

ISSN 2718-8388 / VOL 4 ED 12

REVISTA

 **UNIDAD
SANITARIA XXI**



**EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SOCIOSANITARIA**

Contenidos

4

LICENCIA CREATIVE COMMONS

ACCESO ABIERTO

5

EQUIPO EDITORIAL

Revista Unidad Sanitaria XXI

6

EDITORIAL

La integración esencial de la espiritualidad en el cuidado del paciente

Jannette Marga Loza-Sosal

9

ARTÍCULO ORIGINAL

Inteligencia emocional y cuidado humanista frente al cuidado comunitario en Guayaquil

Joustin Irwin Castro-Navarrete

Shennia Narcisa Arteaga-Huacón

Taycia Ramírez-Pérez

26

ARTÍCULO ORIGINAL

Enfermedades crónicas no transmisibles: Factores de riesgo en estudiantes universitarios. Salta - Argentina

Silva Rocio Echalar, María del Carmen Herrera, Solange

Johanna Rios y Sergio Leonardo Fonteñez

41

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Salud sexual y reproductiva: Inclusión y enfoque diferencial en Niños, Niñas y Adolescentes indígenas.

Eduin Fabian Ramos-Bolaños

José Fred Quiroz-Ortega

Freddy Elías Perilla-Portilla

54

CARTA AL EDITOR

El llamado a ser enfermero y cambios en la persona

Haiver Leandro Salazar Lame



56 **GUÍA DE AUTORES**
REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

57 **INDEXACIONES**
REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

58 **POLITICA EDITORIAL**
REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

59 **AGRADECIMIENTO**
REVISTA UNIDAD SANITARIA XXI

60 **PAGINA INSTITUCIONAL**

61 **CUERPO EDITORIAL**



Corrector de estilo
Diseño y Diagramación
Llaudett Natividad Escalona Márquez

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación. La revista científica “Unidad Sanitaria XXI” se distribuye bajo una Licencia Creative Commons
Volumen: 4 Número: 12 Año: 2024 enero a marzo.



Equipo Editorial

Presidente
Director Editorial

Martin Maximiliano Alzuri (Argentina)

Vicepresidente
Codirectora Editorial

Stefanía Johanna Cedeño Tapia (Ecuador)

Directora Comité Científico Interno
Llaudett Natividad Escalona Márquez (México)

Directora del Comité Científico Externo
Janet Mercedes Arévalo Ipanequé (Perú)

Consejo Fundador Permanente
Edna Johana Mondragón Sánchez (Colombia)

Comité Científico Interno
Jorge Lujan (Argentina)
Viviana de los Ángeles Galarza (Argentina)
Taycia Ramírez (Cuba)
Romina Bórtoli (Argentina)
Paola Fontal (Colombia)
Isabel Beristain (México)

Comité Científico Externo
Margareth Villalobos Guiza (Perú)
Tula Espinoza (Perú)
Jorge Armando Osorio S. (México)
Jose Luis Tamayo Ortiz (Ecuador)
Ana Patricia Pérez Saavedra (Colombia)
Lina Karina Bernal Ordóñez (Colombia)
Mónica Maria Cortes Gallego (Colombia)
Mariol Virgili Lillo (Chile)
Tamara Fernández Gago (Chile)
Alejandra Alaniz (Argentina)
Romel Jonathan Velasco Yañez (Brasil)
Magaly Camino Sánchez (Perú)
Antony Paul Espiritu Martínez (Perú)
María Amelia Patricia Fraijo Navarro (México)
Jeysa Suárez Pimentel (República Dominicana)
Enma Lagos Fuster (Perú)
Jorge Armando Osorio S. (México)
Ana Patricia Perez Saavedra (Colombia)
Freddy Elías Perilla Portilla (Colombia)



La integración esencial de la espiritualidad en el cuidado del paciente

The essential integration of spirituality in patient care

A integração essencial da espiritualidade no cuidado ao paciente

Jannette Marga Loza-Sosa¹

En la actualidad, la salud ha alcanzado logros significativos en cuanto a precisión diagnóstica y eficacia terapéutica; sin embargo, la creciente dependencia de la tecnología y los protocolos basados en evidencia física han tendido a minimizar aspectos críticos del cuidado del paciente, como sus necesidades espirituales y emocionales. En este contexto, las carreras sociosanitarias se enfrentan al desafío y la oportunidad de redefinir su rol. Ya no se limita solo al bienestar físico, sino que amplía su misión hacia la promoción del bienestar espiritual y psicológico ⁽¹⁾. Este escrito explora cómo la integración de la espiritualidad puede impulsar una transformación profunda en el cuidado del paciente, alineándose más estrechamente con un modelo de salud verdaderamente holístico.

La evolución del cuidado humano ha mantenido un enfoque centrado en el paciente que abarca tanto los aspectos medibles y cuantificables como los intangibles que en este caso podríamos mencionar los emocionales y espirituales de la atención. Sin embargo, el aumento en la especialización del cuidado ha llevado a un enfoque más limitado de la salud que en ocasiones olvida la importancia continua de la espiritualidad en la recuperación, manejo de enfermedades ⁽²⁾, promoción, y mantenimiento de la salud. Estudios indican que los pacientes que reciben cuidado espiritual muestran mejoras significativas en términos de satisfacción y resultados de salud ⁽³⁾.

La espiritualidad en la práctica del cuidado se apoya en una creciente base de evidencia empírica. Investigaciones multidisciplinarias han demostrado que la atención espiritual puede reducir el estrés, mejorar la gestión del dolor y disminuir la ansiedad en pacientes con condiciones crónicas y terminales ⁽⁴⁾. Esta práctica, además, se ha revelado como una herramienta eficaz para proporcionar un enfoque más holístico y compasivo en el cuidado de



la salud ⁽¹⁾. Este enfoque no solo beneficia a los pacientes desde un punto de vista psicológico y emocional, sino que también contribuye a una mejor recuperación física y a una mayor satisfacción con el cuidado recibido.

La implementación efectiva de la espiritualidad en la atención requiere una formación adecuada y un enfoque sistemático. Los programas de capacitación en salud deben incorporar asignaturas que enseñen a los profesionales cómo reconocer y responder a las necesidades espirituales de los pacientes de manera respetuosa y profesional. Esto incluye técnicas para facilitar la comunicación sobre temas espirituales, la utilización de recursos como capellanías hospitalarias y la integración de prácticas como la meditación y la oración adaptadas a las creencias del paciente ^(2,5).

Uno de los principales retos y ventajas en la incorporación de la espiritualidad surge de la diversidad de creencias interculturales ⁽⁶⁾ y prácticas espirituales de los pacientes, lo cual demanda un enfoque personalizado y meticuloso. Además, es importante superar tanto las barreras institucionales como las reticencias prevalentes en el ámbito sanitario respecto al valor de la espiritualidad y la medicina ancestral en la atención clínica, teniendo en cuenta que esto también es parte de la cultura y espiritualidad ⁽⁷⁾. No obstante, el potencial para enriquecer la atención de la salud es considerable. Reconocer la espiritualidad como un elemento fundamental del cuidado no solo puede reforzar la conexión entre profesionales de la salud y pacientes, sino también fomentar una mayor comprensión y empatía en la práctica clínica, mejorando así los resultados de salud a largo plazo ⁽⁴⁾.

Es por esto por lo que, la integración de la espiritualidad trasciende el simple retorno a los fundamentos de las profesiones sanitarias. Representa una evolución esencial, impulsada por una comprensión más profunda y holística de lo que realmente implica la salud y el bienestar. Este cambio paradigmático requiere una transformación no solo en la formación y práctica de profesionales de la salud, sino también en la visión cultural sobre el cuidado. Las instituciones de educación y el mercado laboral de la salud deben liderar este cambio, promoviendo programas que fomenten la incorporación de la espiritualidad en todos los aspectos del cuidado del paciente, reconociendo su importancia esencial para mejorar la calidad de vida y optimizar los resultados de salud.



REFERENCIAS

1. Loza-Sosa J, Angelica-Ucharico-Apaza A, Siles-Quintanilla S. Caracterización de las necesidades espirituales de los pacientes con cáncer internados en un Hospital de Cochabamba. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2023 [citado 12 Abr 2024]; 39 (1) Disponible en: <https://bit.ly/3WfguZ5>
2. Loza Sosa Jannette Marga. Percepción de profesionales de enfermería sobre la satisfacción de necesidades espirituales del paciente con cáncer. Revista UNITEPC [Internet]. 2022 Jul; 9(1): 39-47. Disponible en: <https://bit.ly/3PZtvC3>
3. Fonseca C. Marcelo. Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. Rev. Cir. [Internet]. 2022 Jun; 74(3): 318-324. Disponible en: <https://bit.ly/3PVhWLR>
4. Hernández-Mayhua I, Velásquez--Rondón S. Efectos del cuidado espiritual en la ansiedad situacional de pacientes quirúrgicos, hospital regional de Ayacucho. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2021; 37 (1) Disponible en: <https://bit.ly/3UeSFij>
5. Loza-Sosa JM, Ucharico-Apaza A, Siles-Quintanilla SC. Adaptación cultural y validación del cuestionario CONIIT en el contexto Boliviano: Cultural adaptation and validation of the CONIIT questionnaire in the Bolivian context. Health care & global health [Internet]. 25 de junio de 2023 [citado 25 de marzo de 2024];7(1). Disponible en: <https://bit.ly/4d6faO6>
6. Cedeño-Tapia SJ, Rodríguez-López JI, Prieto DM, Schlegel C y López LE. Reflexiones sobre las bases conceptuales de la interculturalidad las problemáticas y retos desde la formación de enfermería. Revista Científica de Enfermería. 2021; 10 (1), 94-108. <https://bit.ly/3d8Gykm6>
7. Romero-Tapias OY, Perilla-BenítezJC, Cedeño-Tapia SJ, Tapiero-Rojas JD, & Tamayo-Ortiz JL. La medicina tradicional ancestral en el sistema de salud ecuatoriano. Sapienza: Revista Internacional de Estudios Interdisciplinarios, São Paulo, Brasil, v. 3, n. 8, pág. 272–286, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.5878>

Para citar este documento


Loza-Sosa JM. La integración esencial de la espiritualidad en el cuidado del paciente. Rev. Unidad Sanit. XXI. 2024; 4(12): 6-8. Disponible en: <http://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>

Fecha de envío: 25/03/2022 **Fecha de aceptación:** 30/03/2023 **Fecha de publicación:** 31/03/2023

¹ Magister Scientiarum en Educación Superior y Docencia Universitaria, directora de Gestión Pedagógica y Seguimiento Curricular de la Universidad Adventista de Bolivia, Red Latinoamérica de Educación Enfermería (ReLEdEn) <https://orcid.org/0000-0001-9331-2190>
jannette.loza@uab.edu.bo 



ARTÍCULO ORIGINAL

Inteligencia emocional y cuidado humanista frente al cuidado comunitario en Guayaquil

Emotional intelligence and humanistic care versus community care in Guayaquil

*Inteligência emocional e cuidados humanísticos versus cuidados comunitários em Guayaquil*Joustin Irwin Castro-Navarrete^I
Shennia Narcisa Arteaga-Huacón^{II}
Taycia Ramírez-Pérez^{III}

RESUMEN

Introducción: Las actividades de enfermería cumplen una función significativa dentro de los procedimientos clínicos del paciente, requiere destrezas cognitivas y emocionales que fundamenten un cuidado de alta calidad. Por tal motivo, se planteó el **objetivo:** determinar la relación de la inteligencia emocional en la capacidad de cuidado humanista en profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil. De igual forma la **metodología:** con diseño positivista, cuantitativo, transversal, prospectivo y correlacional con la aplicación de encuesta dirigida a profesionales de enfermería de las comunidades de Guayaquil, obteniendo como **resultados** un coeficiente de rho spearman de 0,892 con un nivel de significancia $<0,05$, indicando que existe una relación fuerte, positiva y significativa entre la inteligencia emocional y capacidad de cuidado. En **conclusión**, se demostró que el nivel de inteligencia emocional es un elemento que contribuye a que las capacidades de cuidado ejercidas por el personal de enfermería tengan mejor rendimiento.

Palabras clave: Comunidad; Cuidados de enfermería; Inteligencia emocional; Pacientes, Salud mental.

Para citar este documento



Castro-Navarrete JI, Arteaga-Huacón SN, Ramírez-Pérez T. Inteligencia emocional y cuidado humanista frente al cuidado comunitario en Guayaquil. Rev. Unidad Sanit. XXI. 2024; 4(13): 9- 25. Disponible en: <http://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>

Fecha de envío: 03/10/2023 **Fecha de aceptación:** 20/02/2024 **Fecha de publicación:** 31/03/2024

^I Licenciado en enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0548-4533> . Correo: joustin200016@gmail.com

^{II} Licenciada en enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8195-7246> . Correo: shennia30@gmail.com

^{III} Licenciada en enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2730-0946> . Correo: tayciarp@gmail.com



ABSTRACT

Introduction: Nursing activities play a significant role within the clinical procedures of the patient, it requires cognitive and emotional skills that support a high quality care. For this reason, the objective was to determine the relationship between emotional intelligence and the capacity for humanistic care in nursing professionals working in the communities of Guayaquil. Likewise, the methodology: with a positivist, quantitative, cross-sectional, prospective and correlational design with the application of a survey directed to nursing professionals in the communities of Guayaquil, obtaining as results a rho spearman coefficient of 0.892** with a significance level <0.05 , indicating that there is a strong, positive and significant relationship between emotional intelligence and caring capacity. In conclusion, it was demonstrated that the level of emotional intelligence is an element that contributes to better performance of the caring skills exercised by the nursing staff.

Keywords: Community; Nursing care; Emotional intelligence; Patients; Mental health; Emotional intelligence.

