de consumo diario, siendo el consumo referido en la ENNyS de casi 41%. Cabe destacar, que en el presente estudio se manifestó que la mayor frecuencia de consumo de este tipo de bebidas se observó con una frecuencia de entre 2 a 4 veces por semana (5).

Finalmente, cabe resaltar que en el informe final de la ENNyS del año 2019 no se incluye la descripción de la frecuencia de consumo de algunos grupos alimentarios (tanto recomendados como no), siendo alguno de ellos: papas, batatas y cereales refinados, cereales, legumbres y pan integral, embutidos y fiambres, aceites vegetales, frutas secas sin salar, productos congelados y pre-congelados. Dado esta falta de información, no es posible contrastar la frecuencia de consumo de dichos alimentos obtenidas en la ENNyS del 2019 con los resultados del presente estudio (5).

Patrón de consumo de alimentos y recomendaciones de guías GAPA

A continuación, en línea con lo publicado en las guías GAPA, expondremos los patrones alimentarios hallados en el presente estudio, con el objetivo de describir la frecuencia de consumo diario y la calidad nutricional de los alimentos ingeridos (10).

Acorde a las recomendaciones de alimentación diaria bajo los lineamientos de las GAPA, la frecuencia de consumo de verduras es de 5 porciones diarias, en la población de interés, el 0% de las personas encuestadas cumple con esta recomendación, consumiendo verduras solo 2 veces por semana un gran porcentaje de las personas encuestadas (37%) (10). Respecto al consumo de frutas frescas, cuya recomendación también constituye 5 porciones diarias, tan solo el 2% cumple con la misma, el 31% refiere consumir solo una vez al día frutas frescas.

En relación a la ingesta de legumbres, se recomienda 4 porciones diarias. De esta recomendación, solo el 2% de los encuestados refiere esa frecuencia de consumo, y un 37% refiere nunca consumir estos alimentos.

Respecto al consumo de productos cárnicos, lo recomendado es una porción diaria, solo el 24% de las personas encuestadas cumple con esta recomendación, consumiendo un 31% de los NNA encuestados con una frecuencia entre 2 a 4 veces por semana.

Las frutas secas son recomendadas por la guía GAPA con una frecuencia de 2 porciones diarias. El 73% de las personas encuestadas nunca o menos de una vez al mes consume este tipo de alimento (8).

Finalmente, en lo relativo al consumo de lácteos, el 47,3% de las personas encuestadas cumple con la recomendación de la GAPA (3 porciones diarias) (10).

De lo expuesto, los datos indican que la proporción de personas encuestadas que refiere haber consumido diariamente los alimentos recomendados, se

encuentra por debajo de los lineamientos de consumo establecidos por la GAPA, siendo esta brecha más acentuada respecto al consumo de frutas y verduras.

Los resultados de este estudio muestran la distancia entre las prácticas alimenticias de las personas encuestadas, respecto a la GAPA (10). Es claro que la alimentación está atravesada por múltiples factores, económicos, socioculturales, políticos, personales, entre otros, que influyen tanto en la posibilidad de acceso como en la elección para incorporar determinados alimentos. Por ejemplo, algunos de los grupos alimenticios recomendados son de bajo costo, alta accesibilidad y alto valor nutricional, como las lentejas (dentro del grupo de las legumbres) y no son incorporados dentro de los hábitos alimenticios de las personas encuestadas. Habiendo tan solo un 2% de NNA que los consumen diariamente.

Mientras tanto algunos productos de mayor costo, bajo valor nutricional, pero amplia accesibilidad e intervención del mercado, se encuentran incorporados con mayor facilidad. Este es el caso de los productos de copetín, consumidos por el 27% de las personas encuestadas con una frecuencia de 2 a 4 veces por semana.

Comparación y correlación

Respecto a la existencia de una asociación entre la frecuencia del consumo de los distintos grupos de alimentos y el IMC para la edad, en base a la prueba del chi cuadrado se evidenció una significancia estadística para la frecuencia de consumo de verduras. A través del OR se exhibió una asociación de fuerza moderada entre la menor frecuencia de consumo de verduras y un alto/muy alto peso para la edad. El resto de los grupos de alimentos no exhibió ninguna asociación con el IMC para la edad.

Respecto a la comparación de la prevalencia de bajo peso, peso adecuado, alto peso y muy alto peso según frecuencia de alimentos ingeridos, el presente estudio encontró diferencias significativas únicamente respecto al consumo de verduras, específicamente entre quienes consumen verdura mensualmente versus quienes consumen este alimento en forma diaria.

Respecto a la correlación entre la frecuencia de consumo de los grupos alimentarios con el IMC para la edad, únicamente se halló correlación en tan solo uno de los 17 grupos alimentarios. Esta correlación se corresponde a la frecuencia de consumo de verduras solas y/o en preparaciones, de modo que, a menor consumo de verduras, se encuentra mayor IMC para la edad. Sin embargo, esta correlación es débil.

Respecto a la ingesta de frutas y verduras, que constituyen una recomendación ampliamente instaurada tanto por la OMS como por otras entidades, existe evidencia de que un mayor consumo de las

mismas mejora diferentes parámetros de salud, como por ejemplo la disminución del desarrollo de enfermedades no transmisibles. Específicamente en población pediátrica, un importante estudio longitudinal realizado sobre 1200 NNyA, bajo un seguimiento diario de sus hábitos nutricionales durante un periodo de 4 años, y en cuya metodología se configuraron grupos con diferente consumo de alimentos (frutas, verduras, snacks y bebidas con alto contenido en azúcar), evidenció que no existe correlación entre el consumo de estos alimentos y las modificaciones en el IMC (20).

Es importante resaltar que la obesidad y el sobrepeso son entidades complejas, multifactoriales, en donde la alimentación constituye sólo una arista de la situación. Ningún alimento por sí mismo determina el IMC. Se reafirma que el exceso de peso durante la infancia es el resultado de varios factores que hacen a un entorno obesogénico.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones del presente trabajo se encuentra el n alcanzado, el cual estuvo restringido por el tiempo destinado a la recolección de datos. Por un lado, siendo la población total de Chilecito 60.721, la muestra constituida no podría ser representativa de los NNyA de la región (11). Así mismo, la acotada muestra limita la posibilidad de análisis de datos debido a la dispersión que se produce al utilizar un cuestionario que tiene múltiples categorías.

Conclusión

El presente estudio evidenció que un 33,9% de NNyA encuestados entre 2 y 12 años en Chilecito, Provincia de La Rioja, no cuentan con las medidas antropométricas esperadas para su edad, siendo el tipo de malnutrición por exceso el de mayor prevalencia (27,1%).

Respecto a la asociación entre el consumo de los diferentes grupos alimentarios y el IMC/e, esta investigación únicamente ha evidenciado una asociación de fuerza moderada entre el consumo de verduras y un alto y muy alto peso para la edad. Habiéndose demostrado una relación inversamente proporcional en donde a menor consumo de verduras se encuentra un mayor IMC para la edad. Cabe destacar que el acotado n, limita estos hallazgos.

Por otro lado, se observó que los patrones de consumo de alimentos de esta población actualmente distan ampliamente de las recomendaciones de especialistas y de los lineamientos presentes en la Guía de Alimentación para la Población Argentina.

Se evidencia la necesidad de contribuir a la construcción de hábitos alimenticios más saludables, de implementar estrategias destinadas a incorporar estas recomendaciones, de modo que se entremen

adecuadamente a las características socio-económicas y culturales de cada población.

Es importante resaltar que la malnutrición está constituida por entidades complejas, multifactoriales, en donde la alimentación constituye sólo una arista de la situación. Es necesario que futuras investigaciones realicen una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa de los hábitos alimentarios no solo a la población infantil y adolescente, sino también a sus responsables, de manera que la construcción de hábitos alimenticios pueda ser algo sustentable a largo plazo, pudiendo incluir otras variables, como la actividad física y siempre considerando la alimentación como un fenómeno dinámico e influenciado por múltiples factores (cultura, educación, nivel socioeconómico, entre otros).

Perspectivas a futuro y recomendaciones

Es necesario implementar medidas que logren mejorar los hábitos alimenticios de la población de NNyA en Chilecito, La Rioja. Teniendo en cuenta la complejidad de esta dimensión humana, es de importancia promover ambientes en donde prime la alimentación saludable. Se enumeran a continuación algunas sugerencias en esa línea:

- Continuidad en la toma de datos e investigación en la temática para la profundización del conocimiento de la alimentación en los NNyA en Chilecito.
- Incorporar a la consulta médica diaria el asesoramiento en alimentación saludable tanto para el responsable de la alimentación del NNyA como para todo el entorno y el NNyA involucrado. Dada la alta prevalencia de la malnutrición, proponemos que forme parte de protocolo de atención.
- Recomendamos la difusión de la medida enunciada en el punto anterior y la capacitación de los profesionales involucrados.
- Frente a los condicionantes económicos imperantes, es importante el trabajo intersectorial con la asunción de medidas que puedan facilitar el acceso al alimento adecuado para toda la población.
- El rol de las legumbres debe ser destacado, por sus características económicas, accesibles y de alto valor nutricional, ofrecen grandes ventajas para la alimentación y se tienen escasamente incorporadas a la misma.
- Implementar estrategias de promoción de alimentación saludable en jardines y escuelas, así como en instituciones de nivel superior (como implementar

quioscos saludables en las escuelas, ofrecer charlas informativas, incorporar estos contenidos a la currícula escolar).

- Implementar folletería y difusión mediante recursos audiovisuales referidos a la alimentación saludable que se encuentre al alcance de la mayoría de la población, de modo que se contrarreste la oferta del mercado, no siempre saludable.

- Fomentar el ejercicio físico.

Bibliografía

1. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020 Jan;5(1):81-90.
2. Campos Páez, Rocío Macarena. Hábitos alimentarios, estado nutricional y su relación con el entorno familiar de niños preescolares del barrio El Chingolo. UCA: [Internet]. [Consultado 3 noviembre 2015]. Disponible en: TF_Campos_López.pdf (uccor.edu.ar)
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Análisis de Situación de la Niñez y la Adolescencia en Argentina (SITAN) [Internet]. 2021 [citado Oct 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/estado-de-la-situacion-de-la-ninez-y-la-adolescencia-en-argentina-2021>
4. Sánchez Echenique M. Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria*. 2012 Jun;14:9-14.
5. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Indicadores priorizados. 2019.
6. Figueroa, G; Witrw, A; Ferrari, M; Evaluación nutricional. Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición, Cátedra de Evaluación Nutricional; 2016.
7. Martínez Costa, C; Pedrón Giner, C. Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. 2016.
8. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO. Glosario de Términos FAO. 2020. [Internet]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>
9. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Documento Técnico Metodológico. 2009. [Internet] Disponible en: 0000000562cnt-guias-alimentarias-familia.pdf (msal.gov.ar)
10. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>
11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>
12. Longhi F. La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo. *Población y Salud colectiva*. 2015. [Consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n1/33-50/es>
13. Moreno M. La pobreza: una medición en busca de su contenido conceptual. Santa Rosa: III Jornadas Argentinas de Estudios de Población; Santa Rosa, La Pampa, Argentina, 11-13 nov 2014
14. Aulicino, C., Cano, E., Díaz Langou, G., y Tedeschi, V. Licencias: protección social y mercado laboral. Equidad en el cuidado. Documento de Trabajo N°106. CIPPEC 2015. [Consultado 1 Nov 2021] Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1151.pdf>
15. Ministerio de Salud de la Provincia de la Nación. Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina. 2016. [Consultado 2 Nov de 2021]. Disponible en: https://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf
16. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. 2015. [Consultado 1 Nov 2021]. Disponible en: 0000000377cnt-sobrepeso-y-obesidad-en-niños.pdf (salud.gov.ar)
17. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 2019. [Consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/archivos/manual-evaluacion-nutricional.pdf?t=1587919707>
18. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. 2016 [Consultado 1 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4221/file/Obesidad%20Infantil.pdf>
20. Azagba S, Sharaf MF. Fruit and vegetable consumption and body mass index: a quantile regression approach: A quantile regression approach. *J Prim Care Community Health*;2012 [consultado 2 dic 2021]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2150131911434206>

FERNÁNDEZ



Conocimiento sobre Educación Sexual Integral y actitudes sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en adolescentes entre 17 y 20 años de escuelas secundarias de la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero en el período noviembre - diciembre 2021. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Autores: Arias Eva Guadalupe¹, Fernández Juana¹, Mealla Encina María Fernanda¹, Puente Agostina¹, Griggio Dora², Pierola Natalia², Rapacioli, Melina¹

¹ Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro

² Hospital Zonal de Fernández Dr. Rudecindo del Valle Cazzaniga. Ciudad de Fernández. Santiago del Estero. Argentina.

Resumen

Introducción:

Recientemente entró en vigencia la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que plantea su abordaje en la Educación Sexual Integral (ESI). Resulta alarmante que tras 15 años de implementación de la ESI no existan estudios que describan la inclinación de los adolescentes frente a la interrupción del embarazo.

Objetivos: Describir la presencia de conocimiento sobre ESI y las actitudes frente a la IVE en adolescentes de la Escuela Técnica N° 12, del Colegio Agrotécnico "Madre Tierra" y de la Escuela Piloto N°1, en Ciudad de Fernández, Santiago del Estero.

Materiales y métodos:

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestreo no probabilístico de adolescentes entre 17 y 20 años que concurren a escuelas secundarias de Fernández. Se utilizaron encuestas validadas sobre ESI, para describir variables sociodemográficas y conocimiento de ESI, y sobre IVE para describir actitudes frente a ella. Se evaluó la existencia asociación entre el conocimiento sobre ESI y actitud frente a la IVE de manera independiente y en función del sexo.

Resultados: Se incluyeron 112 participantes. Recibieron en promedio 3 años de ESI. El 50% deseó profundizar conocimientos en infecciones de transmisión sexual.

El 89% reconoció discriminación por aspectos físicos. La infección de transmisión sexual más reconocida fue el HIV (64%). El método anticonceptivo más identificado (99%) fue el preservativo masculino. El 80% obtuvo información de ESI en escuelas. El 49% presentó actitud positiva frente a la IVE. Los varones que no poseen conocimientos sobre ESI poseen una actitud predominantemente indiferente frente a la IVE, mientras que aquellos que sí mostraron conocer sobre ESI poseyeron una actitud predominantemente positiva frente a la IVE.

Conclusión:

Aproximadamente la mitad de los adolescentes conoce aspectos centrales de ESI. La mayoría de los participantes de sexo masculino conocedores de ESI presenta actitud positiva frente a la IVE. En el caso del sexo femenino, de modo independiente de su conocimiento sobre ESI, presenta mayoritariamente actitud positiva frente a la IVE.

Palabras clave: Educación sexual; Interrupción voluntaria del embarazo; Adolescentes.

Introducción

Hace 15 años entró en vigencia en Argentina la Ley 26.150, que reconoce el derecho a la Educación Sexual Integral (ESI) de todas las personas, desde el nivel inicial hasta el superior, en establecimientos educativos públicos y privados del país, garantizando, a través del

Programa Nacional de ESI, el abordaje de la misma en aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Recién en el año 2017 dicho programa se incluye en el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA), el cual busca garantizar los derechos de adolescentes a través del acceso gratuito a métodos anticonceptivos (MAC), a la ESI, a asesorías en salud integral, consejería en salud sexual y reproductiva y actividades de promoción comunitarias (1-3).

Actualmente, la situación del país es diferente a la de años previos, ya que, en 2021 entró en vigencia la Ley 27.610 que amplió los derechos vinculados a la interrupción del embarazo, regulando el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y a la interrupción legal del embarazo (ILE), siendo de aplicación obligatoria en todo el país (4).

A pesar de las políticas antes mencionadas hay datos generales que alarman. Por un lado, Argentina aún se ubica por encima del promedio mundial de fecundidad adolescente. A su vez, de acuerdo a un informe publicado en el 2017, solo el 50% de los adolescentes conoce la existencia de la Ley Nacional de ESI. En tercer lugar, debido al reciente vigor de la Ley 27.610 todavía no hay datos ni informes oficiales sobre el efecto de dicha legislación en Argentina, ni acerca de la inclinación de los adolescentes frente a la IVE, motivo por el cual no es posible inferir cuál es la predisposición de los adolescentes para la recepción de información sobre IVE en los programas de ESI (5,6).

Cabe destacar que las escuelas de la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero, se encuentran impactadas por el Plan ENIA. De igual modo, el hospital zonal “Rudecindo del Valle Cazzaniga”, se encuentra incluido en el recursoro de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, organismo destinado a garantizar el derecho a la anticoncepción y a información sobre derechos sexuales reproductivos y no reproductivos (7).

En este contexto, debido al rol fundamental que poseen los profesionales de educación y salud, se plantea este estudio de investigación, con el siguiente enunciado descriptivo: los adolescentes que presentan conocimiento sobre ESI son quienes presentan una actitud positiva con respecto a la IVE.

El objetivo de este trabajo es describir la presencia de conocimiento sobre ESI y las actitudes frente a la IVE que presentan adolescentes entre 17 y 20 años de la Escuela Técnica N° 12, del Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” y de la Escuela Piloto N° 1, de la Ciudad de Fernández, departamento Robles, Santiago del Estero entre noviembre y diciembre del 2021.

Los objetivos específicos son:

- Identificar las variables sociodemográficas de los participantes
- Determinar y categorizar en los participantes la presencia de conocimiento sobre ESI
- Evaluar las diferentes actitudes en relación a la IVE
- Evaluar si existe asociación entre el sexo y el conocimiento sobre ESI
- Evaluar si existe asociación entre el sexo y la actitud frente a la IVE
- Evaluar si existe asociación entre el conocimiento de ESI y las actitudes frente a la IVE
- Evaluar si existe asociación entre el conocimiento sobre ESI y las actitudes frente a la IVE en función del sexo.

Métodos

Diseño

El presente estudio exhibe un diseño observacional, descriptivo, con corte transversal. Se describieron las actitudes sobre la interrupción voluntaria del embarazo y el conocimiento sobre Educación Sexual Integral en adolescentes de entre 17 y 20 años que asisten a la escuela Técnica N° 12, al Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” y a la Escuela Piloto N°1, en Fernández, Santiago del Estero.

Población

La población accesible al estudio fue constituida por adolescentes de entre 17 y 20 años, que asisten a la Escuela Técnica N° 12 y al Colegio Agrotécnico “Madre Tierra”, Escuela Piloto N°1, en Ciudad de Fernández, Santiago del Estero. De esta forma, la unidad de análisis son los adolescentes. La constitución de la muestra fue no probabilística, intencional y por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Edad comprendida entre 17 y 20 años.
- Asistencia a la escuela Técnica N° 12, al Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” o a la Escuela Piloto N°1.
- Ser residente de la Ciudad de Fernández, Departamento de Robles.

Criterios de eliminación

- No firma del consentimiento informado.
- Realización de encuestas de manera incompleta.

Recolección de datos e instrumentos utilizados

Para la evaluación de las variables de este estudio se utilizaron herramientas y métodos de medición validados y confiables. Se utilizaron dos encuestas como métodos de fuente primaria. Se optó por estos

cuestionarios debido a que evalúan todas las variables planteadas en el presente estudio y cumplen con los criterios de validez requeridos (8,9).

Para identificar las variables sociodemográficas (edad y sexo) de los individuos previamente seleccionados se utilizó el módulo de Datos Sociodemográficos correspondientes a la encuesta de Educación Sexual Integral (10).

Para evaluar las variables sobre conocimiento de Educación Sexual Integral, fueron recabados los datos de la encuesta previamente mencionada. De esta manera, con diez preguntas se evaluó el conocimiento acerca de ESI, integrando temas de anticoncepción, infecciones de transmisión sexual (ITS), discriminación, sexualidad, entre otros (10).

Por último, se analizaron diferentes actitudes frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo con la encuesta correspondiente (11), que tiene veintitrés premisas sobre actitudes frente a la IVE, divididas en tres secciones (A: 12 premisas, B: 8 premisas, C: 3 premisas). Cada premisa obtiene un puntaje asignado por una escala Likert de cinco puntos (1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo). De esta manera, se definieron tres categorías frente a la IVE (11).

Ambas encuestas fueron autoadministradas en formato papel, con previa firma del consentimiento informado, a alumnos de 5° y 6° año del Escuela Técnica N° 12, del Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” y de la Escuela Piloto N° 1.

Interpretación de resultados

Las personas participantes en este estudio fueron clasificadas en función de su conocimiento sobre ESI de acuerdo a las respuestas que tuvieron en la encuesta sobre Educación Sexual Integral. Se consideró la presencia de conocimiento sobre ESI al cumplir con la totalidad de los siguientes criterios:

- Recibieron ESI en clase durante al menos 1 año.
- Respondieron conocer el concepto de orientación sexual e identidad de género.
- Reconocieron al menos uno de los distintos tipos de discriminación: por orientación sexual, por nivel económico, por físico, edad o religión.
- Identificaron al menos una de las infecciones de transmisión sexual (HIV, Sífilis, HPV, Tricomoniasis, Gonorrea, Chlamydia, Herpes Genital o Hepatitis B).
- Respondieron saber prevenir ITS y reconocieron al preservativo como método para ese fin.
- Distinguieron al menos un método anticonceptivo (preservativo masculino y femenino, pastillas anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o métodos quirúrgicos).

Por otro lado, se clasificaron a las personas participantes en función de su actitud frente a la IVE. El puntaje de las premisas que componen cada sección en la encuesta de IVE, fue sumado y el valor obtenido fue dividido entre el número de premisas correspondientes a esa sección. De esta manera, se obtuvo puntaje mínimo de 1 punto y un máximo de 5 para cada sección, lo que permitió categorizar las diferentes actitudes frente a la IVE del siguiente modo (11):

- Actitud negativa frente a la IVE: obtuvo puntaje entre 4 y 5 en la sección A y puntaje entre 1 y 3 en las secciones B y C.
- Actitud indiferente frente a la IVE: obtuvo puntaje entre 3 y 5 en la sección A y B o C; puntaje entre 1 y 3 en la sección A y B o C; o puntaje de 3 en la totalidad de las secciones.
- Actitud positiva frente a la IVE: obtuvo puntaje entre 4 y 5 en la sección B y C, y puntaje entre 1 y 3 en la sección A.

Por último, se buscó la existencia de una asociación entre las variables antes mencionadas y una correlación entre las mismas con el sexo al nacer de los adolescentes participantes.

Análisis estadístico

Los datos fueron cargados en una base de datos en Microsoft Excel versión Professional Plus 2019 que se utilizó para realizar la estadística descriptiva. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa IBM SPSS Statistics 25.

Las variables cualitativas/catóricas se describieron como proporciones, y las cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y de dispersión. Con respecto a las variables, tanto las cualitativas como las cuantitativas presentaron una distribución no gaussiana mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, por este motivo se utilizó para el análisis de las variables cuantitativas mediante mediana y cuartiles.

Se utilizó un intervalo de confianza del 95% y un p valor de 0.05 para el análisis de significación estadística.

Aspectos éticos

El presente trabajo se realizó siguiendo los lineamientos impartidos en la Guía para Investigaciones con Seres Humanos, aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2011 (12) y los aspectos contemplados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para la investigación médica que involucra sujetos humanos, actualizada en el año 2013 (13).

Los individuos participantes completaron y firmaron un consentimiento informado, luego de que se les explicó en detalle y de forma clara cuáles son sus derechos.

participantes que cumplieron los criterios de inclusión y respondieron las encuestas sobre Conocimientos de Educación Sexual Integral y Actitudes frente a la IVE. El diagrama de flujo se presenta en la Figura 1.

Resultados

De una población total de 133 adolescentes de entre 17 y 20 años de edad que asisten a la Escuela Técnica N° 12, al Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” y a la Escuela Piloto N°1 en la Ciudad de Fernández, 6 se negaron a participar de la investigación por lo que no firmaron el consentimiento informado y 15 participantes respondieron las encuestas de manera incompleta, motivo por el cual 21 participantes fueron eliminados. De este modo se obtuvo una muestra total de 112

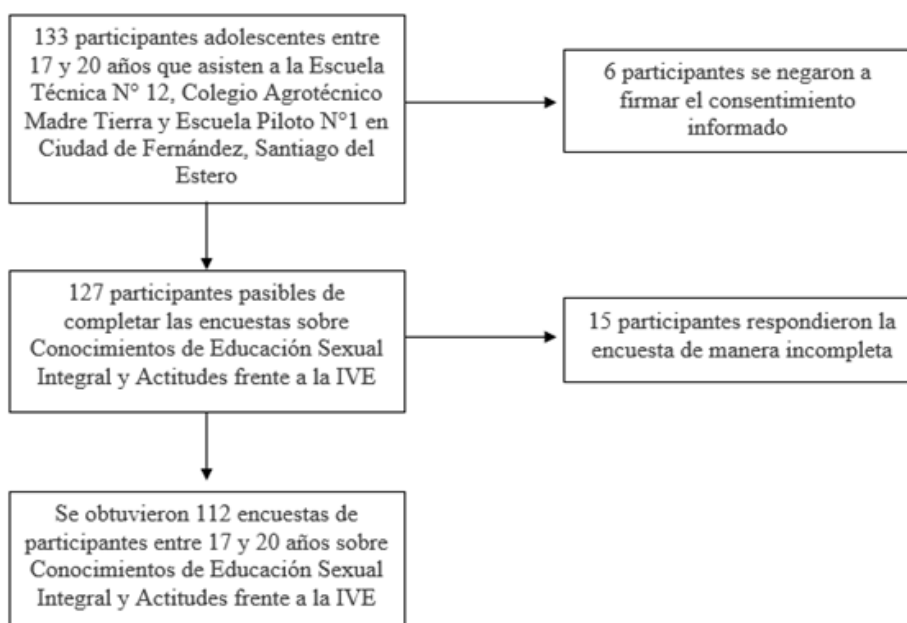


Figura 1. Diagrama de flujo del grupo de estudio

Los datos sociodemográficos de las personas participantes que formaron la muestra final se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas del grupo de estudio

Grupo de estudio (n= 112)	
Edad (años) - mediana y cuartiles (p25-p75)	18 (17-19)
Sexo	
Femenino, n (%)	70 (62,5)
Masculino, n (%)	42 (37,5)

En la Figura 2 se muestran los contenidos sobre los cuales los adolescentes desearon profundizar su abordaje. Aproximadamente el 50% de los participantes respondió que desea profundizar sus conocimientos en ITS (n= 56) y violencia de género (n= 52). Por lo menos

un 30% respondió que quisieran hacerlo en contenidos de identidad de género (n= 39), acoso escolar (n= 36) y abuso sexual (n= 34), mientras que únicamente el 20% se interesó en sexualidad humana (n= 26), diversidad sexual (n= 24), feminismo (n= 23) y otros (n= 4).

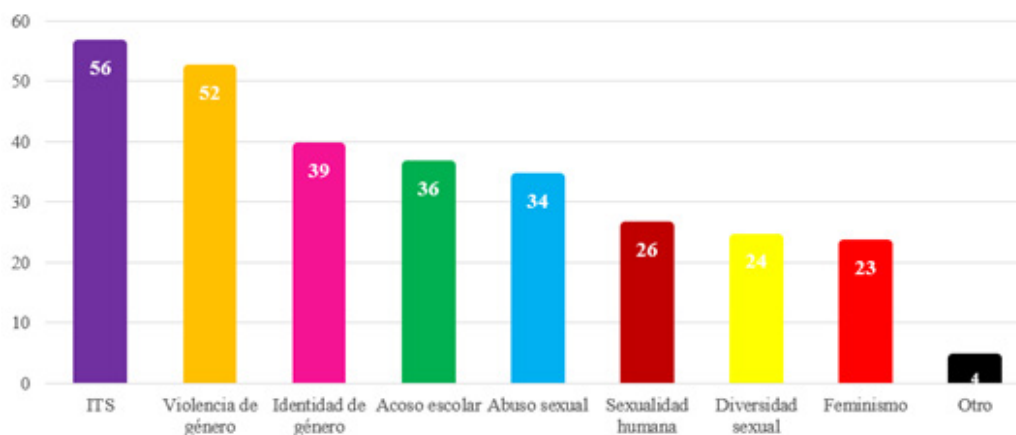


Figura 2. Contenidos de ESI sobre los que los participantes respondieron que quisieran profundizar. El gráfico muestra el número absoluto de respuestas.

Se preguntó a los adolescentes si tenían conocimientos sobre el concepto de orientación sexual e identidad de género, y las respuestas obtenidas fueron positivas en un 85% (n= 95) y en un 78% (n= 87) respectivamente.

Otro de los temas incluidos dentro de la ESI, razón por la cual es parte del cuestionario, son los tipos de discriminación. En este contexto, la modalidad de discriminación “por físico” fue la más reconocida por los participantes (89%, n= 100), seguida de mayor a menor frecuencia por “orientación sexual” (78%, n= 88), “nivel económico” (58%, n= 65), “religión o culto” (53%, n= 60) y “por edad” (17%, n= 20).

A su vez, uno de los temas fundamentales en el abordaje de la ESI son las ITS y su prevención. Dentro de ellas,

las distinguidas por aproximadamente el 60% de los adolescentes fueron las infecciones por HIV (64%, n= 72), Sífilis (60%, n= 68), Gonorrea (58%, n= 65) y Herpes Genital (57%, n= 64). El 50% de ellos reconoció a la Hepatitis B (49%, n= 55) y al HPV (45%, n= 51), mientras que la Chlamydia (16%, n= 19) y la Tricomoniasis (4%, n= 5) fueron identificadas por menos del 20% (Figura 3). En lo concerniente a la prevención de las mismas, se consultó si sabían prevenirlas o no, obteniendo que un 84% (n=94) de los participantes creían conocer cómo evitarlas. Asimismo, se indagó de forma abierta qué métodos identificaban como útiles para prevenirlas (Figura 4).

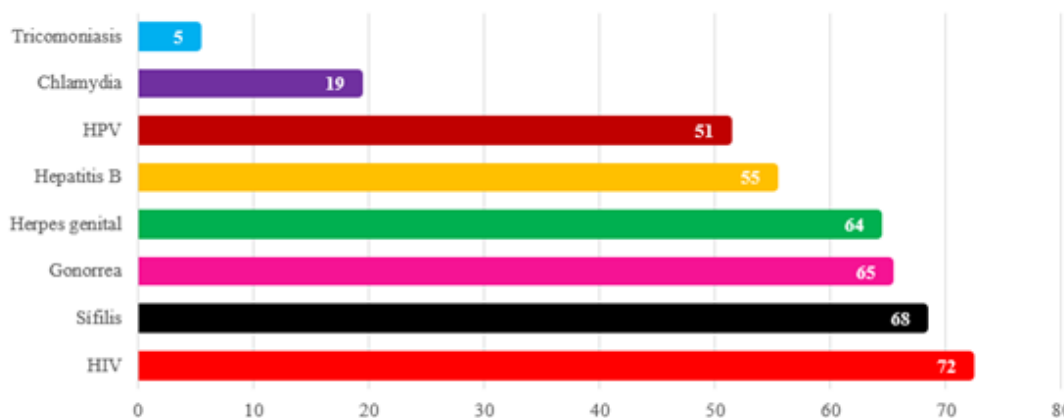


Figura 3. Conocimiento sobre ITS que tuvieron los participantes. El gráfico muestra el número absoluto de respuestas.

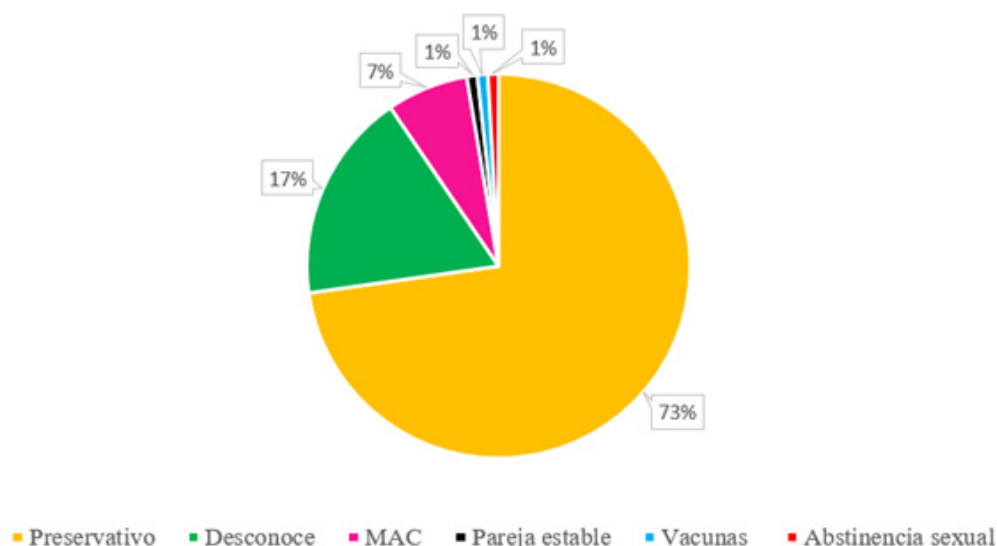


Figura 4. Respuestas de los participantes sobre conocimiento sobre métodos para prevenir ITS. El gráfico muestra el porcentaje de respuestas.

Abarcando otro pilar de la ESI, se contempló el conocimiento que tenían los participantes sobre métodos anticonceptivos (MAC). Los dos métodos más reconocidos por el 99% de los adolescentes fueron el preservativo masculino (n= 111) y el tratamiento hormonal con anticonceptivos orales (n= 111), mientras que más del 50% consideró el preservativo femenino (n= 66) y el DIU (n= 57). Sólo un 40% (n= 47) de ellos identificó los métodos quirúrgicos.

Por otro lado, se indagó sobre las fuentes de información de ESI que tuvieron los participantes. Casi el 80% de los mismos indicaron haber obtenido dicha información principalmente de las instituciones educativas (n=89). Más del 50% manifestó obtenerla a través de internet (n=79) y por padres/familia (n=65). A su vez, menos del 40% declaró que fue por su propia cuenta (n=42), amigos (n=40) y medios de comunicación (n=32). Dentro de la totalidad de participantes, 3 de ellos contestaron haber recibido información proveniente del hospital.

Para finalizar con lo concerniente a la ESI, se

consideró como conocimiento de la misma a aquellos participantes que tuvieron su implementación en clases durante al menos 1 año, con presencia de conocimientos sobre orientación sexual, identidad de género y prevención de ITS con preservativo, así como reconocimiento sobre al menos un tipo de discriminación, ITS y MAC. Únicamente el 52% (n= 58) de las personas participantes cumplió con las condiciones para determinar el conocimiento sobre ESI, mientras que el 48% restante (n= 54) no.

La Tabla 2 presenta la distribución del conocimiento sobre ESI en función del sexo. Teniendo en cuenta las características sociodemográficas de los participantes, el sexo femenino no mostró tendencias en cuanto al conocimiento sobre ESI. Sin embargo, se observó que el sexo masculino presentó un leve predominio de conocimiento sobre ESI (54.80%, n=23), valor que resultó estadísticamente no significativo.

Tabla 2. Distribución del conocimiento sobre ESI en función del sexo al nacer

			Sexo al nacer		Total
			Femenino	Masculino	
Conocimiento sobre ESI	No conoce sobre ESI	Recuento	35	19	54
		% dentro de Sexo	50%	45,20%	48,20%
	Sí conoce sobre ESI	Recuento	35	23	58
		% dentro de Sexo	50%	54,80%	51,80%

Actitudes frente a la interrupción voluntaria del embarazo

Con respecto a la encuesta sobre actitudes frente a la IVE, se les solicitó a los participantes que califiquen 23 premisas que se dividieron en 3 secciones, teniendo en cuenta el grado de acuerdo-desacuerdo que presentaban con respecto al enunciado. De ese modo se obtuvo un puntaje del 1 al 5 en cada sección, lo que permitió clasificar a los participantes en 3 grupos según sus inclinaciones hacia la IVE (ver Materiales y Métodos). Se observó que casi el 50% de ellos presentó una actitud positiva frente a la IVE (n= 55), mientras que un 35% (n= 39) y un 16% (n= 18) presentaron una actitud indiferente y negativa frente a la IVE, respectivamente (Figura 5).

La Tabla 3 muestra la distribución de las actitudes frente a la IVE en función del sexo. Si se considera la relación entre el sexo y las posturas frente a la IVE, se vio que la mayor parte de los adolescentes de sexo femenino (57%, n= 40) tuvo una actitud positiva frente a la misma, seguida del 30% (n= 21) con actitud indiferente y un 12% (n= 9) negativa, respectivamente. En tanto que el sexo masculino presentó mayoritariamente una actitud indiferente (42%, n= 18), continuando con actitudes positivas en un 36% (n= 15) y negativas en un 21% (n= 9). No obstante, los resultados tampoco mostraron significancia estadística.

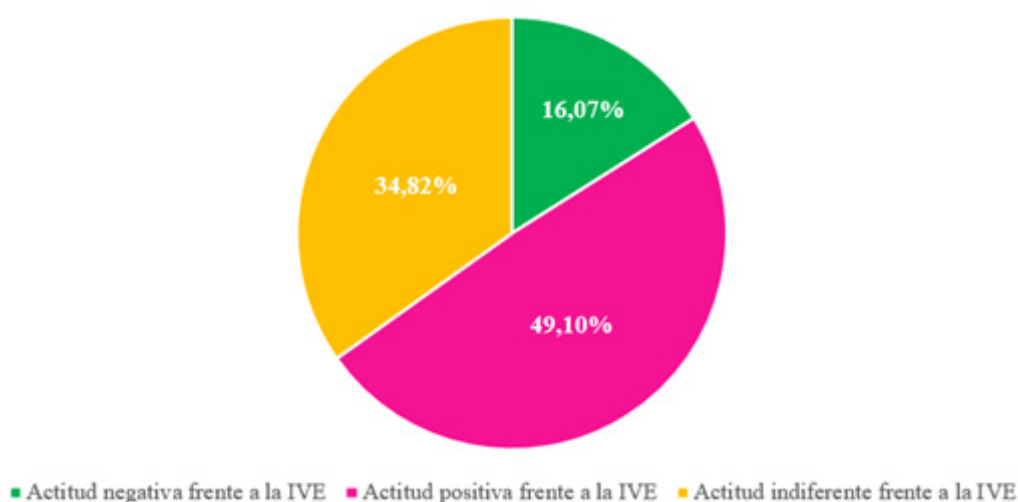


Figura 5. Actitudes frente a la IVE. El gráfico muestra el porcentaje de respuestas positivas, indiferentes y negativas frente a la misma.

Tabla 3. Distribución de las actitudes frente a la IVE en función del sexo al nacer

Tabla 3. Distribución de las actitudes frente a la IVE en función del sexo al nacer

		Sexo al nacer		Total	
		Femenino	Masculino	112	
Actitud frente a la IVE	Negativa	Recuento	9	9	18
		% dentro de Sexo	12,9%	21,40%	16,10%
	Indiferente	Recuento	21	18	39
		% dentro de Sexo	30%	42,90%	34,80%
	Positiva	Recuento	40	15	55
		% dentro de Sexo	57,10%	35,70%	49,10%

Relación entre conocimiento sobre ESI y actitudes frente a la IVE

La Figura 6 ilustra la distribución de las diferentes actitudes frente a la IVE en función del conocimiento sobre ESI de los participantes. Se observa que en ambas categorías (conoce sobre ESI vs no conoce sobre ESI) la actitud negativa representó el menor porcentaje, seguida de la actitud indiferente y luego la actitud positiva. Considerando las personas que sí poseyeron conocimiento sobre ESI (n=58, 52% del

total), se observó que 32 personas (55% de los que sí poseyeron conocimiento) presentaron una actitud positiva frente a la IVE, en tanto que 18 personas (31% de los que sí poseyeron conocimiento) presentaron una actitud indiferente y 8 personas (14% de los que sí poseyeron conocimiento) presentaron una actitud negativa. Considerando las personas que no poseyeron conocimiento sobre ESI (n= 54, 48% del total), se observó que 23 personas (43% de los que no poseyeron conocimiento) presentaron una actitud positiva,

21 personas (19% de quienes no poseyeron conocimiento) presentaron una actitud indiferente, mientras que 21 personas (39% de las personas que no poseyeron conocimiento) presentaron una actitud negativa. En este caso, el porcentaje de personas con actitud positiva frente a la IVE es menor con respecto a las que sí poseyeron conocimiento. Sin embargo, la asociación entre las diferentes actitudes frente a la IVE con el conocimiento sobre ESI no resultó ser estadísticamente significativa (valor de p en Chi2 de 0.410).

Relación entre conocimiento sobre ESI y actitudes frente a la IVE

La Figura 6 ilustra la distribución de las diferentes actitudes frente a la IVE en función del conocimiento sobre ESI de los participantes. Se observa que en ambas categorías (conoce sobre ESI vs no conoce sobre ESI) la actitud negativa representó el menor porcentaje, seguida de la actitud indiferente y luego la actitud positiva. Considerando las personas que

sí poseyeron conocimiento sobre ESI (n=58, 52% del total), se observó que 32 personas (55% de los que sí poseyeron conocimiento) presentaron una actitud positiva frente a la IVE, en tanto que 18 personas (31% de los que sí poseyeron conocimiento) presentaron una actitud indiferente y 8 personas (14% de los que sí poseyeron conocimiento) presentaron una actitud negativa. Considerando las personas que no poseyeron conocimiento sobre ESI (n= 54, 48% del total), se observó que 23 personas (43% de los que no poseyeron conocimiento) presentaron una actitud positiva, 21 personas (19% de quienes no poseyeron conocimiento) presentaron una actitud indiferente, mientras que 21 personas (39% de las personas que no poseyeron conocimiento) presentaron una actitud negativa. En este caso, el porcentaje de personas con actitud positiva frente a la IVE es menor con respecto a las que sí poseyeron conocimiento. Sin embargo, la asociación entre las diferentes actitudes frente a la IVE con el conocimiento sobre ESI no resultó ser estadísticamente significativa (valor de p en Chi2 de 0.410).

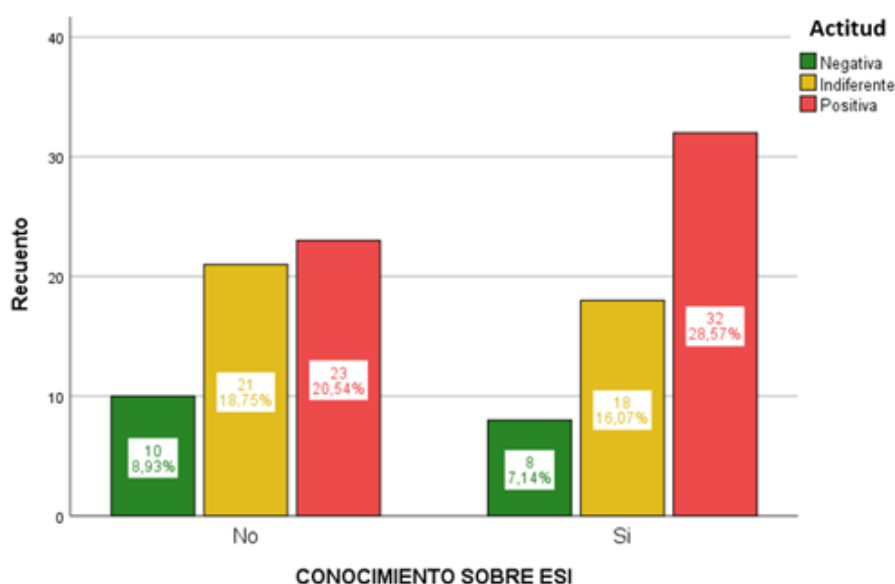


Figura 6. Distribución de personas (n= 112) con actitudes positivas, indiferentes y negativas frente a la IVE en función de su conocimiento sobre ESI. Se muestra el número absoluto de respuestas y el porcentaje frente al total de respuestas.