RESUMO

Introdução: As atividades de enfermagem cumprem uma função importante dentro dos procedimentos clínicos do paciente, exigindo competências cognitivas e emocionais que sustentam a qualidade dos cuidados. Por este motivo, o objetivo foi determinar a relação entre a inteligência emocional e a capacidade de cuidado humanístico nos profissionais de enfermagem que trabalham nas comunidades de Guayaquil. Da mesma forma, a metodologia: com um desenho positivista, quantitativo, transversal, prospectivo e correlacional com a aplicação de um inquérito dirigido aos profissionais de enfermagem das comunidades de Guayaquil, obtendo como resultados um coeficiente rho spearman de 0,892** com um nível de significância $<0,05$, indicando que existe uma relação forte, positiva e significativa entre a inteligência emocional e a capacidade de cuidado. Em conclusão, demonstrou-se que o nível de inteligência emocional é um elemento que contribui para o melhor desempenho das competências de cuidar exercidas pela equipa de enfermagem.

Palavras-chave: Comunidade; Cuidados de enfermagem; Inteligência emocional; Doentes; Saúde mental; Inteligência emocional.



INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la salud mundial ha sufrido una transformación radical de perspectiva, recursos y escenarios; manifestándose factores positivos que han surgido para darle un aporte al sector de salud¹. En esta perspectiva, los profesionales de enfermería son un factor determinante para combatir a las enfermedades y sus complicaciones para la salud del ser humano, lo que puede ser evidenciado diariamente en las diferentes unidades de salud a nivel global. Por lo cual, las funciones que cumple un profesional de enfermería tienen implícito una gran responsabilidad pues a través del cuidado, se promueve la recuperación del paciente, con una profunda convicción humanista², en medio de un profundo intercambio único entre sujeto cuidador y persona cuidada.

Continuando con la idea anterior, un profesional de enfermería competente es aquel que gestiona eficientemente sus habilidades, actitudes y conocimientos al emitir un diagnóstico, resolver problemas y ejecutar sus actividades profesionales. Por esta razón, la apropiación de información, sugerencias o asesorías que brinde el personal de enfermería, en la cual, se describan los riesgos o beneficios de cualquier alternativa al sujeto de cuidado es fundamental. Esta situación es relevante debido a que los cuidados de la salud en la última década tienen la misión en fijarse en la persona vista como un todo³. De esta manera se entiende que el cuidado de los pacientes es la parte medular del personal de enfermería, el cual se describe como una actividad que demanda de una valoración personal y profesional enfocada a la subsistencia, recuperación y cuidado de la vida del paciente.

En este sentido, la preparación cognitiva, emocional y práctica son el fundamento de la profesión de enfermería. Desde la formación se privilegian la obtención habilidades cognitivas y procedimentales, sin embargo, no siempre se refuerza el aspecto emocional considerado una cualidad trascendental para alcanzar el desarrollo de sus funciones, ya que contribuye el bienestar psicológico, mejora el desarrollo personal, y favorece el rendimiento laboral. Es decir, la inteligencia emocional y la autoeficacia en el manejo de las emociones en enfermería ayuda a afrontar situaciones cargadas de emociones y reducir las respuestas al estrés⁴.

A nivel mundial, el protagonismo de los profesionales de enfermería es notable, acorde con lo expresado por la Organización Panamericana de Salud^{5,6}, estos profesionales están en la línea de acción desempeñando un rol vital en la atención a las personas. En algunos países, son protagonistas clave en los equipos de salud y facilitan una extensa gama de servicios en todos



los establecimientos del sistema sanitario; así mismo su aporte representa un factor influyente para evidenciar panoramas positivos en la integridad moral, física o emocional del paciente.

Sin embargo, para cumplir con las responsabilidades que exige la profesión de enfermería dentro de una institución de salud, la salud mental es un pilar determinante. A nivel regional, este aspecto es visualizado de gran relevancia para la gestión de cuidado dentro de una institución de salud; en un estudio efectuado en Chile se detectó que las afecciones de salud mental en los profesionales de enfermería están surgiendo enérgicamente, donde sobresale el estrés, la salud emocional, salud mental, salud física que en ciertos casos tiene como efecto cuadros clínicos de depresión y ansiedad⁷. La idea general de los autores es reflejar que la dimensión mental y emocional del profesional de enfermería cumple un rol trascendental para el desarrollo de su cuidado de forma humanística. Estudios mencionan que el lugar de trabajo es el principal entorno donde ocurren transformaciones negativas que afectan la salud mental⁸

La inteligencia emocional se ha vuelto crucial para ayudar a estos profesionales a sobrellevar el estrés, mantener la empatía y brindar un cuidado de calidad a los pacientes, por esta razón los profesionales de enfermería deben poseerla, lo que implica la capacidad de reconocer, comprender y gestionar tanto las propias emociones como las emociones de los demás. Esto incluye la habilidad de mantener la calma en situaciones estresantes, mostrar empatía hacia los pacientes y sus familias, y establecer una comunicación efectiva, con aras de atender de forma única cada respuesta humana generada por el paciente⁹.

En Ecuador, los diferentes estilos de vida, los estilos de trabajos, el COVID 19, los turnos laborales son algunos factores que inciden en la salud mental y física de los profesionales de enfermería como lo describe en un artículo¹⁰ quienes manifestaron que las jornadas laborales extensas y las diferentes situaciones que surgen en cada casa de salud, son factores que generan que se desarrolle afecciones en la salud mental provocadores de condiciones adversas en las prácticas cuidantes brindadas al paciente¹¹.

El cuidado humanista desempeña un papel importante en la práctica, la investigación, la educación y la administración de la enfermería. La capacidad de realizar cuidados humanistas afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, el desempeño profesional de las enfermeras¹² y el costo del sistema de salud¹³



En las comunidades de la ciudad de Guayaquil, en los diferentes centros de salud, en base a lo que se ha observado durante el período de internado rotativo se presenta una situación problemática peculiar, en donde el personal de salud, especialmente, los profesionales de enfermería están expuestos a condiciones de trabajos riesgosas debido a múltiples factores, entre los cuales están la inseguridad ciudadana, la gran masa de migrantes que recibe al ser una metrópolis, el alto nivel de consumo de sustancias problemáticas, entre otras, constituyendo un reto para el entorno emocional y mental, las cuales, han generado diversos signos de fatiga, depresión, agotamiento, miedo, ira, ansiedad, estrés o tensión laboral.

Desde enfermería y su vínculo con la salud mental, se debe incitar a la creación de espacios de capacitaciones acerca de la importancia de la inteligencia emocional en el entorno laboral de forma trimestral en las diferentes unidades operativas de salud para que el personal del área de enfermería gestione adecuadamente sus emociones en los diferentes entornos que le toca experimentar por causa de sus responsabilidades dentro de una institución sanitaria.

Por lo antes descrito, el objetivo del presente estudio fue, determinar la relación de la inteligencia emocional en la capacidad de cuidado humanista en los profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil.

Desde enfermería y su vínculo con la salud mental, se debe incitar a la creación de espacios de capacitaciones acerca de la importancia de la inteligencia emocional en el entorno laboral de forma trimestral en las diferentes unidades operativas de salud para que el personal del área de enfermería gestione adecuadamente sus emociones en los diferentes entornos que le toca experimentar por causa de sus responsabilidades dentro de una institución sanitaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, transversal, prospectivo con enfoque positivista. La población de estudio fue en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, en el primer semestre del 2023, a todos los profesionales de enfermería, con título de tercer nivel y/o cuarto nivel que laboren en las comunidades de Guayaquil, Ecuador con mínimo de 1 año de experiencia. Se utilizó un muestreo aleatorio simple¹⁴, el cual comprende en escoger un subconjunto de sujetos aleatoriamente dentro de una población definida con el propósito que reflejen las características de todo el grupo, este muestreo favorece a la investigación debido a que es usado cuando existen poblaciones de sujetos muy amplias, en este caso se está



abordando a los profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de una de las ciudades más grande del país, en la cual, existen muchas unidades de salud; por lo tanto, se escogió a 110 profesionales de enfermería que trabajen en las comunidades de Guayaquil.

A los profesionales de enfermería de las comunidades de Guayaquil, se les envió por el correo electrónico un formulario virtual de Google Forms para la recolección de datos, constituido por tres secciones. En la primera sección, se recolectaron datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, zona de residencia y años de experiencia profesional.

En la segunda sección se caracterizó el nivel de Inteligencia Emocional, donde se utilizó la Escala de Inteligencia Emocional de Wong Law (WLEIS) compuesta por 16 ítems, los cuales se miden en una escala tipo Likert de 5 puntos; la cual fue validada, aprobada y traducida al español por Merino, Lunahuaná y Kumar en el 2016¹⁵. Este instrumento tiene un nivel de fiabilidad según el estadístico alfa de Cronbach 0.85, lo cual representa que la consistencia interna del instrumento es alta, esto beneficia el proceso de recolección de información.

En la tercera sección, se identificó la capacidad de cuidado, mediante el Inventario de Habilidad de Cuidado de Ngozi Nkongho, pero utilizado ampliamente¹⁶, compuesta por 37 ítems, los cuales se miden en una escala tipo Likert de 5 puntos también obtenida y autorizada por Bustos et al.¹⁷, quienes realizaron la validación del instrumento por medio del software estadístico STATA 11.0 SE, en donde se identificó un coeficiente de Cronbach de 0,74, esto quiere decir que el instrumento tiene una consistencia interna moderada. A los autores quienes realizaron la traducción y validación del instrumento, se les solicitó permiso para poder usar en el presente trabajo.

En el presente estudio se empleó un consentimiento informado en el que se les explicaron a los participantes los objetivos de la investigación, antes de que expresaran su voluntad de participación, la cual se realizó mediante el consentimiento informado que se encontraba al inicio del formulario de Google Forms. Además, se les informó que sus datos serían manejados de forma confidencial, con fines investigativos. Los resultados fueron analizados en el software SPSS V. 26, usando IC=95%, $\alpha=0,05$, mediante estadística inferencial con la Rho de Spearman y además se les realizó estadística descriptiva.



RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil pueden ser vistas en la Tabla 1; en la cual se constató que el grupo etario con mayor ponderación fue la edad de 18 a 30 años con un 61,82%; la edad media es de 31 años. Además, se muestra que la mayoría del personal es femenino con un 69,09% y el 30,91% era masculino. Asimismo, en el estado civil de los profesionales de la comunidad de Guayaquil se identificó que el 59,09% de los encuestados eran casados. Por otro lado, en relación con el nivel de instrucción de los profesionales de enfermería encuestados se demostró que el 99,09% poseían un título de tercer nivel, y apenas un 0,91% tenían un cuarto nivel de preparación académica.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes

Variables	Indicador	Porcentaje
Edad	18-30	37,2
	31-43	61,8
	44-57	0,9
	Total	100%
Sexo	Femenino	69
	Masculino	31
	Total	100%
Estado Civil	Casado	59
	Soltero	40
	Unión de hechos	0,9
	Total	100%
Nivel de instrucción	Tercer nivel	99
	Cuarto Nivel	0,9
	Total	100%

Nota: n=110

En función a las dimensiones del instrumento de Inteligencia Emocional de Wong Law (WLEIS), en la tabla 2 se demostró que la dimensión valoración y expresión de las emociones propia en los profesionales de enfermería de las comunidades de Guayaquil tenían frecuencias altas en la escala completamente de acuerdo, dentro del indicador conciencia emocional obtuvo un 73,6% de participación, mientras que en sentimientos personales un 62,3%, a su vez un 69,1% reflejaron comprensiones y control de emociones respectivamente.



Tabla 2: Frecuencia de la Valoración y expresión de las emociones propias.

Escala	Comple tamente de acuerdo	De acuerd o	Ni en desacuer do ni de acuerdo	En desacu erdo	Completa mente en desacuerd o	Total
Indicadores	%	%	%	%	%	%
Consciencia emocional	73,6	20,9	1,8	2,7	0,9	100
Sentimientos personales	67,2	22,7	3,6	2,7	3,6	100
Compresión de Emociones	69	21,8	3,6	2,7	2,7	100
Control de Emociones	69,0	22,7	1,8	5,4	0,9	100

En la tabla 3, se describe la valoración y reconocimiento de las emociones en otros en los profesionales de enfermería de las comunidades de Guayaquil, evidenciándose que tenían frecuencias altas en la escala completamente de acuerdo, dentro de indicador reconocer emociones de los demás obtuvo un 67,2% de participación, mientras que en observar los sentimientos ajenos un 66,4%, a su vez un 70% reflejaron sensibilidad por los demás y el 64,5% demostraron estar de acuerdo con el control de emociones.

Tabla 3: Valoración y reconocimiento de las emociones en otros.

Escala	Comple tamente de acuerdo	De acuerd o	Ni en desacuer do ni de acuerdo	En desacu erdo	Completa mente en desacuerd o	Total
Indicadores	%	%	%	%	%	%
Reconocer emociones de los demás	67,3	22,7	5,4	2,7	1,8	100
Observar los sentimientos ajenos	66,4	20,9	0,9	7,3	4,5	100
Sensibilidad por los demás	70	19	5,4	3,6	1,8	100
Emociones del entorno	64,5	25	6,3	2,7	0,9	100

De acuerdo con las dimensiones del Inventario de Habilidad de Cuidado de Ngozi Nkongho, en la tabla 4 se puede observar que la dimensión Conocimiento en los profesionales de enfermería en las comunidades de Guayaquil se obtuvo una frecuencia alta en la escala completamente de acuerdo; donde el indicador relación con otras personas posee un 53,6%, en cuidar a otros un 59 %, el 65,4% con la solidaridad con otros, y en la autovaloración un 60%.