Cabe destacar que, al agrupar por sexo conocimiento sobre ESI en relación con las inclinaciones frente a la IVE, los resultados son diferentes en función del sexo analizado. Dicha asociación en el sexo femenino no mostró significancia estadística (valor de p en el Chi2 de 0.924), las mujeres de los grupos que mostraron conocer y no conocer sobre ESI respondieron mayoritariamente con actitud positiva frente a la IVE (57% en ambos grupos, Figura 7). Al realizar la correlación entre las dos

variables mencionadas en el grupo del sexo masculino se observó que la mayoría de los que conocieron sobre ESI presentaron una actitud positiva frente a la IVE (52%), mientras que quienes no mostraron conocer sobre ESI mostraron preferentemente una actitud indiferente (53%) seguida de una actitud negativa (32%, Figura 8). En este caso, se obtuvo un valor de p en el Chi2 de 0.043, resultando significativo estadísticamente.

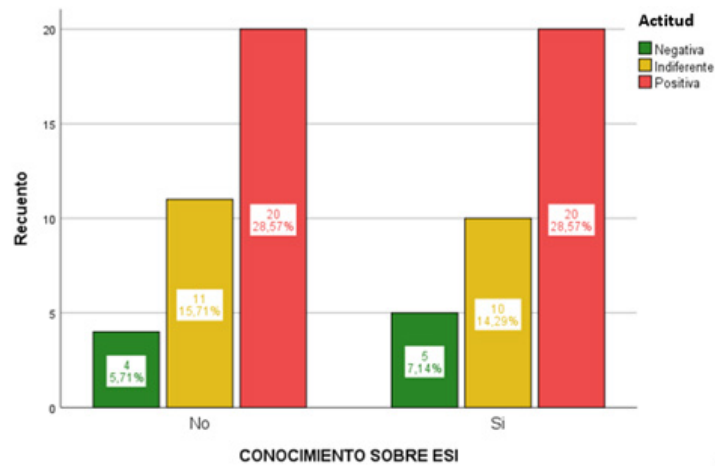


Figura 7. Distribución de participantes de sexo femenino (n= 70) con actitudes positivas, indiferentes y negativas frente a la IVE en función de su conocimiento sobre ESI. Se muestra el número absoluto de respuestas y el porcentaje frente al total de respuestas.

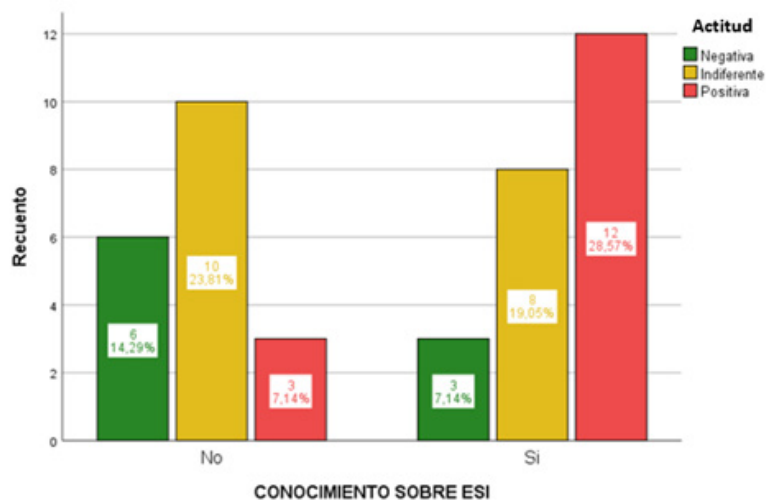


Figura 8. Distribución de sexo masculino (n= 42) con actitudes positivas, indiferentes y negativas frente a la IVE en función de su conocimiento sobre ESI. Se muestra el número absoluto de respuestas y el porcentaje frente al total de respuestas.

Discusión

En este estudio observacional, descriptivo y transversal se evidenció que la mayoría de los participantes recibieron ESI en establecimientos educativos y aproximadamente la mitad manifestó desear profundizar sobre ITS y violencia de género. Casi la totalidad de ellos reconocieron al preservativo masculino como MAC útil para prevenir ITS. Por otro lado, si bien la mayoría percibió haber aprendido mucho durante los años recibidos de ESI, se evidenció que prácticamente la mitad no tenía conocimientos sobre la misma.

En cuanto a la actitud frente a la IVE, una actitud favorable frente a esta fue la registrada con mayor frecuencia. Y, pese a que se buscaron asociaciones entre conocimiento sobre ESI e inclinaciones sobre IVE y entre ambas con sexo al nacer, sólo en los participantes de sexo masculino se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

Los estudios conocidos hasta el momento coinciden en que la información sobre ESI proviene de instituciones educativas, existiendo también similitud con los temas que desean profundizar (6, 14).

Con respecto a la IVE, la evidencia existente con respecto a actitudes frente a la misma proviene de trabajos realizados en poblaciones adultas universitarias por lo que se dificulta encontrar puntos de comparación con el presente trabajo (15).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la hipótesis fue corroborada parcialmente. Se observó que, los adolescentes entre 17 y 20 años, de sexo masculino, que asisten a la Escuela Técnica N° 12, al Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” y a la Escuela Piloto N° 1, de la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero y que presentan conocimientos sobre ESI son quienes, en su mayoría, manifiestan actitudes positivas frente a la IVE, evidenciándose resultados estadísticamente significativos para dicha asociación. No obstante, el sexo femenino no mostro diferencias significativas entre quienes manifestaron conocer sobre ESI y quienes

no, de modo que, independiente de la presencia de conocimiento sobre ESI, el sexo femenino mostró inclinaciones positivas hacia la IVE.

Considerando las limitaciones en la realización del presente estudio, dada la reciente aprobación de la Ley 27.610, no existen herramientas validadas para evaluar el impacto de la misma en la población adolescente. Por dicho motivo, la herramienta utilizada permitió analizar actitudes frente a la IVE, pero no conocimiento sobre la misma. La insuficiente bibliografía previa generó, además, dificultades para comparar los resultados obtenidos con investigaciones de similares características. Sin embargo, entendiendo la escasez de literatura actualizada sobre el tema, este trabajo de investigación puede resultar de utilidad para futuras investigaciones epidemiológicas.

Conclusión

Mediante la inclusión de 112 participantes, esta investigación ha permitido obtener datos sociodemográficos, sobre conocimiento de ESI y sobre inclinaciones hacia la IVE en adolescentes entre 17 y 20 años que asisten a la Escuela Técnica N° 12, al Colegio Agrotécnico “Madre Tierra” y a la Escuela Piloto N° 1, de la Ciudad de Fernández, Santiago del Estero.

El presente trabajo mostró que la mayoría de los participantes presenta conocimiento sobre ESI, debido a que comprenden el concepto de identidad de género y orientación sexual, reconocen al menos una modalidad de discriminación, de MAC, de ITS y su prevención con preservativo.

A su vez, más de la mitad de los participantes mostraron una actitud positiva frente a la IVE, siguiendo en frecuencia por inclinaciones indiferentes y negativas respectivamente.

No se encontró significancia estadística al asociar conocimiento de ESI con posturas frente a la IVE, ni tampoco al correlacionar el sexo al nacer con cada variable de forma independiente. Sin embargo, al correlacionar inclinaciones frente a la IVE con conocimiento sobre ESI en función del sexo se vio que dicha asociación en el sexo masculino resulta significativa estadísticamente, por ende, los participantes de sexo masculino que conocen sobre ESI presentan actitudes positivas frente a la IVE, mientras que, con el sexo femenino, tanto quienes conocen o no conocen sobre ESI, presentan en su mayoría actitudes positivas frente a la IVE.

La diferencia entre los adolescentes que mostraron conocimiento sobre ESI y los que no, fue únicamente de cuatro participantes. Al notar que la media de años de ESI recibida en clase fue de 3 años, llama notoriamente la atención que un porcentaje cercano al 50% no tiene conocimientos sobre ESI, y que, a su

vez, forjan inclinaciones hacia la IVE no basándose en la información proveniente de la implementación correcta de ESI. Sería conveniente valerse de estos datos para involucrar conceptos incluidos dentro de la nueva Ley 27.610 de IVE para brindarles herramientas necesarias a los adolescentes con las que puedan desarrollar posturas fundamentadas en contenido de calidad.

Bibliografía

1. Poder Legislativo de la Nación “Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Ley 26.150”. Senado y cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2006. [cited 1 December 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
2. Ministerio de Salud, Ministerio de educación y Ministerio de Desarrollo de la Nación. Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Plan ENIA. 2021. [cited 1 December 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Presentacion-base-ENIA-27-09-2020.pdf>
3. Consejo Federal de Educación. Resolución CFE N°322/17. 2017. [cited 1 December 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res-cfe-n-322-17-596786adaaad.pdf>
4. Ministerio de Salud de la Nación. Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo. Ley 27.610. 2021. [cited 1 December 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-03/Nota-informativa-5-interrupcion-embarazo.pdf>
5. Registro Nacional de las Personas (RENAPER). La natalidad y la fecundidad en Argentina entre 1980 y 2019. Agosto 2021. [cited 1 December 2021]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/09/natalidad_y_fecundidad_en_argentina.1980_a_2019.dnp_resumen_ejecutivo_nacional_final.pdf
6. Colectivo de Juventudes por los derechos sexuales y reproductivos, Fundación Huésped & FUSA. Informe sobre el impacto de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral (ESI). Resumen Ejecutivo. 2017. [cited 1 December 2021]. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/09/Informe-ESI-Resumen-ejecutivo.pdf>
7. Redsaluddecidir.org. [Internet] 2021 [cited 1 December 2021]. Disponible en: <http://redsaluddecidir.org/>
8. Procopio N, Dalle A, Fraenkel C, Olivera A. Voces, perspectivas y recomendaciones de adolescentes y jóvenes de Argentina. FUSA [Internet]. 2019 [citado el 3 de diciembre de 2021]; 1. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe-relevamiento-esconesi_0.pdf
9. Gallardo de Parada, Y. y Moreno Garzón, A., 1999. Recolección de la información. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior , 3 Ed, P.58 - 96. Disponible en: <<http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/images/CEUL/mod3recoleccioninform.pdf>> [Consultado 3 de noviembre de 2021].
10. Ferreyra L, Corbalán Ramos V. Encuesta ESI 2012. Universidad Nacional de Rosario [Internet]. 2013 [cited 4 November 2021];1. Available from: <https://rephip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/18679>
11. Marván M, Lagunes-Córdoba R, Orihuela-Cortés F. Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. Salud Pública de México [Internet]. 2018; 60: 742. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000600023
12. Ministerio de Salud. Guía para Investigaciones en Seres Humanos. Objetivos. 2011. Resolución 1480/2011. Boletín Oficial de la República. 2011. [cited 6 September 2020]. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Resolucion148011%20Naci%C3%B3n.pdf
13. World Medical Association Declaration of Helsinki. JAMA. 2013; 310(20):2191.
14. Asociación Civil, V., 2021. Encuesta ESI. pp.19-22.
15. Troche-Gutiérrez IY, Cerquera-Bonilla AC. Percepciones sobre interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de pregrado en enfermería. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 2 de diciembre de 2021];18(1):9-19. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2466>

FRÍAS



Prevalencia de suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida y su relación con los factores de riesgo en adolescentes entre 10 y 21 años de edad durante los años 2019 y 2020 en la ciudad de Frías, Santiago del Estero: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Autores: Daulerio Juan Ignacio¹, Garnero Diego Francisco¹, Zyla Manuel ¹, Gali Marcela², Navarrete Rosana², Rolo Guadalupe¹

¹ Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro

² Hospital Zonal de Frías. Ciudad de Frías. Santiago del Estero. Argentina.

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 suicidios en adolescentes en los últimos años.

Objetivo: Determinar la prevalencia de suicidios consumados, intentos de suicidio e ideación suicida e identificar los factores de riesgo más prevalentes en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años en la ciudad de Frías, durante los años 2019 y 2020.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística de 71 pacientes de ambos sexos de entre 10 y 21 años con historia registrada de suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida durante los años 2019 y 2020 en Frías, Santiago del Estero, Argentina.

Resultados:

La prevalencia de intento de suicidio durante 2019 y 2020 fue de 7,7 vs 11 c/1000 habitantes, respectivamente, mientras que la prevalencia de ideación suicida durante 2019 y 2020 fue de 6 vs 7,7 c/1000 habitantes, respectivamente. La prevalencia de suicidio consumado durante 2019 y 2020 fue de 4,4 vs 2,2 c/1000 habitantes, respectivamente. El 70,4% de los adolescentes que presentaron conductas de suicidalidad fue de sexo masculino y el 29,6%, de sexo femenino. Los factores de riesgo más prevalentes fueron el sexo masculino, el abandono del colegio, el hábito de consumo de alcohol y drogas, la depresión y presentar un intento previo de suicidio.

Conclusión:

Se ha registrado en 2020 una mayor prevalencia de pacientes con intentos de suicidio e ideación suicida respecto de 2019, aunque la prevalencia de suicidio consumado durante 2020 ha sido menor que durante 2019. Los factores de riesgo más prevalentes fueron el sexo masculino, el abandono del colegio y el hábito de

consumo de alcohol y drogas.

Palabras clave: 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 noviembre y diciembre del año 2021. La situación problemática en la ciudad es el aumento de casos de suicidios en adolescentes en los últimos años. Ante la falta de datos locales, el trabajo tiene como objetivo determinar la prevalencia de suicidios consumados, intentos de suicidio e ideación suicida e identificar sus factores de riesgo más prevalentes, en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años en la ciudad de Frías, durante los años 2019 y 2020.

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 (1).

Si bien ha disminuido la prevalencia 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 (2). 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 (3).

En Argentina se observó que el suicidio representa la segunda causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes, siendo la primera causa los accidentes automovilísticos. Sobre 3.202 casos de suicidio registrados en el año 2015, 905 personas (28,26%) correspondieron al grupo infanto-juvenil, entre 5 y 24 años. De ellos, 1 sola persona (0,1%) correspondió al grupo de 5 - 9 años, 60 personas (6,62%) al grupo de 10 - 14 años, 378 personas (41,76%) al grupo de 15 - 19 años y 466 personas (51,49%) al grupo de 20 - 24 años (4). Durante el año 2016, sobre un total de 3.139 casos de suicidio, 894 casos (28,48%) correspondieron al grupo etario de adolescentes (5), mientras que, durante el año 2018, sobre un total de 3.322 casos de suicidio a nivel nacional, 454 casos correspondieron a adolescentes de 10 a 19 años (6).

La detección de riesgo de suicidio no está asociada con un riesgo iatrogénico de inducir el comportamiento suicida. Según Rhodes y col (7), un 80% de los sujetos tuvo contacto con el sistema de salud en el año

previo a su muerte. Estas personas con frecuencia se presentaron con quejas somáticas (por ejemplo, dolores de cabeza, de estómago), y no podrían hablar de sus pensamientos suicidas a menos que se les pregunte directamente.

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.

El objetivo general del presente estudio es determinar la prevalencia de suicidios consumados, intentos de suicidio e ideación suicida e identificar los factores de riesgo más prevalentes en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años en la ciudad de Frías, durante los años 2019 y 2020.

Los objetivos específicos son:

- Comparar las prevalencias entre suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años en la ciudad de Frías, durante los años 2019 y 2020.
- Comparar las prevalencias de suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años en la ciudad de Frías, durante los años 2019 y 2020 entre sexo masculino y femenino.
- Identificar los factores de riesgo para el suicidio más prevalentes en adolescentes de ambos sexos entre 10 y 21 años en la ciudad de Frías, durante los años 2019 y 2020.
- Describir el perfil sociodemográfico de los adolescentes con ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.
- Comparar los datos locales con la estadística provincial y nacional.

Métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre una muestra no probabilística.

Población

La población accesible del estudio fueron 71 pacientes de ambos sexos de entre 10 y 21 años con historia

registrada de suicidio consumado, intentos de suicidio o ideación suicida durante los años 2019 y 2020 en Frías, Santiago del Estero, Argentina.

Criterios de inclusión

- Personas de 10 a 21 años que hayan tenido intento de suicidio, ideación suicida o hayan consumado el acto suicida durante 2019 y 2020,
- Que residan en la ciudad de Frías, Santiago del Estero,
- Que cuenten con historia clínica en el Programa Municipal de Prevención de Suicidio y Autolesiones de la ciudad de Frías.

Criterios de exclusión:

- Ser residente de otra provincia.
- Tener historia clínica incompleta.

Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de una fuente secundaria que se corresponde con 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, trabajadores sociales y especialistas en salud comunitaria.

Análisis estadístico

Tanto el género como las dimensiones de suicidalidad y factores de riesgo para suicidio, al ser variables cualitativas, fueron descriptas como proporciones. Por su parte, la edad al ser una variable cuantitativa será expresada con su media y desvío estándar.

Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación siguió los principios generales y lineamientos de confidencialidad, privacidad y consentimiento de la Declaración de Helsinki²³ (8). 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 utilizó en este estudio. La confidencialidad de los datos fue garantizada por el anonimato de la base (9).

Resultados

El número de historias clínicas recolectadas fue de 84, siendo válidas 71 (Figura 1), de las cuales 59 pertenecían a personas con historia de intento de suicidio e ideación suicida, mientras que los 12 restantes pertenecían a personas que han consumado el acto suicida (Figura 2). El análisis de datos evidenció que 50 pacientes eran hombres (70,4%) y 21 pacientes eran mujeres (29,6%), con una edad media de $17,8 \pm 2,16$ años. El resto de los datos sociodemográficos se describen en la Tabla 1.



Figura 1. Flujograma



Figura 2. Distribución de pacientes en función de su categoría en relación con la suicidalidad.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada

	Población con historia de intento de suicidio e ideación suicida (n=59)	Población con historia de suicidio consumado (n=12)	Población total (n=71)
Edad (años), Media (DE)	17,6 (2,26)	18,5 (1,50)	17,8 (2,16)
Sexo, n (%)			
Masculino	40 (67,7)	10 (83,3)	50 (70,4)
Femenino	19 (32,3)	2 (16,7)	21 (29,6)
Grupo etario, n (%)			
Adolescencia temprana	1 (1,6)	0 (0)	1 (1,4)
Adolescencia media	19 (32,2)	1 (8,3)	20 (28,1)
Adolescencia tardía	39 (66,2)	11 (91,7)	50 (70,5)
Escolaridad, n (%)			
Ninguno	6 (10,2)	-	6 (10,2)
Primario completo	42 (71,2)	-	42 (71,2)
Secundario completo	11 (18,6)	-	11 (18,6)
Terciario	0 (0)	-	0 (0)
Universitario	0 (0)	-	0 (0)
Abandono de estudios, n (%)	35 (59)	-	35 (59)

El análisis de datos evidenció que de 59 personas con registro de conductas de suicidalidad, 25 personas (42%) presentaron estas conductas durante 2019, siendo 14 personas quienes presentaron intento de suicidio y 11 ideación suicida, mientras que las 34 personas restantes (58%) las presentaron durante 2020, siendo 20 las que presentaron intento de suicidio y 14 ideación suicida. La prevalencia de intento de suicidio durante 2019 y 2020 fue de 7,7 vs 11 c/1000 habitantes, respectivamente, mientras que la prevalencia de ideación suicida durante 2019 y 2020 fue de 6 vs 7,7 c/1000 habitantes, respectivamente.

Por otro lado, de los 12 pacientes que han consumado el acto suicida, 8 lo hicieron durante 2019 y 4 durante 2020. La prevalencia de suicidio consumado durante 2019 y 2020 fue de 4,4 vs 2,2 c/1000 habitantes, respectivamente. Esto demuestra que, aunque durante 2020 se haya registrado mayor prevalencia de pacientes con intentos de suicidio e ideación suicida respecto de 2019, se registró una menor prevalencia de suicidio consumado durante 2020.

Se evidenció que el 70,5% de los adolescentes que presentaban conductas de suicidalidad pertenecieron al grupo etario de adolescencia tardía y que el 22% de los adolescentes que presentaron intentos de suicidio habían consultado previamente al sistema de salud. Se registró una mayor prevalencia de ideación suicida en adolescencia tardía en 2020 respecto de 2019 ($P < 0,05$). El análisis de los factores de riesgo más prevalentes para presentar conductas de suicidalidad, mostró que el 70,4% fueron hombres, el 59% de los adolescentes abandonó el colegio, el 54% tenía hábito de consumo

de alcohol y drogas, el 42% sufría depresión y el 27% ya tenía al menos un intento previo de suicidio. El resto de los factores de riesgo encontrados correspondió a trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de conductas de suicidalidad, antecedente de abuso sexual, antecedente de bullying, patología física incapacitante y orientación sexual no heterosexual (Figura 3). Se evidenció que existía una mayor cantidad de factores de riesgo en los pacientes con intento de suicidio que en aquellos con ideación suicida, observándose en promedio 3,79 factores de riesgo vs 3 factores de riesgo, respectivamente ($p < 0,05$).

El mecanismo lesional más prevalente en los pacientes con historia de intento de suicidio y acto suicida consumado fue el ahorcamiento, representando el 71,7% de los casos. En segundo lugar, se encontró el consumo de drogas (15,2%), y con menor prevalencia tirarse debajo de un camión, lesión con arma de fuego y saltar del balcón.

Discusión

Los datos registrados en el presente estudio difieren en algunos aspectos con los encontrados a nivel nacional y provincial (6). La principal diferencia radica en la prevalencia, en Frías se encontró una tasa de mortalidad por suicidio de 330 c/100.000 habitantes mientras que a nivel provincial fue de 7,1 c/100.000 habitantes y a nivel nacional se encontró de 6,4 c/100.000 habitantes. Estos resultados alarmantes indican que Frías cuenta con una tasa más de 5000% superior a los niveles provincial y nacional.

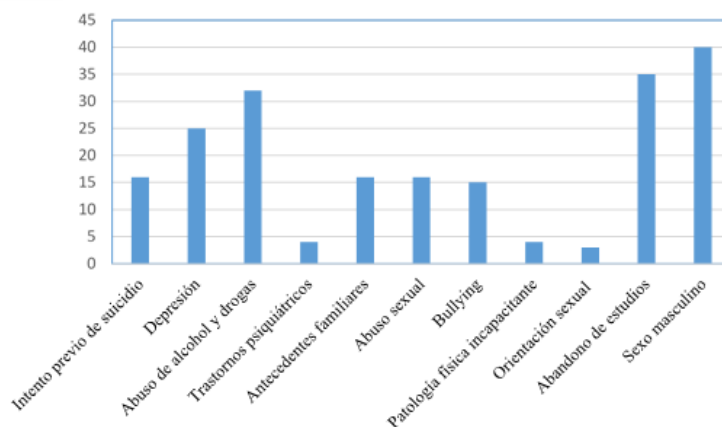


Figura 3. Factores de riesgo para conducta de suicidalidad encontrados en el estudio.

A nivel nacional, se observó que, durante el año 2018, sobre un total de 3.322 casos de suicidio, el 13,6% (454 casos) correspondió a adolescentes de 10 a 19 años, siendo el 72,7% (330 casos) de sexo masculino y el 27,3% (124 casos) de sexo femenino.

Con respecto al mecanismo de consumación del suicidio, un 91,4% correspondió a ahogamiento o sofocación, seguido por consumo de drogas en el 0,9%, resultandos similares a los datos obtenidos en el presente trabajo.

En este contexto resulta imprescindible continuar con el Programa Municipal de Prevención de Suicidio y Autolesiones de la ciudad de Frías así como brindar máxima capacitación al personal de salud en la detección y prevención de conductas de suicidalidad.

Conclusión

Se registró que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes de 10 a 21 años en la ciudad de Frías durante 2019 fue de 7,7 c/1000 habitantes, aumentando en 2020 a 11 c/1000 habitantes. La prevalencia de ideación suicida durante 2019 fue de 6 c/1000 habitantes, aumentando en 2020 a 7,7 c/1000 habitantes. La prevalencia de suicidio consumado durante 2019 fue de 4,4 c/1000 habitantes, disminuyendo en 2020 a 2,2 c/1000 habitantes.

Se evidenció que el 70,4% de los adolescentes que presentaron conductas de suicidalidad fueron de sexo masculino y el 29,6% de sexo femenino.

Se registró que los factores de riesgo más prevalentes para presentar conductas de suicidalidad fueron ser hombres (70,4%), haber abandonado el estudio (59%), poseer hábito de consumo de alcohol y drogas (54%), padecer depresión (42%) y presentar un intento previo de suicidio (27%).

Se evidenció que existía una mayor cantidad de factores de riesgo en los pacientes con intento de suicidio que en aquellos con ideación suicida ($p < 0,05$).

En relación al perfil sociodemográfico de los adolescentes que presentaron conductas de suicidalidad, se registró que el 70,5% pertenecían al grupo etario de adolescencia tardía, el 59% había abandonado los estudios y el 22% había consultado

previamente al sistema de salud. Además, se registró una mayor prevalencia, estadísticamente significativa, de ideación suicida en adolescencia tardía en 2020 respecto de 2019.

La ciudad de Frías registró una mayor tasa de mortalidad de suicidio adolescente, siendo en 2019 y 2020 de 440 c/100000 habitantes y 220 c/100000 habitantes, respectivamente, en comparación con las estadísticas a nivel nacional, que es de 6,4 c/100000 habitantes.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 17 de junio de 2021. [Consultado el 3 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Tinari, MC. El Suicidio Infantojuvenil en Argentina ¿Un problema a considerar? Rev. Soc. Arg. Ginecol. Inf. Juv. 2015; 22 (1): 6-26.
- De la Torre, M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. 2013. [Consultado el 3 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf.
- Unicef. El suicidio en la adolescencia: situación en la Argentina. 29 de mayo de 2019. [Consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales: información básica. 2015. [Consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>.
- Unicef, Sociedad Argentina de Pediatría, Ministerio de Salud de la Nación. Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud. Mayo 2021. [Consultado el 5 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/abordaje-integral-del-suicidio-en-las-adolescencias>.
- 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.
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM- Principios de la ética para investigaciones médicas en seres humanos.
- Ministerio de Salud. Resolución 1480/2011. Buenos Aires. 2011. [Consultado el 4 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion_1480-2011.pdf



LORETO

Relación entre los factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión Arterial y Diabetes) y el nivel educativo en la población adulta que asiste al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero, Argentina. Estudio de corte transversal, noviembre de 2021.

Autores: Barbosa Duarte de Oliveira Victor¹, Leiva Rosales Renato¹, Mendes de Barros Daniel Augusto¹, Salem Iván Salvador¹, Argañarás Medina Stella Maris², Fandiño María Eugenia¹
1 Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro
2 Hospital Zonal de Loreto Dr. Oscar Abalos. Ciudad de Loreto. Santiago del Estero. Argentina

Resumen

Introducción:

En Argentina la tasa ajustada por edad de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue de 169,7 personas por cada 100 mil habitantes para el año 2018. La educación es una importante fuente de recursos sociales y psicológicos que influyen en el estado de salud de las personas. En esta investigación nos preguntamos si la educación, como determinante social, se relaciona con la presencia de diabetes e hipertensión, en la población que asiste al hospital zonal de Loreto.

Métodos:

Se realizó un estudio transversal, encuestando, a partir del formulario de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, a 116 adultos de ambos sexos seleccionados por proximidad. Para la evaluación de la asociación se utilizó test de Chi cuadrado con un nivel de significación estadística del 95%. El alfa utilizado fue 0.05.

Resultados:

La mediana de edad fue de 36.5 años con rango intercuartílico de 17 años, de ellos 28 (25%) pertenecieron al sexo masculino. El 87% tenía sólo cobertura pública

de salud. La prevalencia de hipertensión arterial fue de 44% mientras que la de diabetes fue del 24%. El 18% de las personas alcanzaron un nivel educativo hasta primario incompleto, 48% primario completo y secundario incompleto, mientras que 34% tenían el secundario completo y más. Respecto de la asociación entre el nivel educacional e hipertensión arterial no se observó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.298$). Tampoco la hubo con la diabetes ($p=0.506$).

Conclusión: No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre los factores de riesgos cardiovasculares seleccionados y nivel educativo alcanzado en la población estudiada.

Palabras clave: Diabetes; Hipertensión arterial; Factores de riesgo cardiovascular; Determinantes sociales de la salud; Argentina.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad en el mundo y son responsables por 17,9 millones de muertes anualmente. De estas, más del 75% ocurrieron en países de baja y media renta (1).

En Argentina la tasa ajustada por edad de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue de 169,7 personas por cada 100.000 habitantes según un informe sobre indicadores básicos efectuado por el ministerio de salud de Argentina en el año 2020 (2), siendo la principal causa de Mortalidad en Argentina en ambos sexos.

Los Factores de Riesgos Cardiovasculares (FRCV), son características clínicas y mediciones Bioquímicas de un individuo que lo hacen más propenso a padecer una enfermedad cardiovascular, por lo tanto, el tratamiento de un factor de riesgo debería reducir la incidencia de la enfermedad (3).

Los FRCV pueden ser categorizados en No modificables (Edad, sexo, antecedentes heredo familiares, posmenopausia) y Modificables (Tabaquismo, colesterol de baja densidad (LDLc), Hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, factores psicosociales, triglicéridos, consumo de alcohol, Obesidad).

Los factores de riesgo modificables explican 75,1% de los eventos isquémicos coronarios; siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante tanto en hombres como en mujeres (4).

Además de los FRCV existen otros factores llamados determinantes sociales de la salud (DSS). Estos son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

La epidemiología y la promoción de la salud son disciplinas básicas de la Salud Pública. La primera se encarga de reconocer los determinantes de la salud y la segunda a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos (5).

El Modelo Operativo de Promoción de la Salud señala que son determinantes positivos de la salud aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional. El objeto de la promoción de la salud es, en primera instancia, favorecerlos. Son determinantes de riesgo aquellos que afectan la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. El propósito de la promoción de la salud es evitarlos o delimitarlos (6).

La educación es una importante fuente de recursos sociales y psicológicos que influyen en el estado de salud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables. Quienes alcanzan un mayor nivel educativo tienden a preferir hábitos más saludables y a evitar los insalubres. Aunque no existe un único mecanismo por el cual la educación influye sobre la salud, se sabe que el sistema educativo juega un papel clave en el proceso de alfabetización en salud y puede ser un factor protector y corrector de desigualdades sociales en la infancia y adolescencia (7).

En su estudio Albert & Davia, 2010, confirmaron la relación directa entre el nivel educacional y la salud en países desarrollados (8). Una posibilidad que se plantea es la teoría de “Health Literacy”, que es el grado en que las personas tienen la capacidad de encontrar, comprender y utilizar la información y los servicios para informar las decisiones y acciones relacionadas con la salud para sí mismos y para los demás (9).

En Argentina, la distribución de los FRCV y de los determinantes sociales es heterogénea siendo que existen diferencias entre provincias.

Según la cuarta encuesta nacional de factores de riesgo, en Santiago del Estero la prevalencia de Hipertensión arterial (HTA) no difiere de la prevalencia nacional (34,7% en 2018) y la medición de la tensión arterial para la detección de la misma es mayor en aquellas personas con niveles educativos más altos (10).

Respecto de la Diabetes para el periodo de 2018, no así para años previos, la prevalencia provincial es similar a la nacional (12,7%). Nuevamente, para este FRCV la medición de la glucemia para detección de esta patología es mayor según sea el nivel de educación alcanzado (10).

Si bien estos datos pertenecen a la provincia de Santiago del Estero, poco se conoce de la medición de estos FRCV y el nivel educativo a nivel de sus municipios y ciudades.

Dada la importancia de los FRCV y de los DSS en el proceso de salud-enfermedad y atención de las personas, en el presente trabajo de investigación se pretende evaluar si la educación, como determinante social, se relaciona con la presencia de diabetes e hipertensión, como FRCV seleccionados en la población adulta que asiste al hospital público zonal de Loreto, en la provincia de Santiago del Estero (Argentina) en noviembre de 2021.

Métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal.

Población

Se realizó un muestreo probabilístico por conveniencia. Se estudiaron personas adultas del área programática del Hospital Zonal Loreto Dr. Óscar Ábalos, ubicado en la ciudad de Loreto o Villa San Martín, ubicada en el centro de la provincia de Santiago del Estero. El Hospital está clasificado con segundo nivel de asistencia médica, que abarca la población adulta, pediátrica y neonatal. Dispone de servicios semanales de clínica médica, obstetricia y ginecología, traumatología, pediatría, cardiología, salud mental, fonoaudiología infantil, cirugía general, oftalmología; así como también el servicio de Atención primaria de la salud (APS) y vacunatorio permanente.

Criterios de Inclusión:

- Personas adultas (más de 18 años)
- Personas que asisten al hospital zonal de Loreto,

Santiago del estero, Argentina,

- Personas que hayan aceptado el consentimiento informado firmado

Criterios de Eliminación:

- Personas con cuestionarios incompletos o completados inadecuadamente

Recolección de datos e instrumentos utilizados

Se le realizó una encuesta a la población mayor de 18 años, de ambos sexos, que asistió al hospital zonal de Loreto en noviembre de 2021. Se encuestaron 116 personas con una muestra conformada por pacientes adultos de ambos sexos a quienes se les aplicó el cuestionario 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) (10).

Al momento del análisis de las variables de nivel educacional se utilizó el mismo método usado en la Cuarta encuesta Nacional de ENFR y se agruparon los niveles Educativos en: Hasta primario incompleto, Primario completo y secundario incompleto y Secundario completo y más.

Los datos se recolectaron en una planilla desarrollada en Google Forms®, compuesta por 38 preguntas de la ENFR divididas en 3 bloques siendo ellos (a) sociodemográficos (Edad, sexo, estado civil, cobertura de salud y nivel educativo), (b) hipertensión arterial y (c) diabetes.

Análisis estadístico

Se utilizó una base de datos elaborada en Microsoft Excel® 2019 a partir de los datos recolectados.

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas (n y %), las variables cuantitativas se describieron, luego de realizar pruebas para evaluar su normalidad con el test de Shapiro-Wilk, mediante, media y desvío estándar (DE) o mediana y cuartiles según correspondiera. Los análisis se realizaron con GraphPad® PRISM® versión 6.01. Para evaluar asociación se utilizó test de Chi-cuadrado. Todos los test realizados se consideraron con un nivel de significación estadística del 95%. Se utilizó un valor de alfa igual a 0.005.

Aspectos éticos

Todos los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado voluntario, el cual fue elaborado y entregado por el mismo Hospital Zonal de Loreto.

El presente trabajo de investigación siguió los principios generales y lineamientos de confidencialidad, privacidad y consentimiento de la Declaración de Helsinki (11).

Resultados

El número de participantes que contestaron la encuesta fue de 116, siendo válidas 110 encuestas que fueron las que se analizaron en este estudio. (Figura 1).

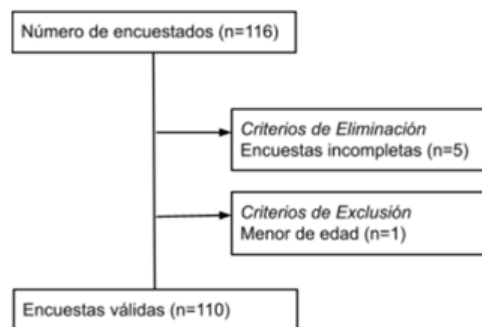


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de personas encuestadas.

De las 110 personas encuestadas, la mediana de edad fue de 36.5 años con rango intercuartílico (RIQ) de 17 años, de las cuales 28 (25%) pertenecieron al sexo masculino y 75% al sexo femenino. De todas las personas encuestadas 82 (87%) no tenían ningún tipo de cobertura de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas, de las personas encuestadas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021

Tabla 1. Características sociodemográficas, de las personas encuestadas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021

Grupo de estudio (n = 110)	
Edad, años (RIQ)	36.5 (17)
Sexo, n (%)	
Masculino	28 (25)
Femenino	82 (75)
Estado Civil, n (%)	
Unido/a	49 (45)
Casado/a	16 (15)
Separado/a	13 (12)
Divorciado/a	2 (2)
Viudo/a	4 (4)
Soltero/a	26 (24)
Cobertura de Salud, n (%)	
Una obra social (incluye PAMI)	9 (8)
Una prepaga a través de obra social	1 (1)
Una prepaga por contratación voluntaria	2 (2)
Un servicio de emergencia médica	0 (0)
Un programa o plan estatal de salud	2 (2)
No está asociado a nada	96 (87)
Ns/Nc	0 (0)

En la población encuestada, las personas que alcanzaron un nivel educativo hasta primario incompleto son 20 (18%), primario completo y secundario incompleto 53 (48%) mientras que 37 (34%) tenían el secundario completo y más (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel educativo de las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del estero noviembre 2021 (n=110)

Tabla 2. Nivel educativo de las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del estero noviembre 2021 (n=110)	
Nivel educacional agrupado de acuerdo con la 4a ENFR, n (%)	
Hasta primario incompleto	20 (18)
Primario completo y secundario incompleto	53 (48)
Secundario completo y más	37 (34)
Nivel educativo, n (%)	
Educación inicial (Preescolar) incompleta	2 (2)
Educación inicial (Preescolar) completa	0 (0)
Educación primaria incompleta	18 (16)
Educación primaria completa	23 (21)
Educación secundaria incompleta	30 (27)
Educación secundaria completa	23 (21)
Educación superior incompleta	9 (8)
Educación superior completa	5 (5)
Concurrencia a establecimientos educativos n (%)	
Asiste actualmente	12 (11)
Asistió	95 (86)
Nunca asistió	3 (3)
Último año que finalizó, n (%)	
Primero	1 (1)
Segundo	4 (4)
Tercero	6 (5)
Cuarto	10 (9)
Quinto	20 (18)
Sexto	1 (1)
Séptimo	10 (9)
Octavo	3 (3)
Noveno	10 (9)
No sabe	46 (41)
Registro de Tensión Arterial referido alguna vez, n (%)	
Si	97 (88)
No	13 (12)
Presencia de Hipertensión arterial referida, n (%)	
Menos de una vez	62 (56)
Una vez	13 (12)
Más de una vez	35 (32)
Tratamiento antihipertensivo (farmacológico y no farmacológico) referido n (%)	
Si	32 (29)
No	78 (81)

La prevalencia de HTA en las personas estudiadas fue de 44% (n=48) (Tabla 3) mientras que la prevalencia de diabetes fue del 23% (n=25) (Tabla 4).

Tabla 3. Hipertensión arterial: registro, y tratamiento referido en las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021 (n=110)

Tabla 4. Diabetes: registro de glucemia, antecedentes familiares y características del tratamiento referidos en las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021 (n=110)

Tabla 4. Diabetes: registro de glucemia, antecedentes familiares y características del tratamiento referidos en las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021 (n=110)

Última Glucemia medida, n (%)	
Menos de un año	52 (47)
Entre uno y dos años	17 (15)
Mas de dos años	21 (19)
No sabe	6 (6)
Nunca se midió	14 (13)
Presencia de Diabetes referida, n (%)	
Si	25 (24)
No	75 (76)
En tratamiento para la diabetes, n (%)	
Si	24 (22)
No	86 (88)
Antecedentes en familiares de primer grado de diabetes, n (%)	
Si	53 (48)
No	49 (45)
No sabe	8 (7)
Antecedentes en familiares de segundo grado de diabetes, n (%)	
Si	47 (43)
No	30 (27)
No sabe	33 (30)

Respecto de la asociación entre el nivel educacional e hipertensión arterial se observó que no hay una relación estadísticamente significativa entre los dos ($p=0.298$), (Figura 2). Lo mismo ocurrió al evaluar la asociación entre Diabetes y nivel educativo ($p=0.506$) (Figura 3). En la tabla 5 se describe la presencia de la Hipertensión arterial, así como de la Diabetes según los diferentes niveles educativos alcanzados en las personas evaluadas.

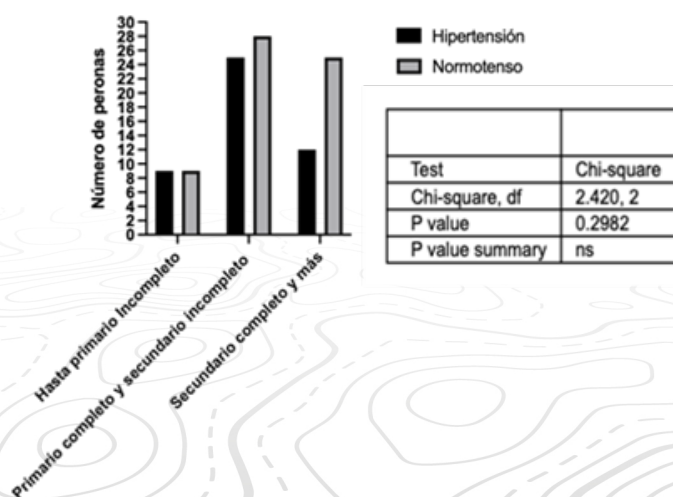


Figura 2. Asociación entre el nivel educativo y la presencia de hipertensión arterial en las personas adultas encuestadas. Hospital Zonal de Loreto (n=110)

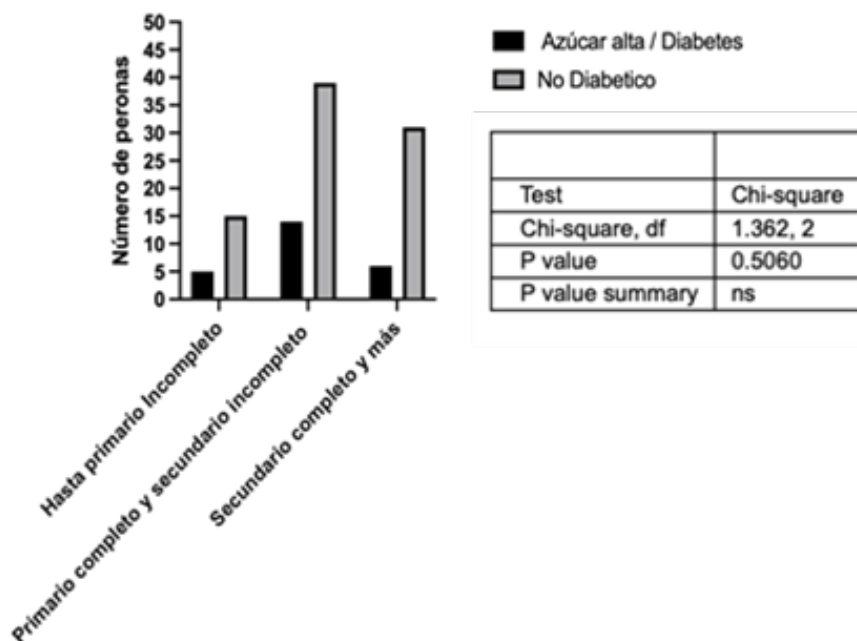


Figura 3. Asociación entre el nivel educativo y la presencia de diabetes en las personas adultas encuestadas. Hospital Zonal de Loreto (n=110).

Tabla 5. Factores de riesgos cardiovasculares según nivel educativo en las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021 (n=110)

Tabla 5. Factores de riesgos cardiovasculares según nivel educativo en las personas adultas que asistieron al hospital zonal de Loreto, Santiago del Estero noviembre 2021 (n=110)

	Población adulta que asiste al hospital zonal de Loreto, Santiago del estero, n (%)	Presencia de Hipertensión arterial referida, n (%)		Presencia de Diabetes referida, n (%)	
		Si una y/o más de una vez, n (%)	Ninguna, n (%)	Si, n (%)	No, n (%)
Hasta primario incompleto	20 (18)	11 (23)	9 (15)	5 (20)	15 (18)
Primario completo y secundario incompleto	53 (48)	25 (52)	28 (45)	14 (56)	39 (46)
Secundario completo y más	37 (34)	12 (25)	25 (40)	6 (24)	31 (36)

Conclusión

En la presente investigación se determinó que la prevalencia de Hipertensión arterial en la población fue del 44% mientras que la de Diabetes fue del 24%. La presencia de los mencionados FRCV no se asoció de modo estadísticamente significativo al nivel educativo alcanzado.

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar a los

sesgos propios del diseño de investigación utilizado (sesgo de memoria y sesgo de selección). La selección a conveniencia de la muestra, que involucra solo a las personas que acceden al hospital y al sistema de salud en general. Este estudio puede motivar a la realización de futuras investigaciones para indagar y profundizar la prevalencia de FRCV en la población de Loreto.