Tabla 4: Frecuencia de la dimensión Conocimiento en los profesionales de enfermería de las comunidades de Guayaquil

Escala	Comple tamente de acuerdo	De acuerd o	Ni en desacuer do ni de acuerdo	En desacu erdo	Completa mente en desacuerd o	Total
Indicadores	%	%	%	%	%	%
Reconocer emociones de los demás	67,3	22,7	5,4	2,7	1,8	100
Observar los sentimientos ajenos	66,4	20,9	0,9	7,3	4,5	100
Sensibilidad por los demás	70	19	5,4	3,6	1,8	100
Emociones del entorno	64,5	25	6,3	2,7	0,9	100

En la tabla 5, que describe los resultados relacionados con la dimensión paciencia en los profesionales de enfermería de las comunidades de Guayaquil, se obtuvo una frecuencia alta en la escala completamente de acuerdo; donde el indicador motivación refleja un 64,6%, mientras que en compañerismo un 58,2%, en actitudes y aptitudes de otros se obtuvo un 56,4% y por último el 69,1% demostraron estar de acuerdo con aprender nuevas ideas.

Tabla 5: Frecuencia de la dimensión paciencia.

Escala	Comple tamente de acuerdo	De acuerd o	Ni en desacuer do ni de acuerdo	En desacu erdo	Completa mente en desacuerd o	Total
Indicadores	%	%	%	%	%	%
Motivación	64,5	25,5	3,6	2,7	3,6	100
Compañerismo	58,1	22,7	10	6,4	2,7	100
Actitudes y aptitudes de otros	56,3	29,1	9,1	3,6	1,8	100
Aprender nuevas ideas	69	23,6	3,6	0,9	2,7	100

En la tabla 6 se presentan las correlaciones estadísticas que se encontraron entre las diferentes variables medidas en el estudio. Se observó un nivel de asociación de 0,892**, es decir que existe una correlación estadísticamente significativa entre inteligencia emocional y capacidad de cuidado, la cual es fuerte, positiva y significativa; también se evidenció un grado de significancia del 0,01, tal es menor al 0,05. Estos datos sirvieron para deducir que existe



relación significativa entre inteligencia emocional y capacidad de cuidado en profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil.

Tabla 6: Correlación de las variables Inteligencia emocional y Capacidad de cuidado.

Correlaciones		Inteligencia emocional	Capacidad de cuidado
Rho Spearman	Inteligencia emocional	1	0,892**
			0,000
		Nº	110
	Capacidad de cuidado	0,892**	1
		0,000	
		N	110

**La correlación es significativa en el nivel 0,01(Bilateral)

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos, se identificó que la edad media fue de 31 años, datos que difieren de un estudio realizado en España¹⁸ en el cual la media de edad de enfermeros de atención primaria fue de 38,4 años, y en otro estudio realizado en el mismo país¹⁹, pero en otra región cuya edad promedio fue 46 años. Por otro lado, los hallazgos guardan similitud con los resultados de un estudio realizado en Perú²⁰ en este el 39,7% de los enfermeros comunitarios estudiados tenían entre 28 a 30 años. En cuanto al género de la mayoría del personal es femenino con un 69,1% y el 30,91% era masculino, lo cual, tiene similitud con otro trabajos como es el caso del realizado por Patterson, Medina y Cuesta²¹ en el cual el 95% de los participantes fueron del sexo femenino, así mismo, en otro estudio los sujetos tuvieron una distribución semejante en Colombia fueron entrevistados 13 profesionales de enfermería con experiencia en la implementación de la APS en el departamento de Antioquia siendo 12 mujeres y un hombre.

Estos resultados son claramente descritos en la literatura puesto que desde sus inicios la enfermería es una profesión que mayoritariamente se encuentra conformada por mujeres²² y ha sido estigmatizada como profesión femenina²³, por lo que de forma general es natural que sean estos datos los encontrados.



Por otro lado, en relación con el nivel de instrucción de los profesionales de enfermería el 99% poseían un título de tercer nivel. Estos datos tienen vínculo con la realidad de la enfermería ecuatoriana, la cual está siendo objeto de cambio en los últimos tiempos, sobre todo a raíz de la pandemia por COVID-19, en la cual destacó que la formación de posgrado y especialidades en enfermería es un reto en el país tanto para la gestión gubernamental y la academia, por lo que se hace necesario describir y analizar la perspectiva de los líderes de enfermería como referentes para comprender la necesidad de formación para contener problemas de salud²⁴.

Esta situación es similar a otros países de la región suramericana, en la cual el desarrollo de la formación científica y profesional en enfermería no es homogéneo, algunos países han desarrollado más capacidades que otros. Al respecto, el análisis de algunos indicadores de Brasil, Colombia, Chile, Perú y Ecuador permite evidenciar esa afirmación, entre los que se pueden mencionar: la disponibilidad de programas de formación doctoral, revistas científicas especializadas y redes académicas profesionales²⁵. De la misma forma el personal de enfermería encuestados en su mayoría tenía 6 años de experiencia, estos datos tienen relación con una investigación por Chipana²⁶ quienes encontraron que dentro del sector sanitario un elemento importante que influye en el desarrollo de cualquier actividad es la trayectoria profesional. La trayectoria profesional individual es valiosa, pero las instituciones de salud pueden obtener mejores resultados si desarrollan un enfoque dirigido a toda la organización, esto generaría beneficios internos en el nivel de la productividad, clima institucional y mejora continua en las actividades de atención y cuidado.

En cuanto a las dimensiones del instrumento de Inteligencia Emocional de Wong Law (WLEIS), estos resultados demuestran coincidencia con el trabajo de Villalobos²⁷, en cual mencionó que dentro del rol de enfermería es fundamental que exista la valoración y demostración de las emociones mientras se desarrollan las actividades adheridas al cargo en el que se esté desempeñando el enfermero (a); en este contexto se encuentra la capacidad de reflexión acerca de las emociones que experimenta el profesional en función de los sentimientos personales, asimismo en el perfil profesional del enfermero (a) de prevalecer en nivel alto la habilidad de comprensión de emociones a nivel externo e interno.

Otros datos guardan relación con los hechos demostrados por otros estadios donde se detalló que las relaciones interpersonales en un área de trabajo pueden ayudar a mejorar el desempeño



de todos los miembros del equipo, para ello es importante que exista en el perfil del profesional de enfermería la aptitud de valoración y reconocimiento de las emociones en otros; cuando se toma en cuenta las situaciones personales, afectivas o emocionales que pueda estar atravesando algún colega dentro de la institución de salud esto aporta para que exista el compañerismo, comunicación asertiva, empatía, entre otros, los cuales ayuda al clima laboral²⁸. De la misma forma es ventajoso al desarrollar las actividades de atención y cuidado a los pacientes porque el enfermero (a) podrá reconocer la situación emocional en la que se encuentra el paciente, para así presentarle palabras o acciones de motivación, lo cual, es parte del proceso de recuperación.

De acuerdo con las dimensiones del instrumento Inventario de Habilidad de Cuidado de Ngozi Nkongho presentado los resultados tienen relación con estudios que manifiestan es importante que el personal del área de enfermería logren desempeñar habilidad que construyan relaciones sólidas con las demás personas²⁹, de igual manera puedan demostrar esa generosidad en actos solidarios en los que puedan aportar con algún tipo de ayuda; a su vez, la autovaloración permite al enfermero (a) asegurar el éxito profesional, promueve el crecimiento personal y se vuelve eficiente para resolver problemas³⁰. En cuanto a la atención de cuidado a otro, es el principal objetivo que todos los profesionales de enfermería deberán alcanzar en el cumplimiento de sus actividades.

En otros resultados se sustentan otros estudios que determinó que la motivación y compañerismo son piezas de mucha precedencia en el trabajo del profesional³¹ en el área de enfermería porque son factores que influyen en el ambiente laboral en una institución de salud; a su vez encontró que el personal tenía nivel alto en la capacidad de aprender nuevas ideas dentro de las funciones del área de enfermería. También, la asimilación de las conductas y habilidades de otras personas, sean estas, parte del personal médico o pacientes, fomenta el desarrollo de las competencias específicas de los profesionales de enfermería.

Se encontró, una relación fuerte, positiva y significativa entre la inteligencia emocional y la capacidad de cuidado en los profesionales de enfermería; en base a lo expuesto, se observa que la inteligencia emocional permite que los profesionales de enfermería logren cumplir sus actividades de atención y cuidado de los pacientes con mejores habilidades; desarrollar un nivel alto de IE como enfermeros (as) permite combatir los niveles de estrés, ansiedad y patologías depresivas; y fortalece el autoestima, productividad y satisfacción personal de cada



colaborador. Estos resultados guardan similitud con el trabajo de Villalobos²⁶, quien constató un nivel de relación con $r=0,789^{**}$ entre las variables inteligencia emocional y capacidad de cuidado con un nivel de significancia $<0,05$.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se evidencia la necesidad que las diferentes unidades de salud diseñen programas de actividades integrales que fomenten la valoración y reconocimiento de las emociones a nivel interno y externo para que las relaciones interpersonales puedan desarrollarse, así se estaría contribuyendo para que la capacidad de atención por parte del personal de salud de todas las áreas sea de calidad. Puesto que, a medida que la inteligencia emocional se desarrolle el nivel de capacidad de cuidado en los profesionales de enfermería mejorará durante los procesos de atención a los pacientes.

CONCLUSIÓN

En base al primer objetivo específico, se describieron las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil; encontrándose que la mayoría del personal eran mujeres, el grupo etario con mayor frecuencia fue el rango en 31-43 años prevaleciendo el estado civil casado. También, se descubrió que el personal de enfermería esta domiciliado en zona urbana de la ciudad, en la instrucción académica la mayoría tiene tercer nivel con un estatus social medio. Además, se describió que la mayoría tiene más de 3 años de experiencias en el área de enfermería.

En base al segundo objetivo específico, se caracterizó el nivel de inteligencia emocional de los profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil teniendo en cuenta las dimensiones: Valoración y expresión de las emociones propias, la cual, demostró un nivel alto respecto Consciencia emocional, Sentimientos personales, Compresión de Emociones y Control de Emociones. Asimismo, en la dimensión Valoración y reconocimiento de las emociones en otros se detalló un nivel alto en función a al reconocimiento de las emociones en los demás, observación de los sentimientos ajenos, sensibilización por los demás y las emociones que se desarrollan en el entorno. También, en la dimensión uso de la emoción para facilitar el desempeño se encontró un nivel alto por cuanto los profesionales de enfermería consideraron que la fijación de metas, logros, motivación interna y externa la aplican mientras laboran. Finalmente, la dimensión que aborda la regulación de las propias emociones demostró



que los enfermeros (as) manifiestan que es importante efectuar su atención a los diferentes usuarios con la capacidad para resolución de conflictos, autocontrol, manejo de emociones y gestionar emociones ajenas.

En base al tercer objetivo específico, se identificó que la capacidad de cuidado humanista en los profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil es alta porque la dimensiones demostraron que los enfermeros (as) administran aspectos básicos en el conocimiento de relacionarse con otras personas, cuidar a otros, ser solidario con otros y autovalorarse. De la misma forma, se observa en la dimensión valor en donde el personal considera clave las experiencias personales, Transparencia personal, Comunicación asertiva, Responsabilidad y paciencia en el proceso de atención al paciente. Finalmente, la dimensión paciencia demostró un similar comportamiento porque afirman que es conveniente que el rol de enfermería sea efectúe con motivación, compañerismo, respetando las actitudes y aptitudes de otros; y disponerse en aprender nuevas ideas en el ámbito personal-profesional.

Finalmente, en el objetivo general se evidenció que existe una relación fuerte, positiva y significativa entre la inteligencia emocional y la capacidad de cuidado humanista en profesionales de enfermería que laboran en las comunidades de Guayaquil. Es decir, la inteligencia emocional es un recurso trascendental para que el proceso de cuidado humanista gestionado por el personal del área de enfermería tenga condiciones favorables, de esta forma, se fortalezcan la relación entre paciente-enfermero (a) y con los demás profesionales de la salud.

Limitaciones del estudio

Las barreras se relacionan con la disponibilidad de tiempo de los profesionales de enfermería, otra limitación está relacionada con la limitación de estudios sobre la inteligencia emocional en enfermería.

Contribuciones a los campos de las disciplinas sociosanitarias, salud y educación.

Esta investigación surge de relevancia dentro del contexto disciplinar de enfermería, puesto que al estudiar el área emocional se podrá identificar los factores negativos que están ocasionando problemas psicoemocionales que perjudican la calidad de atención a los pacientes; este tema favorecerá a las comunidades de Guayaquil puesto que abordar en el contexto de



inteligencia emocional es clave para garantizar cuidados de calidad en los diferentes niveles de salud, porque si un enfermero tiene un excelente nivel de salud emocional podrá brindar un cuidado eficaz para la recuperación favorable del individuo.