Bibliografía

1. Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. WHO. 2017 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Dirección de Estadística e información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos de Argentina. año 2020. disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores_basicos_2020.pdf
3. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Paho.org. (2021). Retrieved 21 November 2021, from <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
4. Rubinstein, A., Colantonio, L., Bardach, A., Caporale, J., García Martí, S., & Kopitowski, K. et al. (2010). Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 27(4), 237-245. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000400001>
5. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS Paho.org. (2021). Retrieved 2 December 2021, from <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares#:~:text=Algunos%20de%20los%20factores%20de,la%20diabetes%20y%20la%20obesidad>.
6. de la Guardia Gutierrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020000100081
7. Gómez, D., Jiménez-Pernett, J., & Leralta, O. (2021). La Educación, determinante de la salud afectado por el COVID-19 | Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública. *Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de salud pública*. Retrieved 21 November 2021, from <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/1259-2/>.
8. Albert C, Davia MA. (2011). Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health Promot Int*. 26(2):163-70. doi: 10.1093/heapro/daq059.
9. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) Understanding Literacy and Numeracy. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Retrieved 21 November 2021, from <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/UnderstandingLiteracy.html>.
10. INDEC (2021). Principales resultados de la 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018. Comparación con las ediciones 2005, 2009 y 2013 (autorreporte) y mediciones objetivas (físicas y bioquímicas) Retrieved 2 November 2021, from <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM -Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Recuperado el 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf.



MONTE QUEMADO

Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 18 a 49 años y varones de 18 a 59 años del área programática del Hospital de Monte Quemado y su asociación con nivel educativo alcanzado y situación laboral. Año 2021.

Autores: Belloni Josefina¹, Colombini Lucia¹, Gomez Ana Sofia¹, Pezzente, María Sofia¹, Tarchini Roberto², Vital Mariano², Gómez José², Fandiño María Eugenia¹
1 Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro
2 Hospital Regional del Norte Grande Francisco David, Monte quemado, Santiago del Estero, Argentina

Resumen

Introducción: Los embarazos no deseados se asocian con efectos adversos maternos y fetales. En Argentina el 14,9% de la población adulta nunca utilizó un Método Anticonceptivo (MACs) a pesar de que el 93,3% de ellos no tenía deseo de embarazo. Determinantes sociales como el nivel de educación alcanzado y la situación laboral pueden asociarse al uso de MACs. El presente estudio evalúa la prevalencia de utilización de MACs y su asociación con estos determinantes en la población adulta de Monte Quemado.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal encuestando a 100 personas entre mujeres de 18 a 49 años y varones de 18 y 59 años, que acudieron al hospital de Monte Quemado para controles de salud en noviembre de 2021. Se indagó en el uso y conocimiento de MACs a partir del cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Resultados: Se evidenció que el 55% de la población utiliza algún tipo de método anticonceptivo. La mediana de edad fue de 28 años (RIQ 23,09-36,30). El 42% de los encuestados no poseyó escuela secundaria completa y el 48% de los encuestados se encontraba desocupado.

Nueve de cada diez conocían algún MACs. La asociación entre utilización de MACs y nivel educativo no tuvo significancia estadística (p valor 0,13) ni tampoco la situación laboral (p valor 0,84).

Conclusión: La prevalencia de utilización de MACs fue del 55% a pesar del conocimiento sobre ellos. Esta situación no mostró asociación estadísticamente significativa entre los determinantes sociales estudiados en la población.

Palabras clave: Anticonceptivos, Desempleo, Determinantes sociales de la salud, Educación.

Introducción

Los embarazos no deseados se asocian con efectos adversos maternos y fetales (1). El 99% de los embarazos no planeados se presentan en países en desarrollo, el 38% de estos en América Latina y el Caribe (2). Aunque los embarazos no planificados no necesariamente equivalen a embarazos no deseados, pueden generar distintos riesgos para la salud de la madre y el niño, como malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte (2).

El papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad

está íntimamente relacionado con las expectativas reproductivas, las cuales están influidas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico (3). Sin embargo, en la actualidad, existen mujeres que no desean reproducirse, pero siguen expuestas a quedar embarazadas, por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo (MAC) o porque utilizan métodos tradicionales como el ritmo o el coito interrumpido, de escasa eficacia para evitar el embarazo (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que dos tercios de las mujeres sexualmente activas que deseaban retrasar o limitar la maternidad dejaron de usar métodos anticonceptivos (MACs) por temor a sus efectos secundarios, por problemas de salud o por subestimar la probabilidad de concepción, lo que hizo que uno de cada cuatro embarazos fuera no planificado (2).

Se considera que el uso correcto y sostenido de los MACS, es necesario para mejorar la salud de la mujer, además, algunos MACS como los preservativos no solo cumplen la función anticonceptiva, sino también previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (1).

En Argentina, según la encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva (ENSSyR), el 14,9% de la población nunca utilizó ningún MAC durante una relación sexual, aún cuando el 93,3% no tenía deseo de embarazo. Además, el 24,3% no conocía los métodos y el 34,3% no le gusta o no quiere utilizarlos (4).

Los posibles determinantes que podrían afectar la decisión del uso de MACs suelen ser, entre otros, el nivel educativo alcanzado, la condición laboral de las personas y la accesibilidad a los mismos (5). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC), respecto de los niveles de enseñanza alcanzados en el país en el 2010, el 14% no llegó a completar sus estudios primarios mientras que el 40,8% alcanzó a completar sus estudios primarios o más (5). En la población económicamente activa, en lo que refiere al nivel educativo alcanzado, en Argentina en el 2016, el 4,2% tenía primario incompleto, el 32,8% tenía secundario incompleto y el 63,1% de la población económicamente activa había completado sus estudios secundarios o educación superior (5).

El acceso a un trabajo formal permite el acceso a coberturas de salud más allá de las públicas. Según el INDEC el 23,7% de la población de Argentina no tenía cobertura de obra social y/o plan médico o mutual en el 2010 (5).

Contemplando estos determinantes, en Argentina disponibilidad de métodos anticonceptivos en las instituciones públicas de salud, está garantizada por la ley 25.673, por lo cual el alcance a los mismos estaría garantizado, quizá sea esta la razón por la cual es que

sólo el 0,8% de las personas que nunca utilizaron MACs en Argentina manifestó que en el centro de salud no tienen disponibilidad de los mismos y no obstante limitado a la accesibilidad del sistema público de salud (4).

Poco se conoce de manera actualizada respecto de la tasa de utilización de MACs en población en edad reproductiva no adolescente la provincia de Santiago del Estero y de la relación entre el uso de MACs y sus determinantes. La Provincia presenta una tasa de natalidad que superan la media nacional para el año 2019 (6) así como también revela menores porcentajes de personas con nivel secundario alcanzado de manera completa (28,3%) que los reportados a nivel nacional (5), mientras que 4 de cada 10 personas poseen sólo cobertura pública de salud.

En esta investigación se indaga respecto de la utilización de MACs en mujeres de 18 a 49 años y varones de 18 a 59 años, residentes del área programática del Hospital de Monte Quemado, en la provincia de Santiago del Estero y su asociación el nivel educativo alcanzado y situación laboral formal declarada, en el año 2021.

Métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La selección de la muestra fue no probabilística siguiendo un criterio de conveniencia o proximidad.

Población

La presente investigación se desarrolló en el Hospital Zonal Doctor Antonio F. David, localizado en la ciudad de Monte Quemado, en el interior de la provincia de Santiago del Estero, cabecera del departamento de Copo, en Argentina (7). El mismo cuenta con los servicios de guardia general de 24hs y consultorios externos de medicina general, cardiología, cirugía general, pediatría y servicio de obstetricia (8). La población accesible corresponde con mujeres de 18-49 años y varones de 18 y 59 años que asistieron al hospital durante el mes de noviembre 2021 a realizar sus controles de salud.

Criterios de inclusión

- Pertenecer al rango etario de 18 a 59 años para el sexo masculino y 18 a 49 años para el sexo femenino
- Ser residente del departamento de Copo, Santiago del Estero
- Asistir al Hospital Regional de Monte Quemado

Criterios de exclusión

- Personas que no accedan a firmar el consentimiento informado
- Tener diagnóstico de alguna enfermedad de base que genere infertilidad/esterilidad

Criterios de eliminación

- Personas con encuestas incompletas o mal registradas

Recolección de datos e instrumentos utilizados

La información se recolectó en base al cuestionario de la ENSSyR creada por INDEC y el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) para poder evaluar tanto los datos sociodemográficos, los determinantes sociales y los métodos anticonceptivos (4). Los datos fueron recolectados en terreno por el equipo de investigadoras en dispositivos móviles y registrados en una plataforma de Google Forms diseñada para este fin.

Los datos sociodemográficos evaluados fueron edad, sexo biológico al nacer y cobertura de salud.

La cobertura de salud se reagrupó en dos categorías: dependiente de la cobertura pública de salud y no dependiente de la cobertura pública de salud. Para la categoría “no dependiente de la cobertura pública de salud” se tomó en cuenta que el entrevistado posea al menos una de las siguientes coberturas: “Una obra social (incluye PAMI)”, “Una prepaga a través de obra social” y/o “Una prepaga por contratación voluntaria”. Para la categoría “dependiente de la cobertura pública de salud” se aplica a quienes respondieron “No” en todas las categorías previamente mencionadas, pudiendo contar con “Un servicio de emergencia médica” o “Un programa o plan estatal de salud”.

La variable nivel educativo categorizó el nivel de instrucción de la población objetivo en tres grupos: primario incompleto (aquellos sin instrucción o con primario incompleto), secundario incompleto (incluye aquellos con primario completo) y secundario completo o más (incluye tanta educación secundaria, terciario o universitario).

El nivel ocupacional se determinó con las preguntas 7 a 11 del capítulo 4 SEL de la ENSSyR creada por el INDEC. Las variables se recategorizaron en:

- Ocupados: conjunto de personas que tiene por lo menos una ocupación, es decir que en la semana de referencia ha trabajado como mínimo una hora (en una actividad económica). El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población.
- Desocupados: esta categoría hace referencia tanto a personas que, aun no teniendo ocupación, están

buscando activamente trabajo y aquellas personas que no tienen trabajo y tampoco lo buscan activamente.

Para la utilización de métodos anticonceptivos, se utilizaron las preguntas del capítulo 5 de la encuesta Actividad Sexual y Anticoncepción (ASA) de la ENSSyR creada por el INDEC. Se analizó el conocimiento de los tipos de MACs existentes. Las categorías en esta variable son:

- Hormonal: incluye pastilla anticonceptiva, anticonceptivo inyectable, implantes, pastilla del día después/anticoncepción de emergencia y parches.
- DIU, espiral o T de cobre
- Quirúrgico: incluye ligadura de trompas y vasectomía.
- De barrera: incluye preservativo o condón, diafragma, y espumas, jaleas u óvulos.
- Tradicional: incluye ritmo, retiro, lactancia, método del moco cervical, yuyos, hierbas o tés, abstinencia y otros.
- Ninguno

Análisis estadístico

La información obtenida se tabuló en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Para la estadística descriptiva se utilizó media \pm desviación estándar (DE) para las variables con distribución normal. Para las variables sin distribución normal se usó la mediana y rango intercuartil. Las variables cualitativas se informaron como proporción (%). Se utilizó el programa Excel y el SPSS 20.0 para el análisis estadístico, eligiendo la prueba de Chi cuadrado de Pearson para medir la asociación entre variables cualitativas. Un p valor $<$ a 0,05 fue considerado como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

El presente estudio respetó los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (9). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Los cuestionarios fueron anónimos y se aseguró la confidencialidad de la información obtenida por la misma en cumplimiento con la ley 25.328.

Resultados

Durante el mes de noviembre de 2021, se encuestaron a 100 personas conformadas por mujeres entre 18 a 49 años y varones entre 18 y 59 años, en el departamento de Copo, Santiago del Estero, dentro del área programática del Hospital de Monte Quemado (Figura 1).

De la totalidad de los 100 encuestados 69 (69%) fueron mujeres. La mediana de edad fue de 28,18 años (RIQ 23,09-36,30). De la totalidad de los encuestados, el 86% de los pacientes dependían de la cobertura pública en salud (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo de estudio

Grupo de estudio (n=100)	
Edad (años; mediana; RIQ)	28,18 (23,09-36,30)
Sexo (n; %)	
Femenino	69 (69)
Masculino	31 (31)
Dependencia de la Cobertura Pública Salud (n; %)	
Si	86 (86)
No	14 (14)

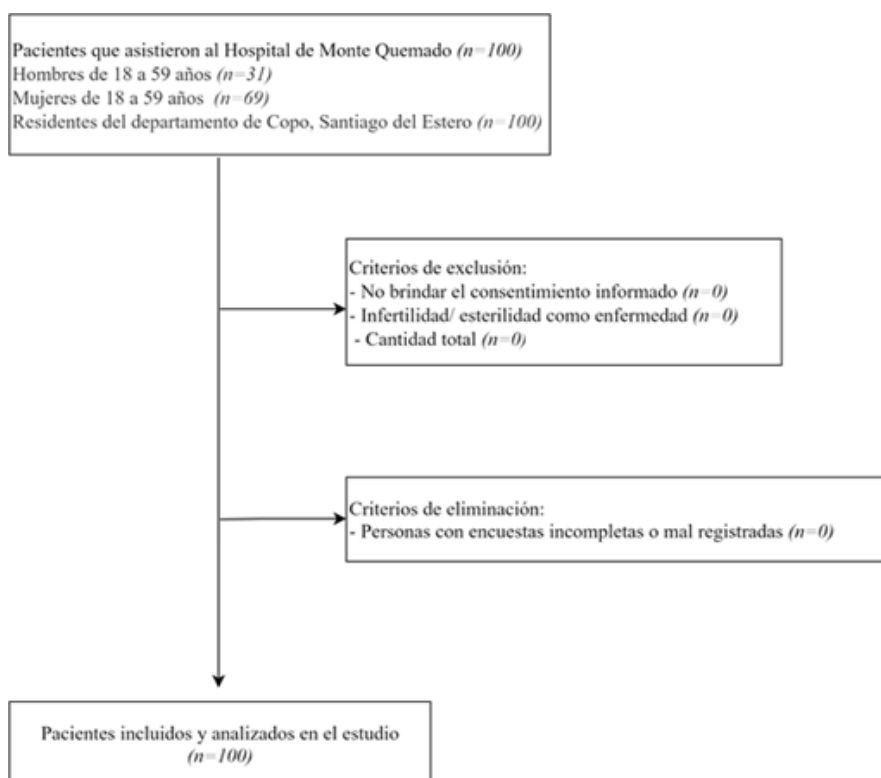


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de personas encuestadas

Con respecto al nivel educativo, el 42% de los encuestados no concluyó la escuela secundaria (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel educativo encontrado en el grupo de estudio (n=100)

Nivel Educativo (n; %)	
Primario incompleto	17 (17)
Secundario incompleto	42 (42)
Secundario completo y más	41 (41)

Respecto de la situación laboral, el 48% de los encuestados se encontraba desocupado. En relación con el conocimiento de MACs, 9 de cada 10 personas conoció al menos un tipo de MACs. De este 90% que conocía algún tipo de MACs, se observó que 18 (20%) conocían sólo un método, 36 pacientes (40%) conocían de 2 a 3 MACs, y los otros 36 pacientes (40%) conocían más de tres MACs. Respecto de los tipos de MACs que conocía la población, se vio que el 64,26% conocía algún método hormonal (Figura 2).

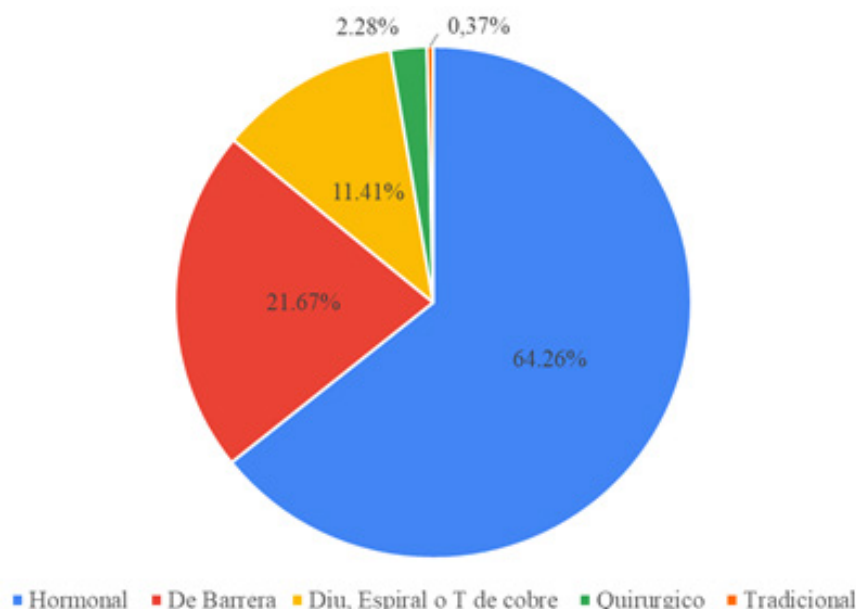


Figura 2. Tipos de métodos anticonceptivos conocidos por el grupo de estudio.

Respecto de la utilización de los MACs, se vio que sólo el 55% utilizaba algún tipo de MACs. Dentro de estos, el tipo de método principalmente utilizado fue el hormonal, seguido por métodos barrera. Ante la consulta sobre quién tomó la decisión del uso de MACs, el 49,09% respondió que él/ella mismo/a decidió sobre la utilización de ese método (Tabla 3).

Tabla 3. Utilización de métodos anticonceptivos por la población de estudio (n=55)

Tabla 3. Utilización de métodos anticonceptivos por la población de estudio (n=55)

MAC principalmente utilizado (n; %)	
Hormonal	31 (56,36)
Barrera	15 (27,27)
Quirúrgico	4 (7,27)
DIU, espiral o T de cobre	3 (5,45)
No sabe/no contesta	2 (3,64)
Utiliza MAC alternativo (n; %)	
Si	11 (20)
No	44 (80)
Quien decidió uso MAC (n; %)	
Ud. Solo/a	27 (49,09)
Ud. Junto a su pareja	16 (29,09)
Profesional de salud	8 (14,55)
Su pareja	2 (3,64)
Familiar	2 (3,64)

De las 55 personas que refirieron utilizar MACs, el 80% (n=44) no utilizaba ningún método alternativo. De aquellos que sí utilizaban un método alternativo (n=11), el 36, 4% contestó que usaban preservativo (Tabla 4).

Tabla 4. Utilización de métodos anticonceptivos alternativo en la población de estudio

Tabla 4. Utilización de métodos anticonceptivos alternativo en la población de estudio

(n= 11)

Tipo MAC alternativo que utiliza (n; %)

preservativo	4 (36,36)
inyectable	3 (27,27)
pastilla anticonceptiva	2 (18,18)
retiro hombre	1 (9,09)
varios	1 (9,09)

Las razones principales por la cual la población estudiada decidió no utilizar ningún tipo de MAC fueron el no deseo del mismo (37,78%) y deseo de embarazo o embarazo actual (26,67%) (Figura 3).

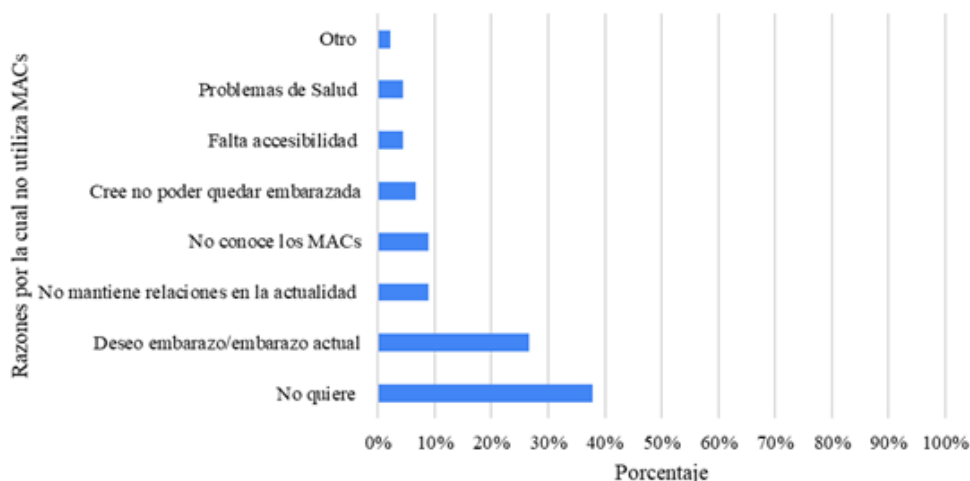


Figura 3. Razones expresadas por la población de estudio que no utiliza MAC (n= 45)

Al evaluar la relación de la utilización de MACs y el nivel educativo no se observó una asociación estadísticamente significativa (p valor 0,13) (Figura 4,A); lo mismo ocurrió cuando se relacionó la utilización de MACs y la situación laboral (p valor 0, 84) (Figura 4,B).

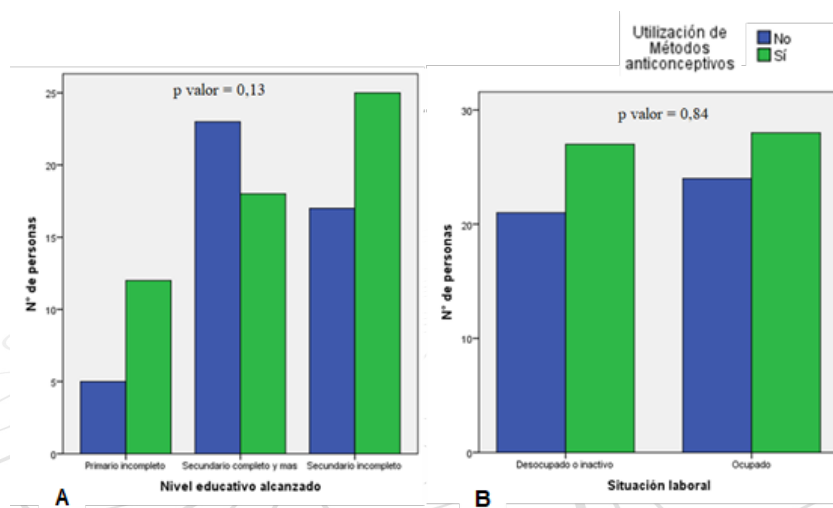


Figura 4. A. Gráfico 4. Asociación entre la utilización de métodos anticonceptivos y el nivel educativo alcanzado en la población estudiada (n=100). B. Asociación entre la utilización de métodos anticonceptivos y la situación laboral descrita en la población estudiada (n=100)

Conclusión

En el presente estudio se evidenció que el 55% de la población utiliza algún tipo de MACs. Esta situación, no mostró asociación con el nivel educativo alcanzado ni con la situación laboral declarada de la población estudiada. Como principal limitación referida a la relación con el nivel educativo alcanzado debe mencionarse que no se evaluó el tipo de contenido educativo referido a salud sexual integral que fue recibido durante los años de estudio.

El presente estudio desafía a la realización de futuras líneas de investigación que indaguen otros determinantes y situaciones posibles que expliquen la baja prevalencia de utilización de MACs en esta población. Sería recomendable hacer un diseño longitudinal en donde se pueda seguir a los encuestados en el tiempo para comprender las conductas y conocimientos sobre el uso de MACs de una forma más global.

Bibliografía

1. Caudillo-Ortega, L., García-Rodríguez, A. A., Harrison, T., Onofre-Rodríguez, D. J., Benavides-Torres, R. A., Pratz-Andrade, M. T. Percepciones de las Mujeres Mexicanas Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos. *Hisp Health Care Int*, 2017. 15(3),107-112.
2. Organización Mundial de la Salud: Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. [Internet]. WHO. 2019. [Citado 3 de noviembre 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
3. Langer, Ana (2002) El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*;11(3) 192-203,mar. 2002. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
4. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. 2013
5. Qaimbayo Fandiño Lady Rocío, Fandiño Osorio Vilma Cenit, Jaimes Valencia Mary Luz. Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes. *Rev Cuid* [Internet]. 2012 Jan [cited 2022 Mar 27]; 3(1): 308-319. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732012000100008&lng=en. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.26>.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Información Básica en salud 2019. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>
7. Municipalidad de Monte Quemado. Monte Quemado-Su historia. [Internet]. [Citado 17 de noviembre 2021]. Recuperado a partir de: <http://municipalidadmontequemado.blogspot.com/2008/02/monte-quemado-su-vida-su-historia.html>
8. Ministerio de Salud de Santiago del Estero Avanza la refuncionalización del Hospital de Monte Quemado. [Internet]. [Citado 18 de noviembre 2021]. Recuperado a partir de: <http://msaludsgo.gov.ar/web/avanza-la-refuncionalizacion-del-hospital-de-monte-quemado/>
9. Asociación Médica Mundial (2013). Declaración de Helsinki. disponible en <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>



TERMAS DE RÍO HONDO

Prevalencia de Síndrome de Burnout, calidad de sueño y consumo de alcohol en personal de salud del Centro Integral de Salud de Termas de Río Hondo, Santiago del Estero en el periodo de noviembre 2021. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Autores: Gutierrez Octavio¹, Rallín Rodrigo¹, Ramirez Facundo¹, Urli Mariano¹, Torres María Gabriela², Turbay Mario², Rossi María Laura¹

1 Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro

2 Centro Integral de Salud de Termas de Río Hondo. Hospital Zonal Dr. Emilio Mera. Santiago del Estero. Argentina.

Resumen

Introducción: El estrés causado por la pandemia de COVID-19 produjo en los trabajadores de la salud un alto riesgo de desarrollar Síndrome de Burnout (SB), mala calidad de sueño y abuso de alcohol.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de SB, calidad de sueño y abuso de consumo de alcohol en el personal de salud del Centro Integral de Salud de Termas de Río Hondo, Santiago del Estero, Argentina, noviembre 2021.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Recolección de datos a través encuestas Google Forms. Incluyó preguntas sociodemográficas y herramientas para medir el nivel de riesgo de SB (Maslach Burnout Inventory), calidad de sueño (score de Pittsburgh) y consumo de alcohol (score de AUDIT). Se realizó test de Chi cuadrado para observar asociación entre síndrome de Burnout y mala calidad de sueño, y estrés con consumo de alcohol. Nivel de significación $\alpha < 0,05$.

Resultados: Participaron 57 profesionales. Un 54,39% padecía SB. La mayoría presentó niveles bajos de agotamiento emocional, el 36,84% alto grado de despersonalización y un 36,84% presentó bajo grado de realización personal. El 56,00% padecía problema grave del sueño. La mayoría de los participantes tenía riesgo bajo de consumo de alcohol. No hubo asociación entre SB y mala calidad de sueño ($p= 0,7713$), ni entre SB y consumo problemático de alcohol ($p= 0,8627$). **Conclusión:** Más del 50% de los profesionales padecían SB y mala calidad de sueño. La mayoría poseía bajo riesgo de consumo del alcohol.

Palabras clave:

Agotamiento psicológico, Calidad del sueño, Abuso de alcohol, Personal de Salud.

Introducción

El estrés producido por la pandemia de COVID-19 originó una reacción negativa en la salud biopsicosocial de los trabajadores de la salud, causando activación fisiológica, malestar emocional, déficit en sus estrategias de afrontamiento y bajo rendimiento en la atención. En el contexto de la pandemia por la COVID-19, los profesionales de la salud que trabajan en la primera línea están expuestos a diversas situaciones de estrés; por lo cual tienen un alto riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout (SB), mala calidad de sueño y abuso de tóxicos (1).

La pandemia por COVID-19 tuvo un grave impacto como factor de mala calidad de sueño generando consecuencias adversas en el funcionamiento psicológico, social y cognitivo del paciente, lo que conlleva a un deterioro de la calidad de vida en general. El sueño es un proceso biológico importante para mantener la homeostasis y la calidad de vida. La mejora en la calidad del sueño tiene efectos positivos en la salud física y mental (2).

El desarrollo de los trastornos del sueño, y fundamentalmente el insomnio, se ha relacionado con la exposición a diferentes estresores. Se ha demostrado que los trastornos del sueño tienen un fuerte impacto en el riesgo de enfermedades infecciosas, la aparición y progresión de muchas enfermedades y la incidencia de depresión (3).

Las bebidas alcohólicas se consumen a menudo para socializar y algunas personas las consumen para hacer frente a estados emocionales difíciles. En simultáneo con el incremento de tasas de ansiedad, temor, depresión, aburrimiento e incertidumbre durante la pandemia de COVID-19, se comunicó también un aumento concomitante del consumo de alcohol (4,5).

La comunidad mundial está preocupada por la enfermedad del COVID-19 y sus consecuencias a largo plazo. Se especula que las medidas tomadas como el autoaislamiento y la cuarentena afectaron las actividades habituales, las rutinas y los medios de subsistencia de las personas, lo que puede provocar un aumento de la soledad, la ansiedad, la depresión, el insomnio, el consumo nocivo de alcohol y drogas y la autolesión o comportamiento suicida (6).

El bienestar mental y psicológico del personal de salud es una preocupación importante. Cabe esperar que los Estados aprendan una lección de esta pandemia y reconozcan la salud mental pública como un área prioritaria importante que debe integrarse formalmente en los planes de preparación y respuesta de atención de salud (7).

El SB, una mala calidad de sueño y diferentes cambios de hábitos se puede ver entre los profesionales de la salud en todas las etapas de sus carreras. El personal

de salud descontento laboralmente, con malos hábitos en su vida (consumo de alcohol excesivo, malnutrición, pocas horas de sueño) tiene una mayor probabilidad de cometer errores y de ofrecer una atención subóptima (8).

En este contexto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la prevalencia del SB, calidad de sueño y abuso de consumo de alcohol y analizar la asociación entre estas variables en el personal de salud del Centro Integral de Salud de Termas de Río Hondo, Santiago del Estero.

Métodos Diseño

La presente investigación se enmarcó con un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo. Diseño observacional, descriptivo, transversal.

Población

La población objetivo del presente estudio fue el personal de salud perteneciente al Centro Integral de Salud de la Ciudad de Termas de Río Hondo durante el mes de noviembre del año 2021.

A partir de la población accesible - Personal de salud perteneciente al Centro Integral de Salud de la Ciudad de Termas de Río Hondo durante el mes de noviembre del año 2021- se realizó el muestreo y el tamaño muestral.

La técnica de muestreo fue de tipo no probabilística por conveniencia dado a que la selección de la muestra se realizó a partir de la aplicación de criterios de inclusión sobre profesionales de la salud de la ciudad de Termas de Río Hondo; la conveniencia se fundamenta en la accesibilidad y proximidad de los sujetos en estudio para el investigador.

Del tamaño total de la población accesible (381 profesionales de la salud) se realizó un cálculo muestral considerando un nivel de confianza 95% y una precisión del 5%, para una proporción esperada del 50%. El tamaño muestral calculado fue de 191 profesionales de la salud. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el Software Epi info (versión 7.2.4.0).

Criterios de inclusión:

- Personal de salud del Centro Integral de Salud de Termas de Río Hondo.
- Ambos Sexos.

Criterios de exclusión:

- Personal de Salud que no consienta participar.
- Población con patología psiquiátrica o neurológica previa.

- Personal de salud que haya estado relevado de sus actividades durante la pandemia.

Criterios de eliminación:

- Personal de salud que no complete la totalidad de la encuesta.

Análisis estadístico

La información obtenida fue codificada y se diseñó una base de datos ad hoc en Excel para, posteriormente, evaluar su consistencia. Las variables cualitativas se describieron con frecuencia absolutas y porcentuales. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y de dispersión. Finalmente, para evaluar la asociación entre las variables, se utilizó el test estadístico Chi cuadrado con un nivel de significación de $\alpha < 0,05$. Para el análisis se utilizó GraphPad Prism 8.

Recolección de datos e instrumentos utilizados

La administración de la herramienta se realizó mediante formulario de Google. Se incluyeron preguntas sociodemográficas (edad agrupada, género, y profesión) y preguntas aportadas por encuestas validadas internacionalmente para medir nivel de riesgo de Burnout, calidad de sueño y consumo de alcohol. Los instrumentos a utilizados fueron:

- Maslach Burnout Inventory (MBI) mide frecuencia e intensidad que se sufre burnout y discrimina las siguientes dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Este cuestionario reúne los suficientes requisitos de confiabilidad y validez factorial como para ser utilizado en la evaluación del SB en profesionales de salud (9).
- Score de Pittsburgh para evaluar calidad de sueño. Es un instrumento sencillo y accesible tanto en términos de llenado como de obtención de la puntuación, confiable para la medición de la calidad del sueño, que permite distinguir a un grupo de sujetos en el que son frecuentes las alteraciones del dormir, de un grupo control sin psicopatología (10).
- Cuestionario AUDIT como screening de consumo excesivo de alcohol. Este score mostró ser un buen instrumento en la detección de consumos de riesgo. Las estimaciones de confiabilidad de los puntajes AUDIT utilizando el alfa de Cronbach fueron buenas, tanto a nivel mundial como para cada una de las subescalas, lo que confirma su idoneidad para la detección de problemas de consumo de alcohol en el personal de salud (11).

Aspectos Éticos

Esta investigación se rigió bajo los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos según la última declaración de Helsinki (12). Los datos personales obtenidos a través de la encuesta fueron de carácter confidencial (Ley 25326 de protección de datos personales). La participación en esta investigación fue totalmente voluntaria, el consentimiento informado de los participantes se recolectó de manera electrónica previo a la recolección de datos.

Resultados

Participaron un total de 57 profesionales de salud (Figura 1) obteniéndose una tasa de respuesta del 29,8%.

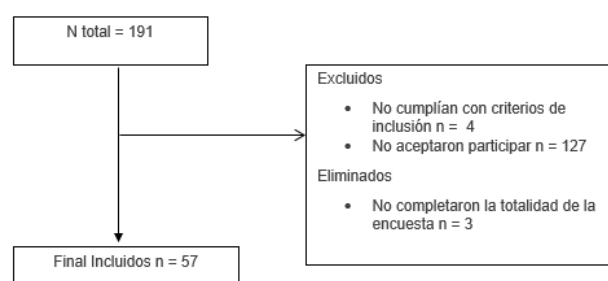


Figura 1. Diagrama de flujo del grupo en estudio.

De los participantes, la mayoría fue de sexo femenino y predominó el rango etario de 35 a 49 años. La mayoría de los encuestados correspondieron al área de enfermería (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas, Personal de salud, Centro Integral de Salud de la Ciudad de Termas de Río Hondo, noviembre 2021.

<i>Grupo de estudio</i>	
SEXO	n (%)
Femenino	35 (61,4)
Masculino	22 (38,6)
RANGO ETARIO	n (%)
18-24 años	2 (3,5)
25-34 años	14 (24,5)
35-49 años	22 (38,6)
50-64 años	18 (31,6)
>65 años	1 (1,8)
PROFESIÓN	n (%)
Medico/a	12 (21,1)
Enfermero/a	11 (19,3)
Auxiliar de enfermería	11 (19,3)
Técnica/o radióloga/o	4 (7)
Psicóloga/o	1 (1,8)
Odontóloga/o	1 (1,8)
Farmacia	1(1,8)
Kinesióloga/o	0 (0)
Otros	16 (28,1)

Dimensión	n (%)
Agotamiento emocional	
Alto	15 (26,32)
Medio	11 (19,30))
Bajo	31 (54,39)
Despersonalización	
Alto	21 (36,84)
Medio	18 (31,58)
Bajo	18 (31,58)
Realización personal	
Alto	16 (28,07)
Medio	20 (35,09)
Bajo	21 (36,84)

En los 57 participantes se detectó que un 54,39% padecía SB. La mayoría de los participantes presentó bajo agotamiento emocional, un 36,84% alto grado de despersonalización y un 36,84% presentó bajo grado de realización personal (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Personal de salud, Centro Integral de Salud de la Ciudad de Termas de Río Hondo, noviembre 2021.

Con respecto a calidad de sueño, el 56% de los participantes padecía problema grave del sueño (Tabla 3).

Tabla 3. Calidad de sueño, Personal de salud, Centro Integral de Salud de la Ciudad de Termas de Río Hondo, noviembre 2021.

En cuanto al consumo de alcohol, la mayoría de la muestra presentó un riesgo bajo de consumo problemático (Tabla 4).

Tabla 4. Consumo de alcohol problemático, Personal de salud, Centro Integral de Salud de la Ciudad de Termas de Río Hondo, noviembre 2021.

Riesgo de consumo alcohol problemático	n (%)
Probable Adicción	1 (1,75)
Riesgo alto	1 (1,75)
Riesgo Medio	10 (17,54)
Riesgo Bajo	45 (78,95)

No se observó asociación entre SB y calidad de sueño ($p=0,7713$), tampoco entre SB y consumo problemático de alcohol ($p=0,8627$).

Calidad de Sueño	n (%)
Problema grave de sueño	32 (56,14)
Merece atención médica y tratamiento medico	14 (24,56)
Merece atención medica	7 (12,28)
Sin problemas de Sueño	4 (7,02)

Discusión

Las investigaciones científicas muestran la importancia de los riesgos psicosociales y la inteligencia emocional en la salud y el bienestar de los trabajadores, su satisfacción con su trabajo e incluso el riesgo de desarrollar SB, mala calidad de sueño y el consumo problemático de alcohol. Estudios realizados durante la pandemia de Covid-19 justifican el incremento significativo de los niveles de estrés, insomnio y consumo de alcohol (1-6). Los profesionales de salud refieren que esto es debido, en su gran mayoría, al miedo a lo desconocido, falta de protocolos que permitan una organización eficaz frente a la pandemia por Covid-19 y extensas jornadas laborales (5).

En base a los resultados de este estudio y a investigaciones científicas previas realizadas en otros países y en provincias de nuestro país, se observó en los profesionales de la salud tasas coincidentes de SB del 25-75%, siendo alta la prevalencia mundial, lo que demuestra que la amenaza que representa el SARS-CoV-2 es un factor de estrés importante para el personal de salud (13). Con respecto a las subescalas medidas en el Maslach Burnout Inventory sólo se encontraron diferencias en el agotamiento emocional, dimensión en la que la mayoría de los participantes de este estudio presentó un nivel bajo, al contrario de lo observado en otros países donde se vio que la mayoría de los profesionales de la salud tuvo niveles altos. Las otras dimensiones -despersonalización y realización personal- fueron similares, en las que predominaron niveles altos y bajos respectivamente. Esto muestra que, si bien las tres subescalas son características del SB, una sola de ellas puede condicionar a padecerlo (15,16).

En general, como se ha documentado anteriormente, los trabajadores sanitarios tienen un mayor riesgo de estrés relacionado con el trabajo. Con las preocupaciones adicionales sobre COVID-19, es esperable que aumenten la falta de sueño y el estrés entre los trabajadores de la salud (1). Encuestas realizadas en China y otros países arrojaron cifras altas de insomnio en el personal de diferentes hospitales donde se pudo observar una alta prevalencia de mala calidad de sueño, coincidiendo con lo observado en la presente investigación, donde más de la mitad del personal de salud refirió problemas graves de sueño o necesidad de tratamiento médico para poder resolverlo (17,18). Estos resultados no son inesperados, ya que otros estudios han mostrado una alta prevalencia de síntomas relacionados con la salud mental entre los trabajadores de la salud que atendieron a pacientes con COVID-19, incluido el insomnio (1-3).

En la investigación desarrollada se identificó que más de la mitad del personal de salud consume alcohol con

un riesgo bajo de consumo problemático. Es normal ver un aumento del consumo de alcohol después de una crisis. Si bien estudios realizados demostraron que durante la pandemia hubo un aumento considerable de alcohol, éste no llegó a niveles de riesgo alto de consumo problemático. Se postularon varias razones por las que el consumo de alcohol podría haber aumentado durante la pandemia de COVID-19, éstas incluyen el aburrimiento y la interrupción de las rutinas causadas por el encierro, carga laboral, extensas jornadas laborales, estrés relacionado con las actividades que desarrollan, agotamiento, burnout, depresión, la amenaza de la enfermedad o cambios en las circunstancias de la vida y la angustia asociada. Investigaciones previas no evidenciaron un aumento de consumo de alcohol problemático en el personal de salud. Aunque estos estudios son limitados y deberían estudiarse con más profundidad (19,20).

Si bien se refiere mundialmente una relación entre estrés e insomnio, o estrés y aumento de consumo de alcohol, en nuestro estudio se observó una discordancia ya que las variables estudiadas no mostraron relación alguna entre ellas en la muestra estudiada (5). Otros estudios demuestran que existe una significativa relación entre burnout y mala calidad de sueño en el personal de salud. En cuanto a la relación entre estrés y consumo de alcohol problemático los resultados son muy acotados y no se sostiene una clara asociación entre ellos, similar a lo obtenido en nuestro estudio (14).

Las limitaciones en nuestra investigación fueron que la muestra no fue representativa ya que se realizó un muestreo de conveniencia y el tamaño muestral fue mucho menor al estimado.

Dado que la evidencia actual demuestra que existe una relación significativa entre las variables estudiadas y que la buena organización del sistema de salud fue fundamental para sobrellevar estas situaciones y disminuir la tasa de incidencia de las mismas, se recomienda realizar nuevos estudios para orientar a futuras investigaciones y brindar información para la nueva formulación de estrategias que permitan a los profesionales de salud disminuir el riesgo de exposición frente a estas variables, optimizar las condiciones laborales, generar un fortalecimiento del equipo de salud y mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Conclusiones

Más de la mitad de los profesionales de salud evaluados padecen de SB, con niveles bajos de agotamiento emocional, alto grado de despersonalización y bajos niveles de realización personal. Gran parte del personal sanitario posee una mala calidad de sueño, donde más

del 50% tiene problemas graves del mismo y la mayoría posee un riesgo bajo de consumo problemático de alcohol.

No se encontraron asociaciones significativas entre el SB, mala calidad de sueño y consumo problemático de alcohol.

Bibliografía

1. Lozano Vargas A. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2021; 84(1): p. 1-2.
2. Bozan O, Emre Atiş S, Çekmen B, Şentürk M, Kalkan A. Healthcare workers' sleep quality after COVID-19 infection: A cross-sectional study. *The International Journal Clinical Practice*. 2021; 75(11).
3. San Martín AH, Serrano JP, Cambriles TD, Arias EM, Méndez JM, Álvarez MJdY, et al. Sleep characteristics in health workers exposed to the COVID-19 pandemic. *Sleep Medicine*. 2020; 75: p. 388-394.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El consumo de alcohol durante la pandemia de Covid-19 en América Latina y el Caribe. IRIS PAHO. 2020.
5. Grossman E, Benjamin-Neelon S, Sonnenschein S. Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey of US Adults. *International Journal Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(24).
6. Anant K, K. Rajasekharan N. COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*. 2021; 30(1): p. 1-2.
7. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): p. 17-18.
8. Vindegaard N, Benros M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*. 2020; 89: p. 531-542.
9. Cañadas-De la Fuente G, San Luis C, Lozano L, Vargas C, García I, Fuente E. Evidence for factorial validity of Maslach Burnout Inventory and burnout levels among health workers. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2014; 46(1): p. 44-2.
10. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Colombian Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Revista de Neurología*. 2005; 40(3): p. 150-155
11. CONTEL GUILLAMÓN M, GUAL SOLÉ A, COLOM FARRAN J. Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *ADICCIONES*. 1999; 11(4): p. 337-347.
12. Asociación Médica Mundial (WMA). WMA.NET. [Online]; 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
13. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(9): p. 2997.
14. Silva-Gomes R, Silva-Gomes V, Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. COVID-19 pandemic: Burnout syndrome in healthcare professionals working in field hospitals in Brazil. *Enfermería clínica (English Edition)*. 2021; 31(2): p. 128-129.
15. Dimitriu M, Pantea-Stoian A, Smaranda A, Nica A, Carap A, Constantin V, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020; 144.
16. Quiroz-Ascencio G, Vergara-Orozco M, Yáñez-Campos MdR, Pelayo-Guerrero P, Moreno-Ponce R, Mejía-Mendoza M. Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Salud Jalisco*. 2021; 8: p. 20-32.
17. Jahrami H, BaHammam A, AlGahtani H, Ebrahim A, Faris M, AlEid K, et al. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep Breath*. 2020; 1(9): p. 503-511.
18. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020; 88: p. 901-907.
19. Scatularo CE, Battioni L, Bellia S, Costa de Robert S, Gatti N, Racki M, et al. Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. *Revista Argentina de Cardiología*. 2021; 89(3): p. 204-203.
20. Killgore W, Cloonan S, Taylor E, Lucas D, Dailey N. Alcohol dependence during COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*. 2021; 296(113676).