REFERENCIAS

1. Aragón SS. Seguridad del paciente y bioética en el acto del cuidado. *Ética de los Cuidados*. Vol. 9, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, España. Fundación Index; 2016 . p. 2. Disponible en: <https://acortar.link/LICA9C>
2. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. Vol. 30, *Enfermería Intensiva*. Elsevier Doyma; 2019. p. 78–91. DOI: 10.1016/j.enfie.2018.02.001
3. Amaritakomol A, Kanjanavanit R, Suwankruhasn N, Topai boon P, Leemasawat K, Chanchai R, et al. Enhancing knowledge and self-care behavior of heart failure patients by interactive educational board game. *Games Health J*. 2019 Jun 1;8(3):177–86. DOI: 10.1089/g4h.2018.0043
4. Yu CC, Liu ZQ, Zhao M, Liu Y, Zhang Y, Lin A, et al. The Mediating Role of Emotion Management, Self-Efficacy and Emotional Intelligence in Clinical Nurses Related to Negative Psychology and Burnout. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:3333–45. Disponible en <https://bit.ly/46YY6Fz>
5. OPS/OMS. Fortalecimiento de las capacidades de las enfermeras y los enfermeros de América Latina y el Caribe a través de la formación doctoral | Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS). 2021. Disponible en <https://acortar.link/GTdBO8>
6. Organización Panamericana de Salud (OPS). Enfermería - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Organ Panam la Salud. 2022 ; Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
7. Muñoz Zambrano CL, Rumie Díaz H, Torres Gómez G, Villarroel Julio K. Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc y Enferm*. 2015;21(1):45–53. Disponible en <https://acortar.link/F1q9kX>
8. Quiroz Figueroa MS, Segovia Piguabe MM, Salvador Cortez KR, Tomalá Orrala KL. Salud mental del personal de enfermería y sus repercusiones en el cuidado del paciente con Covid-19. *Dominio las Ciencias*, ISSN-e 2477-8818, Vol 8, N° 1, 2022 (Ejemplar Dedic a Enero-Marzo 2022). 2022 Jan 28;8(1):46. Disponible en <https://acortar.link/BCn1ca>
9. Cabrera R, Tapia MG, García HD, López OR. La salud mental y ansiedad en los espacios de trabajo. Estrategias de mitigación. *Dominio las ciencias*. 2022 Jul 8;8(3):621–39. Disponible en <https://acortar.link/XIJ8KG>
10. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Aradilla-Herrero A. Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2011;21(3):129–35. Disponible en <https://acortar.link/SUWWhN>
11. Aupia A, Lee TT, Liu CY, Wu SFV, Mills ME. Caring behavior perceived by nurses, patients and nursing students in Indonesia. *J Prof Nurs*. 2018 Jul 1;34(4):314–9. DOI: 10.1016/j.profnurs.2017.11.013
12. Dong F, Huang W, Chu C, Lv L, Zhang M. Influence of workplace stress and social support on humanistic caring ability in Chinese nurses. *Nurs open*. 2023;10(6). Disponible en <https://bit.ly/3R6y5xZ>



13. Remache Agualongo LM, Guerra Naranjo CP, Agualongo Chela DS, Días Ledesma SK. Inteligencia emocional y los nuevos retos del personal de enfermería. *Tesla Rev Científica*. 2023;3(1):e190. Disponible en <https://bit.ly/3uGazQR>
14. Hernández R. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta [Internet]. Vol. I, McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V. MÉXICO: Me Graw Hill; 2018. 753 p. Disponible en <https://bit.ly/3T7TcCE>
15. Merino Soto C, Lunahuaná-Rosales M, Pradhan RK. Validación estructural del Wong-Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS): estudio preliminar en adultos. *Lib Rev Peru Psicol* [Internet]. 2016;22(1):103–10. Disponible en <https://bit.ly/3T8ztCM>
16. Cunha M, Duarte J, Cardoso A, Ramos A, Quintais D, Monteiro R, et al. Caregiver skills inventory: factorial structure in a sample of portuguese participants. *Millenium - J Educ Technol Heal*. 2018 May 30;2(6):41–55. Disponible en <https://bit.ly/47TKP1W>
17. De H, En C, De Enfermería E, Bustos Azócar S, Rivera Fuentes N, Pérez Villalobos C. Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad tradicional de Chile. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2016;22(2):117–27. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532016000200009&lng=es&nrm=iso&tIng=es García Moreno V,
18. Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DÁ, Reyero Ortega B, Ruiznavarro Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven?: imagen de la enfermería percibida por profesionales y usuarios. *Ene*. 2015;9(3):0–0. Disponible en <https://bit.ly/416ohbQ>
19. Fortes Ponce FJ. La actitud de la Enfermera Comunitaria de Enlace hacia la eutanasia y el suicidio asistido. *Ética los Cuid Humaniz en salud*. 2021;15(2008):1–5. Disponible en <https://bit.ly/47WA3Zb>
20. Ruiz Aquino M, Ortiz Aguí ML, Espinoza Torres W, Garay Cabrera GR, Palacios Flores EE. Educación continua y fortalecimiento del desempeño del rol comunitario de enfermeros serumistas. *Socialium*. 2020 ;4(2):29–46. Disponible en <https://bit.ly/47E1IO8>
21. Patterson MG, Medina RI, Cuesta YP. Community health nursing knowledge about nursing care in the alzheimer diseases. *Horiz Enferm*. 2021;32(2):108–17. Disponible en <https://acortar.link/RPblZA>
22. Jiménez Gutiérrez M, Revisión, Jiménez-Gutiérrez M, De Los M, Torres-Lagunas Á, Arenas-Montañó G, et al. Los hombres en la enfermería: Una revisión de la literatura. *Rev Mex Enfermería Cardiol*. 2019;27(1):18–30. Disponible en <https://acortar.link/PNwupm>
23. FRANCO COFFRE JA. Percepción social de la profesión de enfermería. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2019;38(38):272–81. Disponible en <https://acortar.link/DRroTO>
24. Yáñez ÁC, Toapanta M, Valle M, Velecela L, Jimbo D. Perspectives for nursing vocational training in ecuador in the framework of the SARS-CoV2 pandemic. *Horiz Enferm*. 2021;32(2):129–39. Disponible en <https://bit.ly/47YoobJ>
25. Macías MLC, Vera EMP. La formación doctoral e investigación científica en el área de la enfermería en Ecuador. *Rev EUGENIO ESPEJO*. 2022;16(1):90–7. Disponible en <https://acortar.link/0AUKzS>
26. Chipana Collahua D, Mariluz C. Inteligencia emocional en profesionales de enfermería del primer nivel de atención del distrito de Rímac, 2020. 2022; Disponible en <https://acortar.link/QXKUur>
27. Optar P, Título EL, De P, Bocanegra V, Asesora JS, Rivera Castañeda M, et al. Inteligencia emocional y calidad de cuidado enfermero brindado a los pacientes del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2018. *Repos Inst - USS* . 2019; Disponible



- en <https://bit.ly/3t5IguL>
28. Hernández W. Relaciones Interpersonales entre enfermeros para su Bienestar. Rev Iberoam Educ e Investig en Enferm. 2019 ;9(4):1–12. Disponible en <https://bit.ly/4162CAq>
 29. Escobar-Castellanos B, Jara Concha P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación. 2019;28(54):182–202. Disponible en <https://acortar.link/9JYZtS>
 30. Müggenburg C, Olvera S, Riveros A, Hernández-Guillén C, Aldana A. Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento. Enfermería Univ. 2015;12(1):12–8. Disponible en <https://acortar.link/5HCyo0>
 31. González Verdecia Y, Zequeira Resco M, Sánchez Rodríguez I. Motivación y hábitos de estudios. Su influencia en el cuidado. Ciba. 2021.



ARTÍCULO ORIGINAL

Enfermedades crónicas no transmisibles: Factores de riesgo en
estudiantes universitarios. Salta - ArgentinaNon-communicable chronic diseases: risk factors in university students of
Salta- Argentina*Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco em estudantes universitários - Salta
Argentina*Silva Rocio Echalar^I
Maria del Carmen Herrera^{II}
Solange Johanna Rios^{III}
Sergio Leonardo Fonteñez^{IV}

RESUMEN

Introducción: Los estudiantes universitarios se encuentran expuestos a determinantes que predisponen al riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). **Objetivo:** Identificar factores de riesgo de ECNT en estudiantes de Nutrición y Enfermería. Universidad Nacional de Salta, año 2022. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. Variables: sociodemográficas, hábitos alimentarios, actividad física, perfil lipídico y presión arterial. Muestra 100 estudiantes. Se utilizó el programa InfoStat (2012). **Resultados:** El 86% correspondió al sexo femenino. En relación a hábitos alimentarios el 74% omite una o más comidas, principal razón falta de tiempo 64%. El 25% presentó sobrepeso, inactividad física 60%, consumo de alcohol 53%, hábito de fumar 13%, LDL límite alto 45%, TG levemente elevados 16% e HTA Nivel 1, 11%. **Conclusión:** Analizar este grupo permitió identificar de forma temprana factores de riesgos para ECNT, destacándose entre los modificables, la inactividad física y metabólicos el colesterol LDL límite alto.

Palabras clave: Argentina; Enfermedades No Transmisibles; Estudiantes; Factores de riesgo cardiometabólicos; Universidades.



Para citar este documento

Echalar SR, Herrera MC, Rios SJ, Fonteñez SL Enfermedades crónicas no transmisibles: Factores de riesgo en estudiantes universitarios. Salta - Argentina. Rev. Unidad Sanit. XXI. 2024; 4(13): 26- 40 Disponible en: <http://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>

Fecha de envío: 03/10/2023

Fecha de aceptación: 30/03/2024

Fecha de publicación: 31/04/2024

^I Licenciada en nutrición. Universidad Nacional de Salta. Salta Capital. Argentina. Email: sr_echalar@yahoo.com.ar ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6503-0265>

^{II} Licenciada en enfermería. Universidad Nacional de Salta. Salta Capital. Argentina. Email: 13mdche@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0175-9065>

^{III} Licenciada en enfermería. Universidad Nacional de Salta. Salta Capital. Argentina. Email: solangejohannariosdediaz@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4277-4795>

^{IV} Ingeniero en recursos naturales. Universidad Nacional de Salta. Salta Capital. Argentina. Email: slfsergioslf@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9819-037>



ABSTRACT

Introduction: University students are exposed to determinants that predispose them to the risk of suffering from chronic non-communicable diseases (NCCD). **Objective:** Identify risk factors for NCD in Nutrition and Nursing students. National University of Salta, year 2022. **Methodology:** Descriptive, observational and transversal study. **Variables:** sociodemographic, eating habits, physical activity, lipid profile and blood pressure. **Sample** 100 students. The InfoStat program (2012) was used. **Results:** 86% were female. In relation to eating habits, 74% skip one or more meals, the main reason being lack of time 64%. 25% were overweight, 60% physically inactive, 53% alcohol consumption, 13% smoking, 45% borderline high LDL, 16% slightly elevated TG and 11% HBP Level 1. **Conclusion:** Analyzing this group allowed early identification of risk factors for NCD, with borderline high LDL cholesterol standing out among the modifiable ones, including physical inactivity and metabolic factors.

Keywords: Argentina; Non-communicable diseases; Students; Cardiometabolic risk factors; Universities.

RESUMO

Introdução: Os estudantes universitários estão expostos a determinantes que os predis põem ao risco de sofrer de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Objetivo:** Identificar fatores de risco para DCNT em estudantes de Nutrição e Enfermagem. Universidade Nacional de Salta, ano 2022. **Metodologia:** Estudo descritivo, observacional e transversal. **Variáveis:** sociodemográficas, hábitos alimentares, atividade física, perfil lipídico e pressão arterial. **Amostra** de 100 alunos. Foi utilizado o programa InfoStat (2012). **Resultados:** 86% eram do sexo feminino. Em relação aos hábitos alimentares, 74% saltam uma ou mais refeições, sendo o principal motivo a falta de tempo 64%. 25% tinham excesso de peso, 60% eram fisicamente inativos, 53% consumiam álcool, 13% fumavam, 45% LDL limítrofe alto, 16% TG ligeiramente elevado e 11% hipertensão arterial nível 1. **Conclusão:** A análise desse grupo permitiu a identificação precoce de fatores de risco para DCNT, destacando-se o LDL limítrofe elevado entre os modificáveis, incluindo inatividade física e fatores metabólicos.



Palabras-chave: Argentina; Doenças não comunicáveis; Alunos; Fatores de risco cardiometabólicos; Universidades.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), como obesidad, diabetes mellitus (DBT), hipertensión arterial (HTA), dislipemias (DLP) síndrome metabólico (SM), enfermedades cardio y cerebrovasculares, entre otras, son una epidemia global y constituyen la principal amenaza para la salud humana¹. En países de ingresos bajos y medios se registran más del 75% de las muertes por estas enfermedades (32 millones de personas), siendo la principal causa de muerte prematura y de discapacidad. En Argentina de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Octubre de 2019 indican que estas enfermedades son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad, acompañando la tendencia mundial².

Las ECNT comparten los mismos factores de riesgo (FR): hábito de fumar, alimentación inadecuada, inactividad física y consumo de alcohol; estos responden a comportamientos personales y sociales principalmente adquiridos en la infancia y en la adolescencia e influenciados por los entornos y por la alta disponibilidad y promoción de productos nocivos para la salud². Estas enfermedades son prevenibles en gran medida. Se estima que, en caso de eliminar los principales factores de riesgo de las ECNT, un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2 podrían evitarse³.

Además, cada día es más frecuente encontrar a edades tempranas la prevalencia de FR de ECNT asociadas a los hábitos y estilos de vida. En relación con lo anterior, el inicio de la vida universitaria envuelve grandes desafíos para los estudiantes: manejo de los tiempos, nuevas responsabilidades, independizarse de la familia en algunos casos y el compartir con nuevos grupos de personas. Estos pueden alterar los estilos de vida de los estudiantes y favorecer, así, el desarrollo de FR. Diferentes estudios han demostrado, por ejemplo, que, durante su estancia universitaria, los estudiantes ganan peso, disminuyen sus niveles de actividad física o presentan alteraciones en sus dietas⁴⁻⁸.

La detección de FR en una población de estudiantes universitarios adquiere especial relevancia, porque permitiría identificar su vulnerabilidad e implementar acciones encaminadas a la



prevención⁹. Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta que no se dispone de información actualizada, el objetivo del estudio fue identificar y evaluar los FR comportamentales modificables y metabólicos de las ECNT en estudiantes universitarios de la carrera de Nutrición y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina.

Según la OMS¹⁰ las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), pueden definirse como una serie de dolencias o padecimientos que se caracterizan principalmente por ser de lenta evolución, entre ellas y las de mayor importancia se encuentran las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares), enfermedades renales, respiratorias crónicas (obstructivas, asma), cáncer y diabetes. Actualmente la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial han venido en aumento, siendo reconocidas como graves problemas de salud pública, ya que impactan en los costos sanitarios, y en la capacidad productiva, morbilidad y mortalidad de las personas.