VILLA UNIÓN



Conocimiento sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual y su asociación con prácticas sexuales en adolescentes de la ciudad de Villa Unión, La Rioja, en el año 2021. Diseño transversal.

Autores: Vizcaino Chehda María Fernanda¹, Colloca Sofía¹, Molina Branca Pilar¹, Cardarilli Romina¹, Ormeño Yoma Leyla², Carrazana Carla¹
¹ Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Favaloro
² Hospital Zonal Dr. Eduardo Neira. Ciudad de Villa Unión. La Rioja. Argentina.

Resumen

Introducción. La falta de conocimiento acerca de la salud sexual y las prácticas sexuales de riesgo son el principal factor de riesgo para el desarrollo de infecciones de transmisión sexual y embarazo adolescente.

Objetivo. Describir el conocimiento sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y la asociación con las prácticas sexuales de los adolescentes durante el año 2021.

Metodología. Estudio transversal. Muestreo probabilístico aleatorio simple; tamaño muestral de 215. Se incluyeron adolescentes de 14 a 19 años viviendo en Villa Unión que asistieron al colegio Rosario V. Peñaloza o al Hospital Neira y que firmaron el consentimiento informado. Excluyendo adolescentes alérgicos al látex, con contraindicaciones médicas para anticonceptivos hormonales y no autorizados por tutores. Se evaluó características sociodemográficas (edad, sexo, religión, estructura familiar), conocimiento sobre ETS y anticoncepción; y prácticas sexuales (relaciones sexuales, testeos de ETS) por Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y, Cuestionario de Conocimiento de Sexualidad Responsable. Análisis estadístico con Graphpad Prism. Asociaciones con test de Fischer, Chi² y Odds Ratio. Nivel de significación $\alpha < 0,05$.

Resultados.

Muestra de 215, edad de 16(2) años, predominio de varones, solteros. 46% de la muestra llegó a la penetración completa, con su novio/a, a los 15(2) años. Conocimiento global sobre anticoncepción y ETS resultó malo o regular 40 y 43% respectivamente. Prevalció la falta de conocimiento de los tipos de ETS y las formas de transmisión de VIH. Asociación significativa entre conocimiento sobre ETS y relaciones sexuales sin protección $\chi^2 (1, n= 215) = 17.49, p <.0,04$.

Conclusión. Los adolescentes presentaron regular y mal conocimiento global sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Asociación significativa entre las relaciones sexuales sin protección y la falta de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Palabras clave:

Educación Sexual, Conocimiento, Relaciones Sexuales

Introducción

La salud sexual es un derecho que involucra la libertad de poder tener una vida sexual, respetando la orientación sexual e identidad de género accediendo a

métodos de anticoncepción y protección. En Argentina este derecho se encuentra respaldado desde el año 2002 por la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (1). El derecho a la salud sexual y reproductiva son una parte fundamental del derecho a la salud e integran de manera independiente todos los derechos humanos (1).

En los adolescentes, la educación sexual cobra un papel de suma importancia al ser una etapa particular del desarrollo en un amplio campo de descubrimientos y experimentación (2,3).

En América Latina los jóvenes representan aproximadamente el 24,5% de la población total (4). Según la OEA (Organización de los Estados Americanos) (5) en varios países latinoamericanos a menudo las normas culturales y sociales de género restringen el acceso a la información básica en materia de salud sexual a los jóvenes. Además, se ha evidenciado que, entre los adolescentes, existe una concepción negativa acerca del inicio de relaciones sexuales a una edad temprana, ocasionando el ocultamiento de prácticas sexuales, dificultando aún más el acceso a información sobre salud sexual (5-8).

En este contexto, la promoción de la salud sexual y reproductiva como estrategia de salud pública en la atención primaria es esencial (9,10). La falta de conocimiento de los adolescentes acerca de la salud sexual es el principal factor de riesgo para el desarrollo de ETS (enfermedades de transmisión sexual) y embarazo adolescente (2,11-13).

Cada año se registran millones de nuevos pacientes adolescentes con enfermedades de transmisión sexual, con mayor vulnerabilidad a las infecciones, al estar expuestos con más frecuencia a los factores o conductas de riesgo (14,15). Entre ellas se encuentran las prácticas sexuales esporádicas, con múltiples parejas sexuales, contribuyendo, a situaciones de riesgo de contagio de ETS (16).

En el estudio de Ríos Chacón (16), la población con mayor riesgo de enfermar de cualquiera de las ETS fueron los adolescentes y jóvenes adultos heterosexuales entre 14 y 24 años de edad, dichos resultados son concordantes con otras investigaciones realizadas en países de Latinoamérica y a nivel nacional (17-20).

A nivel mundial, cerca del 80% de las naciones examinadas en 48 países tienen planes, programas o estrategias vigentes para apoyar la educación sexual. Y si bien hay un aumento de la voluntad política y sanitaria en tratar la temática de educación sexual, existen brechas importantes entre las diversas estrategias regionales y mundiales vigentes y, su concreta aplicación sobre el terreno (21,22).

En Argentina, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene el propósito de mejorar el acceso a una atención integral de la salud sexual

y la salud reproductiva de la población, en particular para aquellas personas en situación de vulnerabilidad social (23). Sin embargo, en 2013, la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR 2013) evidenció un bajo conocimiento en ETS, como herpes genital (60%), Gonorrea (48%), y Clamidia (12%). Esto es un aspecto fundamental que contemplar, teniendo en consideración que en nuestro país la prevalencia de contagio de Gonorrea se encuentra en aumento, y que las y los adolescentes y jóvenes concentran la mayor cantidad de casos, representando el 45% de las notificaciones en el último año (24).

De todas las regiones del país, el Noroeste de Argentina registra el menor conocimiento por parte de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos y, después del Noreste, la región con menos conocimiento sobre ETS (25). En particular La Rioja que, a pesar de estar inmerso en el Programa de Salud Sexual, Género y Diversidad (21), evidencia escasos estudios actuales que denoten el conocimiento relacionado con las prácticas sexuales en la población adolescente (26,27). Teniendo en cuenta que en el departamento de Coronel Varela, en el cual se encuentra la localidad de Villa Unión, los adolescentes representan el 20% de la población, y que son un grupo vulnerable en un periodo crítico para el aprendizaje y la adopción de buenos hábitos de salud, es de suma importancia indagar el grado de conocimiento sobre salud sexual y las prácticas sexuales de los jóvenes a fin de conocer el estado de situación y aplicar estrategias oportunas para mejorar la salud de esta población (26).

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue describir el conocimiento sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, y la asociación con las prácticas sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años en el periodo de tiempo comprendido entre noviembre y diciembre del año 2021, en la ciudad de Villa Unión, La Rioja, Argentina.

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de los adolescentes, edad, sexo, nivel de educación, religión, estructura familiar y orientación sexual.
- Describir las prácticas sexuales de los adolescentes, parejas, vínculo con la misma, duración de la pareja, intimidad con la pareja, método anticonceptivo utilizado.
- Indagar la prevalencia del uso de anticoncepción en la primera relación sexual y su uso actual por parte de los adolescentes.
- Analizar el conocimiento de los adolescentes acerca del acceso, objetivo, y forma de utilización de los anticonceptivos hormonales.
- Divisar el conocimiento de los adolescentes sobre el

objetivo y forma de utilización de preservativo.

- Exponer el conocimiento de los adolescentes sobre tipo, forma de prevención y transmisión de las enfermedades de transmisión sexual.
- Detallar el uso de anticoncepción en la primera relación sexual y su uso actual en los adolescentes
- Analizar la realización de pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y vacunación completa de las mismas por parte de los adolescentes.

Métodos

Diseño

El diseño de esta investigación fue observacional, descriptivo y transversal. El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico aleatorio simple, donde todos los adolescentes pertenecientes al colegio Rosario Vera Peñaloza y los que asistieron al Hospital Eduardo Neira tuvieron las mismas posibilidades de ser escogidos.

Población

La unidad de análisis fueron adolescentes. Según datos censales, en el departamento Coronel Florencio Varela, de una población de 9844 personas, un 20% correspondían a adolescentes (28).

Criterios de inclusión:

- Varones y mujeres de 14 a 19 años
- Se encuentren viviendo en Villa Unión, La Rioja, Argentina en el periodo de tiempo comprendido entre noviembre y diciembre del año 2021
- Asistieron a la escuela Rosario Vera Peñaloza o a una visita al Hospital Eduardo Neira
- Firmaron el consentimiento informado y, asentimiento por parte de los padres y/o tutor (29).

Criterios de exclusión:

- Aquellos adolescentes con dificultades en la lecto-comprensión
- Adolescentes alérgicos al látex
- Quienes no pudieran utilizar métodos anticonceptivos por problemas médicos tales como antecedentes de tromboflebitis, embolia o hepatopatías en actividad
- Adolescentes que estén residiendo en el área de forma temporal
- Aquellos menores que no fueron autorizados por su representante legal en participar de la investigación (30-36).

Teniendo en cuenta que la población total de adolescentes en Villa Unión registrada era de 520 adolescentes, y de ella, la población accesible de 225 se procedió al cálculo de tamaño muestral por medio de Software Epi Info (versión 7.2.4.0) con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. (38) De esta forma se necesitó un tamaño muestral mínimo de 142 adolescentes.

Recolección de datos e instrumentos utilizados

Para evaluar el conocimiento sobre salud sexual en los participantes se midieron variables sociodemográficas, de prácticas sexuales y de conocimiento de anticoncepción, como también de enfermedades de transmisión sexual. A continuación, se describen las variables, dimensiones e indicadores a medir (Tabla 1).

Tabla 1: Operacionalización de variables y dimensión

Variable	Dimensión
Características sociodemográficas	Nivel de educación Dimensiones sociales de la sexualidad Trabajo Acceso a la salud
Prácticas sexuales	Unión sexual entre dos personas Intimidad Relaciones sexuales Realización del test de VIH/ de Sífilis/ Hepatitis B
Conocimiento sobre anticoncepción	Conocimiento sobre forma de acceso, objetivo, y forma de utilización de los anticonceptivos hormonales. Conocimiento sobre objetivo y forma de utilización de preservativo.
Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual	Conocimiento sobre tipo, forma de prevención las enfermedades de transmisión sexual Formas de transmisión de VIH

La recolección de datos se realizó mediante la utilización de bloques de dos encuestas validadas.

- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) validada por el INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) y el Ministerio de Salud de la Nación. La misma está compuesta por 11 bloques de los cuales se utilizaron 2 para la presente investigación, los mismos fueron el bloque número 4 sobre situación educativa y laboral y el bloque número 9 acerca de infecciones de transmisión sexual y VIH (27).
- Cuestionario Sobre Conocimientos de Sexualidad Responsable en Jóvenes: validado por la Universidad de Sevilla de España. El mismo consta de dos secciones, la primera sobre características sociodemográficas y la segunda sobre prácticas sexuales y conocimiento sobre anticoncepción y ETS. La misma fue utilizada en su totalidad (39).

Para la variable características sociodemográficas se aplicaron 20 preguntas, 8 preguntas provenientes del Cuestionario Sobre Conocimientos de Sexualidad Responsable en Jóvenes que incluían preguntas tales como edad, sexo, ideología, estructura familiar, nivel de estudio materno/paterno, orientación sexual y

pareja. Las 12 preguntas restantes fueron extraídas de ENSSyR y abarcaban preguntas sobre estado civil, nivel educativo, trabajo y cobertura médica.

En el caso de la variable prácticas sexuales, se realizaron un total de 16 preguntas, 6 preguntas fueron del Cuestionario Sobre Conocimientos de Sexualidad Responsable en Jóvenes y consistieron en grado de intimidad en la relación sexual, edad de la primera relación sexual, vínculo con tu primera pareja sexual, utilización de método anticonceptivo en la primera relación y actual y si ha tenido relaciones sin protección. Las 10 preguntas sobrantes se obtuvieron de la ENSSyR, las mismas se refirieron a la realización de pruebas de ETS (VIH, hepatitis B, sífilis), el motivo de realización de la prueba, tiempo desde la realización de la misma y si se ha aplicado la vacuna de la hepatitis B.

Por último, para la variable conocimiento sobre anticoncepción y ETS, se interrogaron mediante 9 preguntas, 1 pregunta del Cuestionario Sobre Conocimientos de Sexualidad Responsable en Jóvenes con respecto a anticonceptivos que tenía 9 afirmaciones las cuales debían ser clasificadas como verdadero o falso. Las otras 8 preguntas del ENSSyR fueron sobre conocimiento, formas de prevención, métodos de transmisión y consecuencias de ETS.

Para graduar el conocimiento sobre anticoncepción se elaboró una escala consistente en: Bueno-Regular-Malo. El total de preguntas fue de 9. El puntaje Malo fue asignado a los adolescentes que respondieron 5 o menos preguntas correctas; el puntaje Regular para los que respondieron 6 a 7 preguntas correctas y más de 8, Bueno.

En el caso de la variable conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, la misma consistió en 4 dimensiones. La primera se refería al conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual como: Sífilis, Gonorrea, VIH/SIDA, Herpes Genital, Condilomas, Leucorrea, Clamidia, Tricomoniasis, Candidiasis, Hepatitis B. La segunda dimensión abarcaba las formas de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. En tercer lugar, las formas de transmisión de VIH y por último sobre el HPV y sus consecuencias. En total toda esta sección consta de 19 preguntas. Si el adolescente contestaba de 0 a 5 preguntas de forma adecuada, su conocimiento era Malo; 6 a 13 preguntas: Regular; 14 a 19 preguntas correctas, Bueno.

La prueba piloto se realizó con el objetivo de evaluar la viabilidad del proyecto y realizar los ajustes necesarios para minimizar los errores durante la recolección de datos. Se hizo una presentación del proyecto a los directivos del colegio Rosario Vera Peñaloza y del Hospital Dr. Eduardo S. Neira donde se explicaron los objetivos, el propósito, el procedimiento y los beneficios del mismo. Se entregó a los adolescentes y los adultos responsables de ellos el asentimiento y/o consentimiento informado según correspondiera. Estos fueron leídos y posteriormente firmados. A continuación, se entregaron en sobres cerrados las encuestas para que cada uno pudiera completarlo de forma individual y personal. Previo al comienzo del proceso de encuesta, se explicó de forma clara y detallada cómo responder la misma y se dejó abierto el espacio para la consulta de dudas durante el transcurso de la misma.

Análisis estadístico

Los datos fueron cargados en Microsoft Excel y posteriormente el análisis estadístico se realizó en el software Graphpad Prism (40). Las variables cualitativas se describieron como proporciones. Para el análisis univariado se utilizaron proporciones, medidas de resumen, intervalo de confianza del 95 % para una proporción y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (41). Las variables cuantitativas presentaron una distribución no normal utilizando la medida de tendencia central y de dispersión mediana y rango intercuartílico.

El análisis estadístico se realizó por medio de la prueba de chi cuadrado (42) y test de Fischer para las categorías en las que los valores obtenidos fueron menor a 5,

para determinar la significación de la relación entre las variables categóricas. En la asociación significativa se calculó el Odds Ratio con un Intervalo de Confianza de un 95% (43).

En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de $\alpha < 0,05$.

Aspectos éticos

Este trabajo fue realizado siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki (44), con especial hincapié en preservar la confidencialidad y el uso de un consentimiento informado. Se respetaron los principios de beneficencia, así como de confidencialidad de los datos personales de los participantes asegurándose que la realización del cuestionario fuese anónima. Se otorgó un consentimiento informado a todos los adolescentes mayores de 18 años y a los representantes legales de los adolescentes menores de 18 años. El consentimiento informado siguió los modelos de consentimiento de la Organización Mundial de la Salud y su Comité de Evaluación de Ética de la Investigación, así también del Ministerio de Salud de Argentina (45,46). Solo una vez que los participantes entregaron su consentimiento informado firmado se procedió a la realización de la encuesta.

Resultados

Participaron un total de 225 adolescentes de 14 a 19 años de la ciudad de Villa Unión que asistieron al colegio Rosario Vera Peñaloza y al hospital Eduardo S. Neira. Se excluyeron 10 participantes, 8 de ellos por no presentar el consentimiento de su representante legal a participar en la investigación y 2 de ellos por dificultades en la lecto-comprensión (Figura 1).

La muestra estuvo constituida por adolescentes de una mediana etaria de 16 (2), compuesta en su mayor parte por hombres (51,6%). La orientación sexual predominante fue heterosexual (81,1%). La familia nuclear (42,3%) fue la estructura familiar más frecuente entre los adolescentes y la religión más practicada fue católico practicante (42,3%). El 98,6% de la muestra asistía al secundario, siendo primero (36,2%) el año que se aprobó con mayor frecuencia (Tabla 2).

En relación a las prácticas sexuales, el 19,0% (41 participantes) no había tenido ningún tipo de contacto íntimo, mientras que el 46,9% (101 participantes) había llegado a penetración completa, con una mediana de edad de la primera relación sexual de 15 (15;17) años. Al analizar el vínculo de esa primera relación sexual, el vínculo predominante fue en un 61,5% (64 participantes) novio/a, seguido de otros 20,1 % (21 participantes) y desconocidos 18,8% (19 participantes).

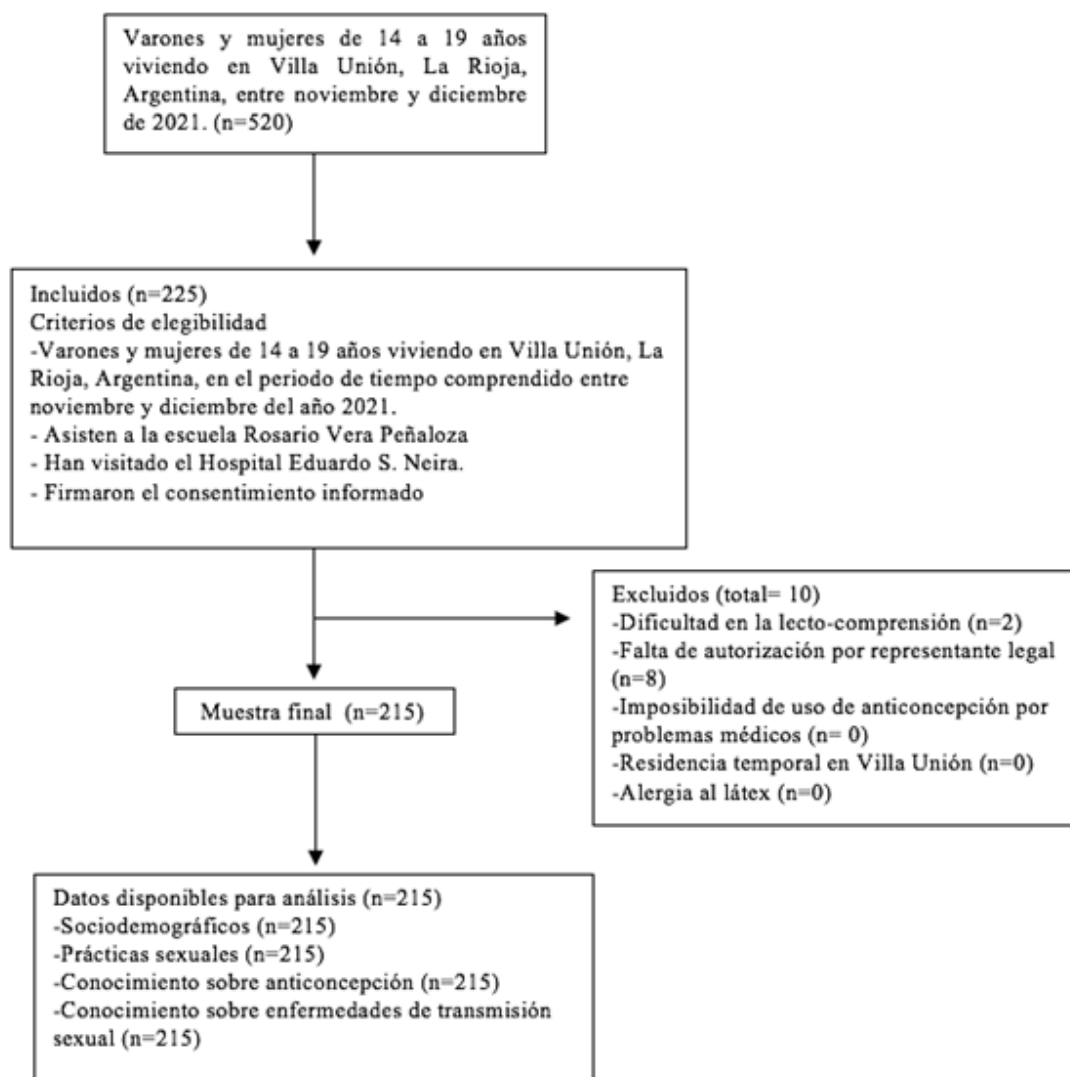


Figura 1. Flujograma de las características de selectividad de la muestra adolescente de 14 a 19 años viviendo en Villa Unión, La Rioja, Argentina, entre noviembre y diciembre de 2021. (n=215)

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra adolescente de 14 a 19 años viviendo en Villa Unión, La Rioja, Argentina, entre noviembre y diciembre de 2021.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra adolescente de 14 a 19 años viviendo en Villa Unión, La Rioja, Argentina, entre noviembre y diciembre de 2021.