Los estudiantes universitarios se encuentran expuestos a una serie de factores de riesgo que los predisponen a adoptar conductas que pueden ser nocivas para su salud y aumentar el riesgo de padecer estas enfermedades. Autores como Concha et. al¹¹ menciona como factores de riesgo la presencia de sedentarismo e inactividad física, así también Rodríguez et al¹² considera el consumo de tabaco, alcohol, niveles de estrés elevados.

En cuanto a la información de los factores de riesgo para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, siendo la primera investigación, en esta población, se encontró factores de riesgo modificables como: *alimentación* inadecuada omisión de 1 o más comidas; *consumo de alcohol*, preferentemente cerveza; *consumo de cigarrillos* destacándose entre ellos la *actividad física* y no modificables *colesterol LDL* limítrofe alto.

Esta investigación tiene como objetivo identificar y evaluar los FR comportamentales modificables y metabólicos de las ECNT en estudiantes universitarios de la carrera de Nutrición y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina.



MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal se realizó en estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina, año 2021.

La población estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina. La muestra quedó constituida por 100 estudiantes de ambos sexos, 50% pertenecientes a nutrición y 50% a enfermería. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional con participación voluntaria.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, alumno regular, aceptación mediante consentimiento informado, ayuno de 12 horas al momento de la extracción de la muestra sanguínea y no padecimiento de alguna ECNT y/ o patología que pudiera interferir en su estado nutricional, composición corporal o perfil lipídico, como así también algún impedimento físico al momento de las mediciones antropométricas que pudieran entorpecer la toma de estas.

Las técnicas utilizadas para recolección de datos fueron: encuesta en línea con 48 preguntas, las mismas fueron abiertas y cerradas; mediciones antropométricas. La prueba piloto se realizó en un grupo de estudiantes de similares características.

El instrumento para la encuesta fue un cuestionario, el mismo se organizó en los siguientes apartados:

- Antecedentes familiares de FR y ECNT:
- Hábitos alimentarios: Se investigó sobre: comidas que realiza, omisión de comidas, Grupos de alimentos de mayor consumo. Conformando 3 preguntas.
- Realización de Actividad Física (AF): Se evaluó según las recomendaciones de AF de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³ para la población de 18 a 64 años, que establece al menos 150 minutos semanales de AF moderada, o 75 minutos semanales de AF intensa, o una combinación de ambos.
- Consumo de alcohol: Se indagó presencia de consumo, frecuencia de consumo mensual, edad de inicio, tipo de bebida. Se consideró “consumidor” a quienes ingerían bebidas alcohólicas al menos 2 veces a la semana, cualquiera fuese la cantidad¹⁴⁻¹⁵.
- Hábito de fumar: Se consideró “fumador” a aquellos estudiantes que al momento del estudio fumaban o hubiesen fumado al menos un cigarrillo por día, edad de inicio en el hábito de fumar, hábito de fumar al ingresar a la Facultad¹⁴⁻¹⁵.



Para las mediciones antropométricas se utilizó como instrumento una hoja coteja. Donde se registró el peso y la talla, los estudiantes debían estar con ropas livianas, sin calzado y sin objetos en la cabeza. Se utilizó una balanza marca CAM con estadiómetro incluido, calibrada previamente. Las mediciones fueron realizadas por profesionales nutricionistas. Con estas mediciones se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y se clasificaron en: Bajo Peso (<18,50 kg/m²); Peso normal (18,50–24,99 kg/m²); Sobrepeso (25,00–29,99 kg/m²), Obesidad grado I (30,00–34,99 kg/m²), Obesidad grado II (35,00–39,99 kg/m²), Obesidad grado III (≥40,00 kg/m²)⁹.

Para el perfil lipídico y glucémico, se extrajeron muestras de sangre, mediante venopunción con aguja 21G, operadores técnicos en laboratorio y Lic. en enfermería, luego las muestras fueron analizadas por profesionales bioquímicos habilitados. El instrumento utilizado una planilla de registro. Para la determinación del perfil lipídico y glucosa, se determinó: triglicéridos (TG), colesterol total (Col-Total), LDL-colesterol (LDL-col), HDL-colesterol (HDL-col) y glucosa (GL). Éstos se categorizaron de acuerdo con la tabla 1.¹⁵⁻¹⁶

Tabla 1. *Categorización del perfil lipídico y glucosa.*

Variables	Indicador	Valores de referencia
Col-Total	Deseable	<200 mg/Dl
	Limítrofe alto	200–239 mg/dL
	Alto	>240 mg/dL
HDL-col	Bajo	<40mg/dL
	Alto	>60 mg/dL
	Muy altos	>190 mg/dL
TG	Deseable	<150 mg/dL
	Levemente elevados	150–199 mg/Dl
	Elevados	200–499 mg/Dl
	Muy elevados	>500mg/Dl
GL	Normal	<100mg/dL
	Alterada	100–125mg/Dl
	Diabetes	≥126mg/Dl

Fuente: *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (ATP III) y la American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)*

Para la Toma de Presión Arterial (PA) se utilizó como instrumento un tensiómetro arterial digital Citizen Ch456, aprobado por la Asociación de Cardiología de Argentina. Los operadores fueron Licenciados. en Enfermería, instrumento hoja cotejo. Se tuvo en cuenta los siguientes valores de presión diastólica (PD) y sistólica (PS) para cada una de las categorías Tabla 2.¹⁷



Tabla 2. *Consenso Argentino de Hipertensión Arterial*

Variables	Niveles	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Presión Arterial	Normal	<130	<85
	Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensión	HTA nivel 1	140-159	90-99
	HTA nivel 2	160-179	100-109
	HTA nivel 3	>180	>110
	HTA sistólica	>140	<90
	aislada		

Fuente: *Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Sociedad Argentina De Cardiología Federación Argentina De Cardiología Sociedad Argentina De Hipertensión Arterial.*

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud, según resolución N° CD 695/19. Los participantes de la muestra firmaron previamente un consentimiento informado.

Se utilizó estadística descriptiva univariante: media y desviación estándar para las variables continuas, frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Para una mejor descripción de los resultados se consideró analizar el comportamiento de independencia de las variables continuas (edad, peso, talla, IMC, PAS, PAD, Glucemia, Triglicéridos, Colesterol Total, LDL, HDL) de acuerdo con el sexo, utilizando la prueba “t” de Student para muestras independientes. Al comparar los valores obtenidos, se toma como hipótesis nula que no hay diferencia significativa entre las dos medias, y la hipótesis alternativa que hay diferencia significativa. Todos los datos fueron procesados en el programa InfoStat versión 2012.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 100 estudiantes, correspondiendo el 50% a la carreras de Licenciatura en Nutrición y 50% a Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de los distintos años de cursado, correspondiendo el 41% al 2° año, promedio de edad: 26.16 ± 6.92 , rango de edad: 18 a 45 años. El 86% correspondió al sexo femenino.



Tabla 3. Variables continuas según sexo

Parámetro	Femenino (n=86) Media ± DE	Masculino (n=14) Media ± DE	Valor p*
Edad (años)	26.55 ± 7.12	23.79 ± 5.04	0.1672
Peso (Kg)	62.28 ± 1.98	62.79 ± 11.52	0.8831
Talla (m)	1.61 ± 0.08	1.58 ± 0.05	0.2493
IMC (kg/m ²)	24.06 ± 3.88	25.14 ± 4.58	0.3481
PAS (mmHg)	118.29 ± 13.78	112.79 ± 16.24	0.1796
PAD (mmHg)	72.81 ± 8.77	72.29 ± 10.87	0.8404
Glucemia (mg/dL)	73.2 ± 1612	68.21 ± 11.27	0.2693
Triglicéridos (mg/dL)	109.36 ± 43.95	122.36 ± 66.87	0.4929
Colesterol Total (mg/dL)	158 ± 49.14	136.57 ± 26.26	0.0174
LDL (mg/dL)	106.26 ± 43.83	89.57 ± 27.89	0.1718
HDL (mg/dL)	31.01 ± 15.25	23.21 ± 15.92	0.1164

***T de Student p<0,05** este valor rechaza la hipótesis nula, no hay diferencia significativa entre las dos medias.

Antecedentes familiares de factores de riesgo de ECNT

El 81% de los estudiantes tiene antecedentes familiares de ECNT. El 46% manifestó que existen antecedentes de factores de riesgo en su familia, siendo el más frecuente en el padre: 36% malos hábitos y la madre: 34% sobrepeso. El 46% manifestó tener un familiar fallecido por ECNT.

Antecedentes de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la familia

El 94% respondió que en la familia existen antecedentes de ECNT. El 55% identificó como principales patologías Diabetes y 47% Hipertensión Arterial.

Factores de riesgo comportamentales

Hábitos alimentarios

El 74% de los alumnos omite una o más comidas. El 56% no realizó colaciones, 28% evitó cenar, 25% no desayuna y 14% no meriende. La causa principal manifestada fue la falta de tiempo 64 %.



En lo que se refiere al consumo por grupo de alimentos semanal: El 82% consume carnes y huevos; 76% consume verduras y frutas; 76% legumbres, cereales papa, pan y pasta; 57% leche, yogur y queso enteros; 41% dulces; grasas; y aceites; frutos secos y semillas 28%.

Actividad Física

El 60% no realiza actividad física, de estos el 85% corresponde a las mujeres, (Tabla 4). Del 40% que, si realiza, solo el 30% cumple con las recomendaciones de AF de la OMS.

Tabla 4. Factores de riesgo ECNT según sexo

Factores de Riesgo	N 86	Femenino	N 14	Masculino	Total
Sobrepeso	22	88,0%	3	12,0%	100%
Obesidad grado I	7	87,5%	1	12,5%	100%
Obesidad grado II	0	0,0%	1	100,0%	100%
Col-total limítrofe alto	7	87,5%	1	12,5%	100%
Col-total alto	4	100,0%	0	0,0%	100%
HDL-col bajo	4	25,0%	12	75,0%	100%
LDL-col limítrofe alto	40	88,8%	5	11,2%	100%
LDL-col alto	2	100,0%	0	0,0%	100%
LDL-col muy alto	5	100,0%	0	0,0%	100%
TG levemente elevados	15	93,7%	1	6,3%	100%
TG elevados	4	66,7%	2	33,3%	100%
Glucemia Alterada	2	100,0%	0	0	100%
Diabetes	3	100,0%	0	0	100%
PAS HTA nivel 1	10	90,9%	1	9,1%	100%
PAS Limítrofe	6	85,7%	1	14,3%	100%
PAD HTA Nivel 1	4	100%	0	0	100%
PAD Limítrofe	5	71,4%	2	28,6%	100%
Hábito de fumar	11	84,6%	2	15,4%	100%
Inactividad física	51	85,0%	9	15,0%	100%
Consumo de alcohol	43	81,1%	10	8,9%	100%



Consumo de alcohol

En los últimos 6 meses el 53% consumió al menos una vez una bebida con alcohol, de los cuales 75% refirió tener una frecuencia de consumo de 1 a 2 veces por mes. La edad de inicio fue a los 17 años (19.5%). El 31% consume cerveza.

Hábito de fumar

El 13% se consideró fumador, consumiendo al menos 1 cigarrillo al día. De estos 84.6% corresponde a las mujeres (Tabla 4). El promedio de edad de inicio fue a los 16.8 años. El 24.4% aumentó el consumo de cigarrillos al ingresar a la Facultad.

Estado nutricional

El 60% presentó normopeso, 25% sobrepeso, 8% obesidad grado I, 1% obesidad grado II. Con respecto al sobrepeso el 88% fueron mujeres (Tabla 2).

Al estudiar el IMC, peso y talla no existió diferencia estadísticamente significativa según sexo (Tabla 3).

Factores de riesgo metabólicos

Perfil lipídico y Glucemia

Se observó colesterol limítrofe alto en 8% de los estudiantes y alto 4%. En ambos casos los porcentajes mayores corresponden a mujeres (Tabla 4).

Para el colesterol LDL se encontraron los siguientes valores: limítrofes alto 45%, alto 2%, muy alto 5%, predominando en el sexo femenino (Tabla 4).

Respecto al colesterol HDL se encontró valores inferiores al límite normal en 16%, de los cuales 75% correspondieron al sexo masculino (Tabla 4).

Los Triglicéridos se hallaron elevado 6%, levemente elevados 16%; observándose en este último, el mayor porcentaje en mujeres 93,7% (Tabla 4).

El 2% presentó glucemia alterada, y 3% valores que indicarían diabetes, ambos en el sexo femenino (Tabla 4).

Al analizar el perfil lipídico y glucemia según sexo, no existe diferencia estadísticamente significativa para Glucemia, HDL, LDL y Triglicéridos, entre ambos grupos; mientras que en el Colesterol Total se observó que en las mujeres éste índice es mayor (158 mg/dL) (Tabla 3).



Presión Arterial

Al analizar la PAS se encontraron valores de HTA Nivel 1 en 11% y limítrofe 7%. Por el otro lado, en la PAD se encontraron también valores de HTA Nivel 1 (4%), limítrofe 7%. No existió diferencia estadísticamente significativa según sexo (Tabla 1). En ambas mediciones y en las categorías presentadas, los porcentajes superiores fueron encontrados en mujeres (Tabla 4).

DISCUSIÓN

En cuanto al predominio del sexo femenino condice con el estudio de Casamada¹⁸ en la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay), quien encontró valores similares (82,4%) y por Villaquiran- Hurtado et al¹⁹, (61%) en estudiantes de Ciencias de la Salud y Ciencias Agrarias de una Universidad Pública del Cauca (Colombia).

Respecto a los antecedentes familiares de ECNT, se encontró 55% DBT y 47% HTA, porcentajes semejantes a los observados por Villaquiran-Hurtado et al¹⁹, 51% y 49,5% respectivamente. En Negro²⁰ en la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe (Argentina), 75,7% de los alumnos indicó tener algún antecedente familiar de ECNT, y en sus padres, se observó con mayor frecuencia DLP seguido de HTA.

En cuanto a las comidas el 74% de los alumnos omite una o más, siendo un valor mayor al encontrado por Villaquiran Hurtado et al¹⁹, 53,5%. En relación con el consumo de frutas y verduras (una vez a la semana), el mismo autor destacó que el 38,1% las consume, siendo un porcentaje menor a la investigación realizada. Por el contrario, Casamada¹⁸ observó un porcentaje (89.7%).

El porcentaje de estudiantes que no realiza actividad física fue 64% similar al obtenido por Ferrero et al²¹ Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Mientras que en Villaquiran-Hurtado et al¹⁹ encontró el 49%, siendo esta una cifra inferior. Por el contrario, Cabrera²² en la Universidad Sur Colombiana, evidenció que el 84% no realiza ejercicio físico.

Respecto al consumo de alcohol, el estudio refirió valores menores al encontrado por Cabrera²² 45,45%, de ese porcentaje el 56,66% respondió que consume solo los fines de semana. Por el contrario, se encontraron porcentajes superiores en Villaquiran Hurtado et al¹⁹ (73,8%), siendo la cerveza el tipo de bebida de preferencia 27% similar al investigado.



Al analizar el consumo de tabaco el porcentaje es bajo, al igual que Villaquiran Hurtado et al¹⁹ (17,3%), Casamada¹⁸ (10%), Cabrera²² (10%) y Ferrero et al²¹(4,47%) en el año 2020. Esto difiere del valor encontrado para la misma franja etaria poblacional en la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo², resultando mayor con una prevalencia del 24,36%.

En relación al estado nutricional este condice con Gambuzza et al²³, en la Universidad Nacional del Litoral Santa Fe, (Argentina), donde se encontró peso normal 77%, sobrepeso 15% y 5% obesidad. Al igual que en Villaquiran Hurtado et al¹⁹ 73,7% de normopeso, 13,1% de sobrepeso y 4% de obesidad.

En cuanto al colesterol, en Gambuzza²³ el 13% presenta hipercolesterolemia, siendo un porcentaje similar a los encontrados. Por el contrario, Cruz-Ojeda²⁴ identificó cifras superiores 44,3% en estudiantes universitarios de Lanvayeque, al igual que en el estudio de Negro²⁰ 21,1%.

En lo que concierne al Colesterol LDL se encontró patológico 32% en Cruz Ojeda²⁴ siendo inferior al investigado. Por otro lado, en Negro²⁰ se hallaron valores superiores 46,9%.

En lo que respecta al Colesterol HDL se encontraron valores inferiores como en Negro²⁰, en donde la mitad de los varones presentó HDL-col bajo. Por el contrario, en Santana de Macedo et al²⁵ en la Universidad Nacional de Bahía (Brasil) fueron valores superiores al investigado 33,68%.

En el estudio de Negro²⁰, observó un 7% de los estudiantes con TG aumentados, sin presentarse diferencias según sexo.

En referencia a los valores de GL se encontraron alterados en un bajo porcentaje en los estudios de Cruz Ojeda²⁴ 0%, Gambuzza²³ 0.7% y Negro²⁰ 5.4%.

En cuanto a los valores de PAS alterados estos son diferentes del estudio realizado por Gambuzza²³, donde destaca que la “PAS alterada” fue mayor en el grupo masculino con respecto al femenino. Cruz Ojeda²⁴ identificó también presiones patológicas en el grupo de varones (1,8%).

CONCLUSIÓN



Se concluye que los factores de riesgos de las ECNT presentes en estudiantes de Nutrición y Enfermería de la Universidad Nacional de Salta son modificables y metabólicos. Como factores de riesgos comportamentales modificables se identificaron el hábito alimentario porque omite una o más comidas, siendo la falta de tiempo la principal razón. Seguidos de sobrepeso, inactividad física, consumo de alcohol y hábito de fumar. Como factores de riesgo metabólicos, el LDL límite alto, TG Levemente elevados y HTA Nivel 1.

Se deben proponer líneas de acción en instituciones universitarias con el objeto de mejorar la calidad de vida de los estudiantes, siendo importante trabajar en la promoción de hábitos saludables, y en la detección precoz de FR.

REFERENCIAS

1. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4aEb4KS>
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. [Internet]. Gob. ar. [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4cIAVDf>
3. OMS. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) [Internet]. Gob.ar. [citado 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3vHp4ok>
4. Rangel Caballero L, Gamboa Delgado E, Murillo López A. Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática.[Internet]. Nutricionhospitalaria.org. [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3JbAJPv>
5. Badillo Meléndez RA, Rangel Caballero LG, Martínez Rueda R, Espinoza Gutiérrez R. Prevalencia de factores de riesgo metabólico en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. [Internet]. Rev Salud Pública (Bogotá);23(3):1–9. [citado el 22 de marzo de 2024] Disponible en: <https://bit.ly/49qMLir>
6. Condori-Huanca GL, Murillo-Quiroga N, Pinto-Barrios JO. Prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico en estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica Boliviana “San Pablo” Pucarani gestión 2019. [Internet]. Current Opinion Nursing & Research 2021;3(2):38–50. [citado el 22 de marzo de 2024].Disponible en: <https://bit.ly/3vSpx4>
7. Pineda C. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios[Internet]. Ebscohost.com. [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3vPbMGj>
8. Salinas L, Vargas J, Mendoza K, Puig A, Puig A. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome metabólico en universitarios Prevalence and risk factors of metabolic syndrome in university students [Internet]. Sld.cu. [citado el 22 de septiembre de 2024]. Disponible en:<https://bit.ly/3VNbVoi>
9. Organización Mundial de la salud. WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). Obesity : preventing and managing



- the global epidemic : report of a WHO consultation. World Health Organization.[citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/43QxGWf>
10. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. [citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/43OBVli>
 11. Concha-Cisternas Y, Guzmán-Muñoz E, Valdés-Badilla P, Lira-Cea C, Petermann F, Celis-Morales C. Factores de riesgo asociados a bajo nivel de actividad física y exceso de peso corporal en estudiantes universitarios. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018;146(8):840–9.[citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3xt7qp2>
 12. Rodríguez-Muñoz PM, Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA. Influence of tobacco, alcohol consumption, eating habits and physical activity in nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020;28.[citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3J8Zeg1>
 13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: Who.int. [citado el 23 de marzo 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3TQIuiy>
 14. World health report : 2002 [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2002 [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3xnxoKC>
 15. Erben M, Galán MG, Simoniello MF. Correlación entre hábitos higiénico-dietéticos y factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes argentinos. *Rev Esp Nutr Humana Diet* [Internet]. 2014 [citado el 25 de marzo de 2024];18(4):218–25. Disponible en: <https://bit.ly/43MtCq0>
 16. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet]. Paho.org. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4aqedOE>
 17. Sociedad Argentina de Cardiología.Consenso Argentino de Hipertensión Arterial [Internet]. Org.ar. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/49rkbxm>
 18. Casamada CG, González RO, Barrios MM, Quevedo CA, Bañuelos F. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles en estudiantes de odontología. *Revista Científica Odontológica* [Internet]. 2020 [citado el 25 de marzo de 2024];2(1). Disponible en: <https://bit.ly/4afn1Hb>
 19. Villaquiran Hurtado AF, Jácome Velasco SJ, Benavides Ortega E. Factores comportamentales para enfermedades no transmisibles en estudiantes Universitarios. *Rev cienc cuid* [Internet]. 2018 [citado el 25 de marzo de 2024];15(2):52–64. Disponible en: <https://bit.ly/3PRixhO>
 20. Negro E, Gerstner C, Depetris R, Barfuss A, González M, Williner MR. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en estudiantes universitarios de Santa Fe (Argentina). *Rev esp nutr humana diet* [Internet]. 2018 [citado el 25 de marzo de 2024];22(2):131–40. Disponible en:<https://bit.ly/49m4QhT>
 21. Ferrero L, Stein M. Hábitos de salud de estudiantes del 1er año de Profesorado y Licenciatura de Educación Inicial de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Nordeste, Chaco, Argentina. *Diaeta* [Internet]. 2020 [citado el 25 de marzo de 2024];38:170; 7. Disponible en: <https://bit.ly/4cO9yba>
 22. Cabrera E, Astaiza G, Charry S. Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en universitarios: validación de contenido de un cuestionario [Internet]. Edu.co. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3VTOie5>
 23. Gambuzza AG, Gottig AN, Negro E, Gesualdo SS. Estado nutricional y factores de riesgo cardiovascular en estudiantes ingresantes de la Universidad Nacional del Litoral



- en el período 2006-2019. FABICIB [Internet]. 2021;25. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/43Qkuk9>
24. Ojeda C, Elena R. Perfil lipídico, glicemia, presión arterial e índice de masa corporal como factores de riesgo coronario en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, Sede Piura – 2018. [Tesis de especialidad] Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2022.
 25. Macedo TT, Mussi FC, da Silva Pires CG, Teixeira JRB, Portela PP. Perfil alimentar, clínico e padrão de atividade física em ingressantes universitários de enfermagem. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado el 25 de marzo de 2024];35(1). Disponible en: <https://bit.ly/3TR7INQ>



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Salud sexual y reproductiva: Inclusión y enfoque diferencial en Niños, Niñas y Adolescentes indígenas.

Sexual and reproductive health: Inclusion and differential approach in indigenous children and Adolescents.

Saúde sexual e reprodutiva: Inclusão e abordagem diferenciada em crianças e adolescentes indígenas

Eduin Fabian Ramos-Bolaños^I
José Fred Quiroz-Ortega^{II}
Freddy Elías Perilla-Portilla^{III}

RESUMEN

Introducción: La Salud Sexual y Reproductiva en las comunidades indígenas de Colombia enfrenta desafíos socioculturales, económicos y políticos; estas poblaciones cuentan con sistemas de conocimientos propios y tradicionales, arraigados en prácticas y creencias ancestrales, que se han visto afectados por influencias culturales dominantes. **Objetivo:** Examinar de manera reflexiva la salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas de Colombia, abordando la perspectiva de la salud colectiva y la determinación social de la salud. **Desarrollo:** Se hace necesario abordar la salud sexual y reproductiva de manera integral, reconociendo su importancia para el bienestar general de la comunidad, destacando la necesidad de un enfoque diferencial que atienda las necesidades específicas de la población. **Conclusión:** Es necesario colaborar estrechamente con las comunidades indígenas, respetando sus conocimientos tradicionales y promoviendo su participación en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud, reconociendo y superando brechas entre los saberes ancestrales y los conocimientos occidentales.

Palabras clave: Determinación social de la salud; Salud sexual y reproductiva; Pueblos indígenas.

Para citar este documento



Ramos-Bolaños EF, Quiroz-Ortega JF, Perilla-Portilla FE. P Salud sexual y reproductiva: Inclusión y enfoque diferencial en Niños, Niñas y Adolescentes indígenas. Rev. Unidad Sanit. XXI. 2024; 4(13): 41- 53 Disponible en: <http://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>

Fecha de envío: 03/10/2024 **Fecha de aceptación:** 20/03/2024 **Fecha de publicación:** 31/03/2024

^I Estudiante de Enfermería. Universidad Antonio Nariño. Popayan, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-4533-373X>. Correo: eramos56@uan.edu.co

^{II} Maestrante en Salud Colectiva. Universidad Antonio Nariño. Popayan, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1741-6067>. Correo: jquiroz07@uan.edu.co

^{III} Maestrante en Salud Colectiva, Universidad Antonio Nariño. Popayan, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5582-7951> Correo: fperilla79@uan.edu.co



ABSTRACT

Introduction: Sexual and Reproductive Health in indigenous communities in Colombia faces sociocultural, economic and political challenges; these populations have their own and traditional knowledge systems, rooted in ancestral practices and beliefs, which have been affected by dominant cultural influences. **Objective:** To reflexively examine sexual and reproductive health in indigenous communities in Colombia, addressing the perspective of collective health and the social determination of health. **Development:** It is necessary to address sexual and reproductive health in a comprehensive manner, recognizing its importance for the general wellbeing of the community, highlighting the need for a differential approach that addresses the specific needs of the population. **Conclusion:** It is necessary to work closely with indigenous communities, respecting their traditional knowledge and promoting their participation in decision making related to their own health, recognizing and overcoming gaps between ancestral knowledge and western knowledge.

Keywords: Social determination of health; Sexual and reproductive health; Indigenous peoples.

RESUMO

Introdução: A saúde sexual e reprodutiva nas comunidades indígenas da Colômbia enfrenta desafios socioculturais, econômicos e políticos; estas populações têm os seus próprios sistemas de conhecimento tradicional, enraizados em práticas e crenças ancestrais, que têm sido afectados por influências culturais dominantes. **Objetivo:** Examinar reflexivamente a saúde sexual e reprodutiva nas comunidades indígenas da Colômbia, abordando a perspectiva da saúde colectiva e a determinação social da saúde. **Desenvolvimento:** É necessário abordar a saúde sexual e reprodutiva de uma forma abrangente, reconhecendo a sua importância para o bem-estar geral da comunidade, salientando a necessidade de uma abordagem diferenciada que responda às necessidades específicas da população. **Conclusão:** É necessário trabalhar em estreita colaboração com as comunidades indígenas, respeitando os seus conhecimentos tradicionais e promovendo a sua participação na tomada de decisões relacionadas com a sua própria saúde, reconhecendo e ultrapassando as lacunas entre os conhecimentos ancestrais e os conhecimentos ocidentais.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; Saúde sexual e reprodutiva; Povos indígenas.



INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”¹. La SSR en los pueblos indígenas se enfrentan a desafíos específicos en relación con categorías socioculturales, económicas y políticas. Estas poblaciones presentan sistemas de conocimientos tradicionales que abordan la salud sexual y reproductiva basándose en prácticas y creencias ancestrales, sin embargo, estos sistemas han sido afectados por la influencia de culturas dominantes y el acceso limitado a recursos y servicios de salud. Así mismo, la educación sexual se convierte en un aspecto crucial dado que la falta de información precisa y culturalmente apropiada sobre salud sexual y reproductiva puede llevar a prácticas de riesgo, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y otras complicaciones.