Grupo de estudio (n=215)	
Sexo (n - %)	
Hombre	111 (51,6)
Mujer	104 (48,3)
Edad (mediana, rango intercuartílico)	16 (2)
Religión en práctica (n-%)	
Ateísmo	52(24,1)
Católico practicante	91(42,3)

Católico no practicante	65(30,2)
Musulmán	3(1,39)
Evangélico	3(1,39)
Estructura Familiar (n -%)	
Monoparental	44(20,6)
Padres separados	78(36,2)
Familia nuclear	91(42,3)
Grado de educación alcanzado materno (n - %)	
Estudios básicos	76(35,3)
Estudios intermedios	84(39,0)
Estudios universitarios	55(25,5)
Grado de educación alcanzado paterno (n - %)	
Estudios básicos	86 (40,0)
Estudios intermedios	82 (38,1)
Estudios universitarios	47 (21,8)
Orientación sexual (n - %)	
Hetero	183(81,1)
Homo	1(0,46)
Bi	31(14,4)
Estado civil (n - %)	
Unido/pareja	63(29,3)
Separado	3(1,39)
Soltero	149(69,3)
Asistencia a un establecimiento educativo en la actualidad (n - %)	
Si	215(100,0)
Grado de educación alcanzado (n - %)	
Secundario	212(98,6)
Universitario	3(1,3)
Último grado aprobado (n - %)	
Primero	78(36,2)
Segundo	57(26,5)
Tercero	48(22,3)

Cuarto	31(14,4)
Quinto	1(0,46)
Trabajo en la última semana (n -%)	
Si	92(42,7)
No	123(57,2)
Asociación a una prestación médica (n - %)	
Obra social	120(55,8)
No sabe/No contesta	84(39,0)

De los 101 participantes que tuvieron relaciones sexuales, el 68,6% (70 participantes) refirió haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, siendo en el 91,4% (75 participantes) de los casos el preservativo. El 74,2% (83 participantes) refirió haber tenido relaciones sexuales sin protección alguna vez en su vida. Se destacó que, al momento de realizar la encuesta el 91,5% de los adolescentes manifestó utilizar algún método anticonceptivo.

En la muestra analizada se observó que el 83,6% (179 participantes) nunca se realizó una prueba de detección de VIH/Sida, mientras que el 3,7% (8 participantes) sí manifestó haberlo realizado alguna vez siendo el motivo más frecuente control médico de rutina (50%). En cuanto a la prueba de detección de Hepatitis B el 67,7% (145 participantes) nunca la realizó y de los ocho que sí la realizaron el motivo fue nuevamente un control médico de rutina (62,5%). El 49,5 % (106 participantes) refirió no saber si se colocaron la vacuna de Hepatitis B, mientras que 8,41% (18 participantes) aseguró haberla recibido. Se destaca que el 67,7% (145 participantes) de los adolescentes nunca se realizó una prueba de detección de Sífilis/VDRL, solo un adolescente expresó haber realizado la prueba (Figura 2).

En cuanto al conocimiento sobre anticoncepción se evaluó el acceso, objetivo y forma de utilización de anticonceptivos hormonales, así como también el objetivo y la forma de utilización del preservativo. Del total de los encuestados se obtuvo que un 43% (93 participantes) tenía un erróneo conocimiento sobre anticoncepción representado por un total de respuestas correctas menores o iguales a 5, siendo la mediana 4 y rango intercuartílico 1,5, seguido de un conocimiento regular 40%. Solo el 17% de la muestra presentó un buen conocimiento (Figura 3).

Con respecto al conocimiento sobre anticoncepción, vinculado con el acceso, se evidencio que el 78,6% (169 participantes) sabía que para utilizar anticoncepción hormonal primero había que acudir a un centro sanitario. Por otro lado, a la hora de contestar sobre las formas de utilización de métodos de anticoncepción, un 38,6% (83 participantes) contestó erróneamente que la marcha atrás era un método de anticoncepción seguro, aun así, se demostró que el 85,5% (184 participantes) contestó correctamente que lavar el preservativo varias veces no implica correcta utilización del mismo.

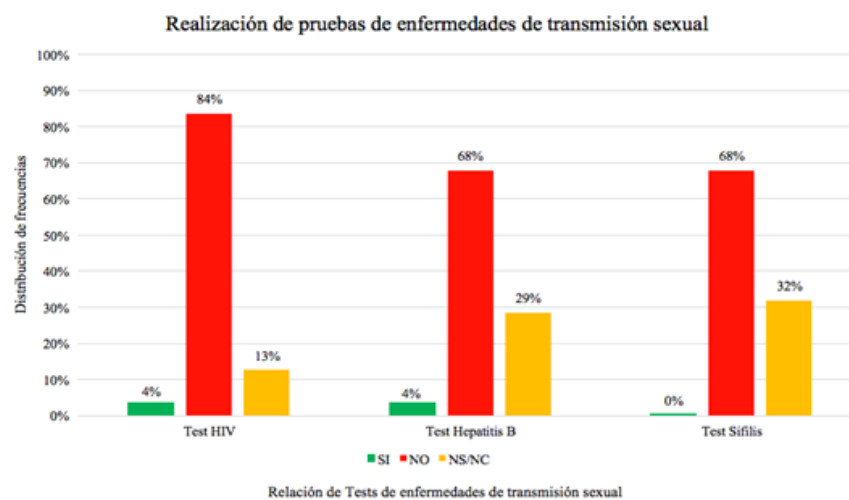


Figura 2. Realización de pruebas de testeo de Enfermedades de Transmisión Sexual de la muestra adolescente de 14 a 19 años viviendo en Villa Unión, La Rioja, Argentina, entre noviembre y diciembre de 2021. (n=215)

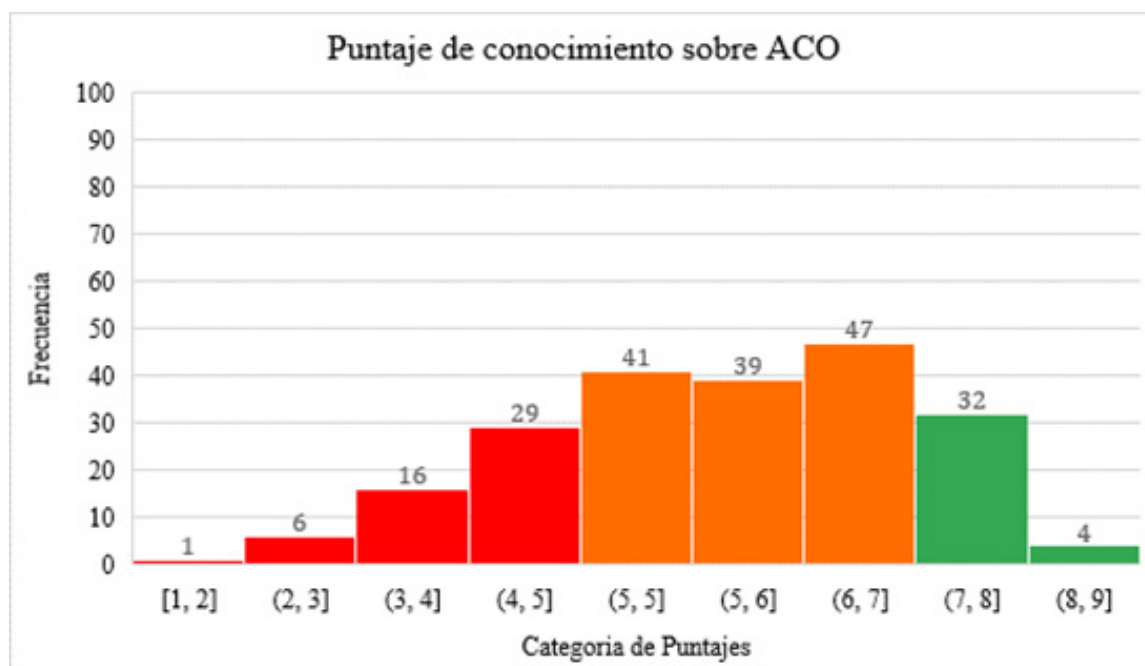


Figura 3. Puntaje de conocimiento sobre Anticoncepción de la muestra adolescentes de 14 a 19 años viviendo en Villa Unión, La Rioja, Argentina, entre noviembre y diciembre de 2021. (n=215)

En relación al conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual un 50,23% (108 participantes) presentaba un conocimiento global malo, seguido de regular con un 48.84% (105 participantes).

Al indagar la cantidad de ETS conocidas, el VIH fue la ETS más elegida por la muestra encuestada con un 86,9% (187 participantes) y Tricomona, la ETS menos conocida habiendo sido seleccionada solo por seis adolescentes.

Se observó que el preservativo fue el método de prevención elegido por la mayoría 89,6% (191 participantes), aun así, un 22,5% (48 participantes) refirió como método de prevención evitar transfusiones sanguíneas.

Otro aspecto analizado fue el conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH. Del total de los encuestados (n=215) el 24% refirió que el VIH se transmitía a través del mosquito, mientras que el 57% manifestó no saber la respuesta. El 25% creyó que el VIH se transmitía a través de la saliva, un 18% del mate, y el 23% del sanitario (uso compartido de inodoro y bidet). En todas las preguntas la respuesta más elegida fue no sabe (48%) (Tabla 3).

Tabla 3. Respuestas sobre formas de transmisión del VIH en la población estudiada (n=215)

Tabla 3. Respuestas sobre formas de transmisión del VIH en la población estudiada (n=215)

Opciones sobre formas de transmisión de VIH	Frecuencia Absoluta y porcentual		
	Si	No	Ns/Nc
A través del mosquito	52 (24%)	41 (19%)	122 (57%)
A través de la saliva	53 (25%)	72 (33%)	90 (42%)
A través del mate	38 (18%)	79 (37%)	98 (46%)
A través del sanitario	49 (23%)	65 (30%)	101 (47%)

El 36,1% (77 participantes) manifestó haber escuchado sobre el HPV, mientras que 63,8% (136 participantes) no lo escuchó nunca. La consecuencia de la infección por HPV, más conocida por los adolescentes fue verrugas genitales en un 19,7% (42 participantes), sin embargo, el 75,8% (160 participantes) eligieron la opción no sabe/ no contesta.

Finalmente, se evidenció que entre la variable de relaciones sexual con/sin protección y conocimiento de transmisión de ETS (bueno/malo/regular), existe una asociación significativa, $\chi^2 (1, n= 215) = 17.49, p <.0,04$. Es decir que los adolescentes con menor conocimiento sobre transmisión de ETS eran significativamente más probables de tener relaciones sexuales de riesgo, sin

protección.

El Odds Ratio fue de 2,64 con un IC 95% de 5,9 a 1,18. Por lo tanto la razón entre adolescentes que tienen relaciones sexuales sin protección vs con protección es 2,64 veces mayor en adolescentes con conocimiento malo de ETS, en comparación con los adolescentes que tienen conocimiento regular. Asociación estadísticamente significativa (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Asociación de conocimiento sobre anticoncepción con dimensiones de Prácticas Sexuales para la población estudiada (n=215)

Tabla 4. Asociación de conocimiento sobre anticoncepción con dimensiones de Prácticas Sexuales para la población estudiada (n=215)

Variables	Conocimiento Sobre <u>Aco</u>			p
	Malo	Regular	Bueno	
Relaciones sexuales sin protección				
Nunca tuvo relaciones sexuales	30	36	17	0.38
Nunca tuvo relaciones sexuales sin protección	22	17	9	
A veces tuvo relaciones sexuales sin protección	29	19	7	
Vinculo primera relación sexual				
Novio/a	28	26	10	0.58
Desconocido/a	12	5	2	
Otro	12	6	3	
Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual				
Si	30	30	10	0.12
No	19	7	6	
Uso de método anticonceptivo en la actualidad				
Marcha atrás	4	3	1	0,56
Preservativo	35	25	9	
Anticonceptivos hormonales	6	7	5	
Edad de la primera relación sexual				
12 a 14	28	13	5	0.12
15 a 18	24	25	10	

Tabla 5. Asociación de conocimiento sobre ETS con dimensiones de las Prácticas Relaciones sexuales para la población estudiada (n=215)

Variable	Conocimiento sobre ETS			<i>p</i>
	Malo	Regular	Bueno	
Relaciones sexuales sin protección				
Nunca tuvo relaciones sexuales	40	41	2	0.04
Nunca tuvo relaciones sexuales sin protección	22	26	0	
A veces tuvo relaciones sexuales sin protección	38	17	0	
Vínculo de la primera relación sexual				
Novio/a	36	28	0	0.23
Desconocido/a	14	5	0	
Otro	10	11	0	
Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual				
Si	39	31	0	0.51
No	20	12	0	
Uso actual de método anticonceptivo				
Marcha atrás	5	3	0	0.43
Preservativo	42	27	0	
Anticonceptivos hormonales	8	10	0	
Edad de la primera relación sexual				
12 a 14	30	16	0	0.13
15 a 18	30	29	0	

Conclusión

Los adolescentes de 14 a 19 años de Villa Unión, La Rioja se caracterizaron por presentar en mayor porcentaje un conocimiento global regular y malo sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Dentro de los mismos, prevaleció la falta de conocimiento acerca de los tipos de enfermedad de transmisión sexual y las formas de transmisión de VIH. En cuanto a las prácticas sexuales casi la mitad de la muestra encuestada ya inicio sus relaciones sexuales y la mismas demostraron ser en su mayoría de riesgo, sin utilización de métodos de barrera y ausencia de realización de métodos de testeo de enfermedades de transmisión sexual.

Se evidencio una asociación significativa entre las relaciones sexuales sin protección y la falta de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Reflexión final

Los resultados hallados comprueban una necesidad de intervención por parte de las instituciones educativas para poner en práctica la ley de ESI. Para esto, es necesario que en las escuelas se habiliten espacios de capacitación docente, de enseñanza y aprendizaje que articulen contenidos de la ESI, abordados de manera transversal y en espacios específicos.

Tradicionalmente la educación sexual se ha trabajado en las escuelas convocando a especialistas externos del área médica para que brinden esta información. Pero la Ley Nacional 26150 conlleva un reposicionamiento de la escuela y de los servicios de salud entendiendo que los profesores son las personas que deben asumir esta tarea, que es pedagógica y educativa. En todo caso, el mejor apoyo que los especialistas pueden dar a los docentes se traduce en instancias de formación y/o asesoramiento.

Bibliografía

1. Poder Legislativo Nacional. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires, Argentina. Ley 25673. Noviembre de 2002.
2. Tapia-Martínez, H., Jiménez-Mendoza, A., Pérez-Cabrera, I. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, estrategia educativa de enfermería para reducir riesgos en adolescentes embarazadas. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 2019. 27(1), 23-32.
3. Santiesteban, T. B., Borrás, A. R., Domínguez, M. L. Adolescentes: razones para su atención. *Correo Científico Médico de Holguín*; 2017 21(3), 858-875.
4. Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra, A. M., Zubarew, T., & Correa, M. L. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de enfermería*; 2013, 22(1-2), 50-54.
5. Organización de los Estados Americanos. Salud Sexual y Reproductiva. OAS; 6 noviembre 2021, obtenido de https://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp.
6. Fory, J. A., Olivera, M. J. Caracterización de la población gestante adolescente atendida en el Hospital Militar Central de Bogotá DC, Colombia. 2012-2015. *Revista de la Facultad de Medicina*;2020, 68(2), 202-206.
7. Caricote Agreda, E. A. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*;2008, 12(40), 79-87.
8. Orcasita Pineda, L. T., Cuenca, J., Montenegro Céspedes, J. L., Garrido Ríos, D., Haderlein, A. Diálogos y saberes sobre sexualidad de padres con hijos e hijas adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Psicología*;2018, 27(1), 41-53.
9. Sanz-Martos, S., López-Medina, I. M., Álvarez-García, C., Álvarez-Nieto, C. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Atención Primaria*;2019,, 51(7), 424-434.
10. Merlin Contreras, D. G., Aguilar Rueda, E. N. [Tesis de Especialidad] La Efectividad de los Programas de Intervención Educativa Para la Prevención de VIH e ETS en Adolescentes sanos en Atención Primaria de la Salud; 2019, Lima, Perú, 1-39. Disponible en: <http://repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3345/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Aguilar%20Edith%20-%20Merlin%20Dzh%c3%a1milia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Jiménez, J. G., Gochicoa, B. N., Jiménez, F. G., De Torres, L. P., Porcel, A. J., Redondo, G. M. Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Atención primaria*;2003, 32(4), 216-222.
12. Sánchez, C., Extremera, G., Rodríguez, N., de los Monteros, E., de Benayas, C. Sexualidad y sida: grado de conocimiento y actitud de los escolares. *Rev. Medicina de Familia (AND)*; 2002, 2(3), 223-230.
13. Langille, D. B., Andreou, P., Beazley, R. P., Delaney, M. E. Sexual health knowledge of students at a high school in Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health*;1998, 89(2), 85-89
14. Brito Méndez, E. C., Guerra Rosales, J. M., Rodríguez Báez, R. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*;2003, 19(1), 0-0.
15. Pérez, Z. L. Entendiendo las vivencias de las Infecciones de Transmisión Sexual. *Rev Comportamiento*;2006, 7, 0798-1341.
16. Ríos Chacón, B., Yera Álvarez, M. L., Guerrero Montero, M. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. *Revista ArcVIHo Médico de Camagüey*;2009;13(2), 0-0
17. Rodríguez Vignoli J. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes [Internet]. Cepal.org. 2021 [25 October 2021]. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7150/S018659_es.pdf
18. Manco, M., Flores-Lovon, K., Ticona, D., Gutierrez, E. Prácticas de salud sexual en adolescentes de dos colegios del sur de la región Lima, Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*;2020, 85(6), 595-603.
19. Silva-Fhon, J., Andrade-Iraola, K., Palacios-Vallejos, E., Rojas-Huayta, V., Mendonça-Júnior, J. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. *Enfermería universitaria*;2015, 11(4), 139-144
20. Chanamé-Zapata, F., Rosales-Pariona, I., Mendoza-Zúñiga, M., Salas-Huamani, J., León-Untiveros, G. Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Revista de Salud Pública*;2021, 23(1).
21. Unesco. Estudio mundial concluye que la educación sexual de amplio espectro es esencial para la igualdad de género y la salud reproductiva. 7 noviembre 2021. Obtenido de <https://es.unesco.org/news/estudio-mundial-concluye-que-educacion-sexual-amplio-espectro-es-esencial-igualdad-genero-y>
22. Pinos Abad, G. M., Pinos Vélez, V. P., Palacios Cordero, M. D. P., López Alvarado, S. L., Castillo Núñez, J. E., Ortiz Ochoa, W. A., ... Enzlin, P. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. *Actualidades investigativas en educación*;2017, 17(2), 192-213.
23. Institucional Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Argentina.gob.ar. 2021 [25 octubre 2021]. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual>
24. Duran, A., Bloch, C. Respuesta al VIH/SIDA en Argentina. *Revista*

- Argentina de Salud Pública; 2009, 1(1), 38-40.
25. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Internet]. Indec.gov.ar. 2021 [25 octubre 2021]. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssyr_2013.pdf
26. Rojas Cabrera, E. S., Moyano, S. A., Peláez, E. Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a “la primera vez”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 2017, 49-67.
27. INDEC. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva; 2013. Argentina.
28. INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (2021). 7 noviembre 2021. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-999-999-46-021-2010>
29. Hernández Machín, L. E., Martínez Malo Gutiérrez, N. H., Cruz Hernández, Y., Cabrera Sánchez, Y., Míreles Hernández, O. M. Evaluación del nivel de conocimientos de jóvenes adolescentes sobre sexualidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*; 2014, 18(1), 33-44.
30. Gómez, H. N., Montes, J. M. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*; 1997, 21(1), 1-10.
31. Villafañe-Ferrer, L. M., González-Navarro, R. M. Comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Duazary*; 2017, 14(2), 160-168.
32. Norma, O., García, T. Intervención educativa sobre riesgos del embarazo en adolescentes. Policlínico Luis Enrique de la Paz Reyna. Manzanillo. In cibamanz, 2021.
33. Gálvez Henry, Francisco, Rodríguez Sánchez, Bárbara A, Lugones Botell, Miguel, Altunaga Palacio, Margarita. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 2017, 43(3), 15-27. Recuperado en 05 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003&lng=es&tlng=es.
34. Moscol Leon Ubillus, M. M. Nivel de conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la IE teniente Miguel Cortez del Castillo-Piura. Universidad Católica los Ángeles del Chimbote. 2018.
35. Hou, M. Y., Hurwitz, S., Kavanagh, E., Fortin, J., Goldberg, A. B. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*; 2010, 116(3), 633-640.
36. Callegari, L., Harper, C. C., Van Der Straten, A., Kamba, M., Chipato, T., Padian, N. S. Consistent condom use in married Zimbabwean women after a condom intervention. *Sexually transmitted diseases*; 2008, 35(6), 624-630.
37. Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.
38. CDC.gov. 2021. Epi Info™ | CDC. [online] Available at: <https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html> [Accessed 6 noviembre 2021].
39. León-Larios, F., Gómez-Baya, D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista Española de Salud Pública*; 2020, 92, e20180628.
40. Prism - GraphPad. Análisis estadístico. Consultado el 7 de noviembre de 2021. Obtenido de <https://www.graphpad.com/scientific-software/prism/>
41. Henquin, R. *Epidemiología y estadística para principiantes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus Editorial. 2013.
42. Flores-Ruiz, E., Miranda-Novales, M. G., Villasís-Keever, M. Á. El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. *Estadística inferencial. Revista Alergia México*; 2017, 64(3), 364-3
43. Cerda, Jaime, Vera, Claudio, Rada, Gabriel. Odds Ratio: aspectos teóricos y prácticos. *Revista Médica de Chile*; 2013, 141 (10), 1329-1335.
4. Manzini, J. L. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, 2000.
45. Ministerio de Salud de la Nación. (s.f.). Pautas generales para la obtención del consentimiento. Obtenido de Ministerio de Salud de la Nación: http://rasp.msal.gov.ar/pdf/Pautas_obtencion_Cl.pdf
46. Organización Mundial de la Salud-Comité de Evaluación Ética de la Investigación. Modelo de Consentimiento Informado. 2020

El trípode que define al profesional en Ciencias de la Salud egresado de la Universidad Favaloro es la excelencia en la asistencia, el desarrollo de las competencias docentes y la capacidad para la producción de nuevos conocimientos (investigación).

Los trabajos aquí incluidos son el resultado del reconocimiento de la misión de los estudiantes de la Universidad Favaloro de integrarse a la sociedad que los contiene, intentando esta vez responder a las preguntas que la realidad sanitaria impone.