Acorde a esto, es fundamental reconocer que Colombia alberga una gran diversidad de pueblos indígenas con diferentes culturas, lenguas, tradiciones y cosmovisiones. Se estima que existen 102 pueblos indígenas que hablan 65 lenguas nativas, entre los grupos más numerosos se encuentran los Wayúu, Nasa, Embera, Zenú, Guambiano, Sikuani y Arhuaco. Esta población se encuentra distribuidas por todo el territorio colombiano, pero con mayor concentración en las regiones Caribe, Andina, Pacífica, Amazónica y Orinoquía. Según el DANE (2018), hay 1.905.617 personas que se auto reconocen como indígenas, lo que representa el 4,4% de la población total del país.²

En el mismo sentido, las comunidades indígenas tienen una fuerte relación con su territorio ancestral, el cual consideran fundamental para su identidad cultural y espiritual, pero a su vez, estos han sido históricamente marginados y excluidos de la sociedad colombiana. En la actualidad, las comunidades indígenas luchan por sus derechos territoriales, culturales y



políticos. El gobierno colombiano ha implementado diferentes políticas para mejorar las condiciones de vida de las comunidades indígenas, pero aún hay mucho por hacer.³

Por otra parte, Colombia ha formulado dos documentos de política en salud sexual y reproductiva (SSR), en línea con compromisos adquiridos en conferencias internacionales. La Política de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) 2003-2007 y la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) 2014-2021 tienen como objetivo mejorar la sexualidad y los derechos reproductivos, especialmente entre grupos vulnerables. Estas políticas priorizan aspectos como la maternidad segura y la prevención de ITS/VIH. Además, el documento CONPES SOCIAL 91 establece metas para garantizar el acceso equitativo a servicios de SSR y reducir la mortalidad materna y el embarazo adolescente. Sin embargo, es crucial adoptar un enfoque crítico y de salud colectiva para asegurar que estas políticas aborden adecuadamente las desigualdades estructurales y promuevan una salud sexual y reproductiva verdaderamente inclusiva para toda la población.^{4,5}

De igual forma, hay ciertas dinámicas que presentan debilidades en las políticas en salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas. Estas radican en la falta de un enfoque culturalmente sensible; barreras de acceso; deficiencias en la educación sexual; falta de participación comunitaria y la ausencia de un enfoque intersectorial. Lo anterior requiere que se aborden estas debilidades con un compromiso genuino basado en la inclusión, el respeto a los derechos culturales y la participación activa de las comunidades indígenas en la formulación e implementación de políticas públicas. Por lo cual, el objetivo de este escrito es fomentar un análisis crítico desde la dialéctica, sobre la salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas de Colombia, fundamentado en la salud colectiva y la determinación social de la salud.

DESARROLLO

La Política pública de Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en Colombia (2014-2024) direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), “que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y



vive la sexualidad”,⁵ a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos. Es importante mencionar que una forma de transgredir los derechos sexuales y reproductivos, según lo menciona Ministerio de Salud de Colombia “ocurren en grupos poblacionales que se encuentran inmersos en las condiciones de vulnerabilidad dadas para las personas con discapacidad, privadas de la libertad o en custodia; así como para los habitantes de calle, personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas, comunidades (LGBTI), víctimas del conflicto armado y desplazamiento”.⁵ Estos grupos por diversos factores encuentran limitación grave para el disfrute de la sexualidad o la reproducción de manera plena, satisfactoria, informada, libre y responsable; estas condiciones inducen el señalamiento sobre la necesidad permanente de aplicación del enfoque diferencial a la población indígena en Colombia, en todos los procesos de atención a la salud sexual y la salud reproductiva que permitan la consideración de sus necesidades específicas.

Según lo establecido por la ley 1611 de 2013 y la ley 1953 del 20 de febrero de 2019 acerca de SSR, el cual establece respectivamente que la juventud debe recibir atención especial desde “un enfoque diferencial según condiciones de vulnerabilidad, discriminación, orientación e identidad sexual, diversidad étnica, cultural, de género y territorial”⁶ y la segunda, busca establecer lineamientos para una política pública en materia de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de la salud reproductiva, lo que “incluye un componente investigativo, preventivo, educativo, de diagnóstico y tratamiento oportuno y del derecho a la adopción y de formar una familia”.⁶

El propósito de las políticas públicas en Colombia con enfoque en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) tienen como fin principal garantizar el acceso universal a la información, la educación, los servicios y los productos de SSR de calidad para todas las personas, sin importar su edad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, condición socioeconómica o ubicación geográfica.

Estos propósitos se basan en los siguientes principios:



El derecho a la salud: Todas las personas tienen derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

La igualdad: Todas las personas deben tener las mismas oportunidades de acceder a la SSR, independientemente de su condición social, económica o cultural.

La no discriminación: No se debe discriminar a nadie por motivos de sexo, género, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra condición al acceder a la SSR.

La participación: Las personas deben participar en la planificación, implementación y evaluación de las políticas públicas en materia de SSR.

Todo lo anterior buscando generar, promover y desarrollar medios que garanticen condiciones sociales, culturales, económicas y políticas que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, familias y comunidades.⁷ A su vez, posibilita que entidades gubernamentales y no gubernamentales, fortalezcan los procesos estratégicos de capacitación a la población en todo el territorio nacional;⁸ lo que permite cumplir el propósito de colectivizar la Educación Integral en Sexualidad (EIS) con enfoque diferencial en población indígena.

No obstante, aunque existan estrategias encaminadas a educar sobre la SSR, es notorio que no todas las poblaciones étnicas en Colombia, acceden a ellas, dado que no se respeta la tradición transcultural de cada una de estas. De esta manera, surge la necesidad de observar e identificar las particularidades de su cultura, costumbres, ritos, tradiciones y su cosmovisión; además de conocer las problemáticas sociales que aquejan una salud sexual y reproductiva en niños, niñas y adolescentes (NNA).

En concordancia, el Departamento Nacional de Estadística (DANE) en su boletín anual sobre el análisis de nacimientos en niñas y mujeres adolescentes en población indígena en Colombia, evidenció que un 5% (N: 5.482) de la población indígena con edades comprendidas entre 15 a 19 años quedan en estado de embarazo adolescente,⁹ dado por el desconocimiento de sus padres o cuidadores en correlación a la EIS, y su estado socioeconómico, además se puede mencionar que a nivel del departamento del Cauca se evidencio datos estadísticos de maternidad infantil durante el año 2023, que las edades más prevalentes se encuentran comprendidas entre 15 a 19 años (N:2.657 personas) correspondiente al 19,8%, Sin embargo, algunos datos estadísticos



en el mismo departamento destacan la maternidad en la niñez, edades entre 10 a 14 años (N: 135 personas), lo que representa tan solo el 1%.⁹

Del mismo modo, en el municipio de Inzá del departamento del Cauca, se ha podido identificar en los últimos datos estadísticos de maternidad infantil durante el año 2023, que las edades más prevalentes se encuentran comprendidas entre 15 a 19 años con el 26,8% (N:69 personas).¹⁰ Esto nos lleva a evidenciar que la problemática se puede relacionar con sus costumbres y cultura indígena, que perciben la SSR como un tabú el cual no ha sido explorado en su territorio, lo que genera inestabilidad entre el individuo, familia y comunidad; pues no se brinda la suficiente educación, creación e implementación de planes estratégicos por parte de sus resguardos indígenas, comunidad educativa, líderes comunitarios, ancestros (as) y núcleos familiares en relación con planificación familiar y uso de anticonceptivos de barrera, para la prevención de Infecciones por Trasmisión Sexual (ITS), viéndose limitados sus derechos sexuales y reproductivos.

En relación con la promoción de la salud sexual y reproductiva, enfocada en el indicador que evalúa el “porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están embarazadas”, es fundamental destacar que, en el contexto cultural de los pueblos indígenas, este tema no se percibe como un problema. El embarazo en adolescentes se considera parte natural de su ciclo de vida y su cosmovisión cultural, mientras que en la sociedad occidental sí se ve como un asunto preocupante, especialmente en términos de salud pública y desarrollo de los países, debido a los riesgos que conlleva para la madre y el niño. La sexualidad es considerada sagrada y necesaria para los pueblos indígenas, integrándose en el cumplimiento de las leyes de origen de cada comunidad según su cosmovisión, permitiendo a muchas comunidades indígenas mantener métodos tradicionales de planificación familiar para espaciar los embarazos. A su vez, la alta fecundidad de los pueblos indígenas ha ayudado a garantizar de manera importante su continuidad física y cultural al interior de una sociedad dominante. Además, la elevada tasa de natalidad entre los pueblos indígenas ha contribuido significativamente a asegurar su persistencia física y cultural dentro de una sociedad predominante.^{11,12}

Así mismo, los gobiernos y comunidades pueden implementar herramientas que permitan realizar una atención específica a las poblaciones indígenas, reconociendo que cada una de ellas presenta un valor particular, propio y arraigado a su historia. Un claro ejemplo de ello son



los diversos enfoques inmersos en las políticas públicas, dentro de los cuales se encuentra el enfoque diferencial, el cual es un método de análisis, actuación y evaluación que reconoce y valora diversidades e identifica riesgos y vulnerabilidades que caracterizan el ciclo vital e histórico, individual y colectivo de diferentes grupos sociales.¹³ Además, pretende brindar inclusión y adaptabilidad de las diferentes estrategias de capacitación u orientación que respete y valore los saberes ancestrales para mitigar la problemática social relacionada con la salud sexual y reproductiva de los NNA que desde tiempo atrás aqueja a esta población.

En consecuencia, la salud colectiva se erige como un pilar fundamental para el desarrollo y el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales en las comunidades indígenas. Esta se sustenta en tres categorías analíticas, destacando la determinación social de la salud como una de ellas. Esta examina cómo las condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales afectan la salud y el bienestar de una persona, una comunidad o una población en un territorio determinado. Es por ello que se establece como una herramienta crucial para abordar las desigualdades sociales y promover una atención en salud sexual y reproductiva equitativa, reconociendo los niveles singulares, particulares y generales de las comunidades.¹⁴

De esta manera, emerge una lucha por el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva, a partir de una perspectiva aumentada al considerar otras dinámicas que no se contemplaban en aproximaciones teóricas previas, lo que conlleva a que surja el planteamiento de las 4 “S” de la vida: civilización Sustentable, Soberanía, Solidaridad, Seguridad integral; como procesos críticos en la determinación del vivir saludable.¹⁵

Así mismo, se destaca la necesidad de una atención integral que incluya a diferentes grupos demográficos, reconociendo que la salud sexual y reproductiva es un componente crucial para el bienestar de toda la comunidad. Además de explorar cómo la atención primaria de salud puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de la salud sexual y reproductiva desde edades tempranas, asegurando un enfoque holístico que aborde las necesidades específicas de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.¹⁶

En concordancia, hay investigaciones que logran identificar los factores que contribuyen a la falta de educación sexual y reproductiva en la comunidad; Se destaca que, entre los factores determinantes, los aspectos económicos y sociales tienen una influencia significativa, estos, a su vez, son consecuencia directa de la pobreza y actúan como vehículos de transmisión de esta



problemática de una generación a otra. En este contexto, se subraya la urgencia de desarrollar políticas públicas sostenibles que resguarden la salud sexual y reproductiva de la población, abordando así las raíces profundas de la falta de educación en esta área.^{17,18}

Por otro lado, se hace evidente los desafíos particulares que experimentan las mujeres adolescentes indígenas, incluyendo la falta de acceso a una educación sexual integral, desigualdades sociales y económicas, así como las normas culturales y sociales que pueden propiciar el matrimonio infantil y la violencia sexual. En estudios donde se analizan las experiencias y percepciones se hace notorio la importancia de la partería tradicional, con un análisis de estas cuestiones a partir de condiciones grupales y estructurales, como el trabajo doméstico de las mujeres indígenas en entornos urbanos y sus procesos organizativos.¹⁹ De igual forma, se debe hacer énfasis para la garantía de acceso a información y apoyo para niños, niñas y adolescentes indígenas, cuyo propósito es asegurar que cuenten con los recursos necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, contrarrestando así las barreras derivadas de su contexto sociocultural.²⁰

La salud sexual y reproductiva aborda la necesidad apremiante de una atención integral que incluya a diversos grupos demográficos, reconociendo que la salud sexual y reproductiva es un componente crucial para el bienestar de toda la comunidad, recalcando la importancia de la atención primaria de salud y un enfoque diferencial en la promoción de la salud sexual y reproductiva desde edades tempranas, proponiendo un enfoque holístico que aborde las necesidades específicas de niños, niñas y adolescentes en este ámbito.

Continuando con esta perspectiva, se puede entender que la salud sexual y reproductiva en la población indígena de Colombia enfrenta varios desafíos y obstáculos que limitan el acceso a servicios de Atención Primaria en Salud (APS) con calidad y enfoque transcultural. Entre las principales barreras se incluyen: Falta de acceso a información, barreras culturales y lingüísticas, acceso limitado a servicios de salud, discriminación y estigma. En este último al prestar los servicios de salud pueden generar prejuicios o estereotipos negativos sobre las comunidades indígenas, lo que nos lleva a pensar ¿Están estrictamente diseñadas las políticas públicas y estrategias que se implementan para brindar enfoque diferencial e integral de atención en salud? o ¿La temática relacionados con SSR en la comunidad indígena, es lo suficientemente bien abordada por parte de las entidades administradores de servicios de salud



y el personal sanitario a fin de mitigar el impacto social que esta atrae? Y, por último, ¿Es valorada la cultura, costumbres y cosmovisión de los pueblos indígenas en Colombia, para desarrollar temas relacionados con SSR?

Por otro lado, Las políticas en salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas pueden presentar varias debilidades que afectan su efectividad y capacidad para abordar las necesidades específicas de estos grupos. Algunas de las debilidades comunes incluyen:

- **Falta de enfoque culturalmente sensible:** Las políticas a menudo carecen de un enfoque culturalmente sensible y no siempre se toma en cuenta las creencias, prácticas y valores tradicionales de las comunidades indígenas. Esto puede llevar a la imposición de prácticas y servicios que no son culturalmente apropiados, resultando en una falta de aceptación y participación de las comunidades.
- **Barreras de acceso:** Las políticas a menudo no abordan las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas. Estos pueblos frecuentemente se encuentran en áreas remotas o rurales, lo que dificulta su acceso a servicios de atención en salud de calidad. Además, enfrentan barreras lingüísticas, discriminación y estigmatización al buscar atención, lo que limita aún más su acceso a servicios adecuados.
- **Deficiencias en la educación sexual:** Las políticas pueden fallar en proporcionar una educación sexual integral y culturalmente apropiada en las comunidades indígenas. La falta de información precisa y accesible sobre SSR puede llevar a prácticas de riesgo, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, siendo fundamental que las políticas incluyan programas educativos que respeten y valoren los conocimientos tradicionales y las prácticas culturales de las comunidades indígenas.
- **Falta de participación de la comunidad:** A menudo carecen de una participación significativa de las comunidades indígenas en la construcción e implementación de políticas públicas, siendo esencial que estas se desarrollen en colaboración con estos pueblos y que se les dé voz en el diseño, aplicabilidad y evaluación de las políticas relacionadas con su propia salud sexual y reproductiva. Esto garantiza que sean pertinentes, efectivas y culturalmente apropiadas.



- **Ausencia de enfoque intersectorial:** Las políticas en salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas a menudo se enfocan únicamente en aspectos médicos o de atención sanitaria, sin abordar las causas subyacentes de los desafíos de salud. Estos desafíos están estrechamente relacionados con factores socioeconómicos, culturales y de derechos humanos; por lo cual es necesario adoptar un enfoque intersectorial que aborde estas dimensiones y promueva el empoderamiento de las comunidades indígenas en todos los aspectos de su salud.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los aspectos analizados, se logra determinar la perspectiva de la salud colectiva y la determinación social en la SSR de las comunidades indígenas descritas de la siguiente manera: Es fundamental proporcionar una educación sexual integral que respete y considere las creencias y prácticas culturales arraigadas en los pueblos indígenas, abordando de manera integral los desafíos políticos y culturales presentes, promoviendo la salud sexual y reproductiva en estas comunidades a través de enfoques que sean tanto culturalmente sensibles como participativos. Resaltar la necesidad de disminuir las brechas sociales con relación a los determinantes sociales en salud en la población, mediante una estrategia holística que reconozca y respete la diversidad cultural, asegurando intervenciones efectivas, respetuosas y sostenibles en el tiempo.

Lo anterior, implica una colaboración estrecha con las comunidades indígenas, en la que se valoren y respeten sus conocimientos tradicionales, promoviendo activamente su participación en la toma de decisiones vinculadas a su bienestar y salud. Asimismo, es esencial trabajar en la mejora significativa del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad, mientras se fortalecen los conocimientos locales relacionados con estos servicios, destacando la necesidad de un compromiso continuo y empático para garantizar que las intervenciones sean culturalmente adecuadas y respondan eficazmente a las necesidades específicas de las comunidades indígenas.

Finalmente, es imperativo reconocer las deficiencias que han afectado históricamente a la sociedad colombiana y en especial a la comunidad indígena, las cuales han contribuido a condicionar los conocimientos de los pueblos ancestrales y los paradigmas occidentales. Se



hace un llamado a la colaboración conjunta, reconociendo la vitalidad de abordar la salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de la salud colectiva y la determinación social.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva: Salud y derechos sexuales en el curso de vida. [acceso 11/03/2024] Disponible en: <https://bit.ly/4cjC3gl>
2. DANE, Población indígena de Colombia. septiembre del 2019. Pag 1-54 [acceso 11/03/2024] Disponible en: <bit.ly/3Vkn9QV>
3. Plan nacional de desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”. Ley 1955. Congreso de Colombia. 1 (25 de mayo de 2019). Disponible en: <bit.ly/48WONby>
4. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo de milenio 2015. Conpes social 91. Consejo Nacional de Política Económica y Social. 2015. Disponible en: <bit.ly/4cdkwGL>
5. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ministerio de salud y la Protección social, UNFPA, PROFAMILIA. 2014. Disponible en: <bit.ly/43q4ZiY>
6. Universidad del Bosque. Leyes que defienden los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. 2024. [acceso 05/03/2023] Disponible en: <https://bit.ly/3PoaSHI>
7. Colombia. Ministerio de salud y Protección social. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. 2012 [acceso 05/03/2023] Disponible en: <bit.ly/3IE7kNr>
8. Colombia. Ministerio de salud y Protección social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2010 [acceso 05/03/2023] Disponible en: <bit.ly/3TI0Wzx>
9. DANE, información para todos. Nacimientos en niñas y adolescentes en colombiana. Enero del 2022. Pag 19-20 [acceso 05/03/2023] Disponible en: <bit.ly/49UQIgt>
10. DANE, información para todos. Nacimientos según ocurrencia, Grupo de edad de la madre 15- 19 años. 2021 [acceso 05/03/2023] Disponible en: <bit.ly/48YQp2Z>
11. Ortiz S. Aspects of sexual and reproductive health of teen women of the three communities of the indigenous reserve of San Lorenzo, Caldas: Domestic work, traditional midwifery and organizational processes of indigenous women. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [citado el 14 de febrero de 2024];17(Special Issue):145–62. Disponible en: <bit.ly/3TkXZPt>
12. Pardo V. Modulos para capacitación comunitaria Indígena. 1Era ed. Pardo V, editor. Vol. 1. Bogotá; 2010.
13. Colombia. Ministerio de salud y Protección social. Enfoque Diferencial origen y alcance. 2021 [acceso 05/03/2023] Disponible en: <bit.ly/3VejcgN>
14. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013 [acceso 05/03/2023]. p. 13–27. Disponible en: <https://bit.ly/49S5IM1>
15. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Etnoeducación y sexualidad, una mirada desde la cultura. 2008 [acceso 05/03/2023] Disponible en: <https://bit.ly/3TCGb3J>
16. Hernández-Hernández AY, Vera-Pérez BL. La Atención Primaria de Salud: un reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres indígenas de



- Huitzotlaco. Ciencia Huasteca Boletín Científico de la Escuela Superior de Huejutla. 2023 [acceso 05/03/2023] vol.5;11(21):17–27. Disponible en: <https://bit.ly/3wXmV8q>
17. Villamarín Barragán FD, Vinueza Arroyo GF, Mora Verdezoto MI, et al. Identificación de factores determinantes en la carencia de educación sexual y reproductiva en la comunidad San José, Cantón de Arajuno. Revista Universidad y Sociedad. 2022 [acceso 05/03/2023] vol. 1;14(5):564–76. Disponible en: <https://bit.ly/4afh50t>
 18. Hubert López C, Suárez-López L, De la Vara-Salazar E, et al. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. [acceso 05/03/2023] vol. 65: s84–95. Disponible en: <https://bit.ly/3VhIk6b>
 19. Ortiz, Ant S. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. Revista Ciencias de la Salud. 2019 [acceso 05/03/2023] vol. 27; 17:145. Disponible en: <https://bit.ly/43mIX0l>
 20. Chaparro Buitrago DC, Pimentel J. Barreras y facilitadores que influyen en la comunicación entre padres y adolescentes sobre salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas de países latinoamericanos: protocolo para una revisión del alcance. BMJ. 2022 [acceso 05/03/2023] vol. 13(3): e066416. Disponible en: <https://bit.ly/3x45SkU>



CARTA AL EDITOR

El llamado a ser enfermero y cambios en la persona**The call to be a nurse and changes in the person***O chamamento para ser enfermeiro e as mudanças na pessoa***Haiver Leandro Salazar Lame¹**

Estimado editor lo primordial al llamado a ser enfermero es la vocación, porque surge al ser empático y emotivo por quien no puede, o no sabe, cuidar de sí mismo. La vocación la tiene aquel individuo con una voluntad de ayuda hacia otras personas, tal como en una situación de necesidad, la cual sienta sus acciones como contribución a la vida del ser¹. “La enfermería es una profesión con una misión, la cual es proveer el cuidado al paciente, la familia y la sociedad, así cumple con los mejores estándares de calidad y seguridad en salud disponibles²”.

Además, la satisfacción de poder ayudar a otra persona, también entran temas cómo: Una formación completa: estudiar la disciplina de enfermería no solo brinda conocimiento esencial para el cuidado y la atención, sino que también desarrollan habilidades como la empatía, la solidaridad y el afecto, por lo tanto, crea profesionales irremplazables, por eso la labor que realiza una enfermera jamás podrá ser sustituida por otro profesional de la salud y mucho menos por una máquina. Su criterio, sensibilidad y capacidad para conectar con sus pacientes la convierten en un ser imprescindible y único³.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la vida de un estudiante de enfermería cambia drásticamente cuando este va cursando la profesión, uno de los aspectos más notorios, es el autocuidado durante su formación. Los comportamientos de riesgo para la salud del autocuidado son: sobre peso, estrés, poca o nula actividad física, cero o poca actividad de recreación o tiempo de ocio, malos hábitos de alimentación, consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, consumo de bebidas energizantes y la automedicación sin receta⁴.

Es así como, el enfermero/a siempre va a estar ahí para ayudar, escuchar y apoyar a quien lo necesite, en consecuencia, serán personas con malos hábitos, pero serán reconfortados al saber

que logro sanar y motivar a aquella persona necesitada de su bondad y solidaridad, dicho de otra manera, un enfermero/a estará enfocado en cuidar tu salud y sobre todo en dar una mano amiga como profesional y como persona.

Sustentado en lo planteado con anterioridad, se rememora las palabras de Jean Watson: “Las enfermeras son un tipo único. Tienen esa necesidad insaciable de cuidar a los demás”⁵.

REFERENCIAS

1. Moran G, Taípe M, Chóez A, Collantes A. Vocación y liderazgo en la gestión de cuidados de enfermería. RECIAMUC [Internet]. 18 mar 2023 [consultado 8 oct 2023];7(1):788-96. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1066>
2. Perilla P. El arte del cuidado, un llamado a la vocación de Enfermería. [Internet] 2022 [consultado 22 de abril de 2023];38(2). Disponible en: <https://bit.ly/3Img8Yj>
3. Triana Marta. La empatía en la relación enfermerapaciente. av.enferm. [Internet]. Agosto de 2017 [consultado el 8 de octubre de 2023];35(2):121-122. Disponible en: <https://bit.ly/3wG5b19>
4. Escobar M, Mejía A, Betancur S. CAMBIOS EN EL AUTOCUIDADO DE ESTUDIANTES COLOMBIANOS DE ENFERMERÍA, DURANTE LA FORMACIÓN PROFESIONAL. [Internet]. 2017 [citado el 4 de abril de 2023];22(1):27-42. Disponible en: <https://bit.ly/4bYI03m>
5. Urra M, Jana A, García V. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. Ciencia. enferm. [Internet]. 2011 [citado 2023 Oct 08];17(3):11-22. Disponible en: <https://bit.ly/3UURvcK>

Para citar este documento



Salazar Lame HL. El llamado a ser enfermero y cambios en la persona. Rev. Unidad Sanit. XXI. 2024; 4(12): 54- 55. Disponible en: <http://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>

Fecha de envío: 02/03/2024 **Fecha de aceptación:** 20/03/2024 **Fecha de publicación:** 31/03/2024

I Universidad Antonio Nariño, Popayán, Colombia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3315-2702> Correo: hsalazar78@uan.edu.co



GUÍA DE AUTORES PARA PUBLICACIÓN



**UNIDAD
SANITARIA XXI**

Indexada en:



LatinREV
Red Latinoamericana de Revistas Académicas
en Ciencias Sociales y Humanidades

Malena

Bases de datos:



Red de Universidades



Miembro adherente:



Preservación de contenidos





**UNIDAD
SANITARIA XXI**



Fomentamos el trabajo original

**Identifícate de manera única entre los
científicos y otros autores académicos.**

ORCID



Nuevamente queremos agradecer a cada uno de ustedes por su interés en esta revista y será un gran honor poder ser un medio que permita divulgar toda la actividad científica que desarrollan las carreras sociosanitarias en cada uno de sus campos disciplinarios e interdisciplinarios.
Desde ya, muchos éxitos.

Cuerpo Editorial

Revista

 **UNIDAD
SANITARIA XXI**





UNIDAD SANITARIA XXI



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>



@Rev.Unidad SanitariaXXI



UNIDAD SANITARIA XXI



PRESIDENTE - DIRECTOR EDITORIAL
REV. UNIDAD SANT. XXI



MARTIN MAXIMILIANO ALZURI

VICE-PRESIDENTE - CODIRECTORA
REV. UNIDAD SANT. XXI



STEFANÍA J. CEDEÑO-TAPIA

CONSEJO FUNDADOR PERMANENTE
REV. UNIDAD SANT. XXI



EDNA J. MONDRAGÓN-SANCHEZ

DIRECTORA DEL COMITÉ INTERNO
REV. UNIDAD SANT. XXI



LIAUDETT N. ESCALONA-MÁRQUEZ

DIRECTORA DEL COMITÉ EXTERNO
REV. UNIDAD SANT. XXI



JANET M. ARÉVALO-IPANEQUE



<https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/>



<https://www.facebook.com/Rev.UnidadSanitariaXXI>



@rev.unidad.sanitariaxxi



@XxiRev



revista.unidadesanitaria21@gmail.com