

VOL III

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Guillermo Julian Gonzalez Perez
María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS
2025

VOL III

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática

A black and white photograph of three healthcare professionals, two men and one woman, all smiling and standing in a clinical setting. They are wearing white lab coats or scrubs, and stethoscopes are visible around their necks. The image is framed by a large, dark, wavy shape that overlaps the title text.

Guillermo Julian Gonzalez Perez
María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS
2025



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisangela Abreu
Organizadores	Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez Prof. ^a Dr. ^a María Guadalupe Vega-López
Imagem da Capa	peopleimages12/123RF
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”*, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, *Universidad Autónoma del Estado de México*, México
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof.^a Dr.^a Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano*, Peru
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^a Dr.^a Cirila Cervera Delgado, *Universidad de Guanajuato*, México
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^a Dr.^a Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil
Dr. Cristo Ernesto Yáñez León – New Jersey Institute of Technology, Newark, NJ, Estados Unidos
Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Deuzimar Costa Serra, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil
Prof.^a Dr.^a Dina Maria Martins Ferreira, Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Prof.^a Dr.^a Edith Luévano-Hipólito, *Universidad Autónoma de Nuevo León*, México
Prof.^a Dr.^a Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima, Brasil
Prof.^a Dr.^a Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, México

Prof.^a Dr.^a Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste/ Universidad Tecnológica Nacional*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca*, Espanha

Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República*, Uruguay

Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara*, México

Prof. Dr. Fernando Hitt, *Université du Québec à Montréal*, Canadá

Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona*, Espanha

Prof.^a Dr.^a Gabriela Gonçalves, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

Prof.^a Dr.^a Galina Gumovskaya – Higher School of Economics, Moscow, Russia

Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Prof.^a Dr.^a Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina

Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, *Universidad de Guadalajara*, México

Prof. Dr. Håkan Karlsson, *University of Gothenburg*, Suécia

Prof.^a Dr.^a Iara Lúcia Tescarollo Dias, Universidade São Francisco, Brasil

Prof.^a Dr.^a Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura*, Peru

Prof.^a Dr.^a Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Prof. Dr. Ivan Amaro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío*, Chile

Prof.^a Dr.^a Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Prof. Me. Javier Antonio Alborno, *University of Miami and Miami Dade College*, Estados Unidos

Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha*, Espanha

Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, Universidade de Évora, Portugal

Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros, Brasil

Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México

Prof. Dr. José Cortez Godínez, Universidad Autónoma de Baja California, México

Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Díaz, Instituto Politécnico Nacional, México

Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid*, Espanha

Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín*, Colômbia

Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, México

Prof. Dr. Juan Porras Pulido, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México

Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Prof.^a Dr.^a Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás, Brasil

Prof.^a Dr.^a Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo, Brasil

Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México

Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha

Prof.^a Dr.^a Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha

Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodriguez, *Universidad Santiago de Compostela*, Espanha

Prof. Dr. Manuel Simões, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal

Prof.^a Dr.^a Márcia de Souza Luz Freitas, Universidade Federal de Itajubá, Brasil

Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Prof.^a Dr.^a Mar Garrido Román, *Universidad de Granada*, Espanha

Prof.^a Dr.^a Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Prof.^a Dr.^a María Alejandra Arecco, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, Brasil

Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Pastor, *Universitat Jaume I*, Espanha

Prof.ª Dr.ª Maria da Luz Vale Dias – Universidade de Coimbra, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão, Brasil
 Prof.ª Dr.ª MªGraça Pereira, Universidade do Minho, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maria Gracinda Carvalho Teixeira, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
 Prof.ª Dr.ª María Guadalupe Vega-López, *Universidad de Guadalajara, México*
 Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana, Cuba*
 Prof.ª Dr.ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras, Brasil
 Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, Universidad del Pais Vasco, Espanha
 Prof.ª Dr.ª Ninfa María Rosas-García, Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional, México
 Prof.ª Dr.ª Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense, Brasil
 Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Peru*
 Prof.ª Dr.ª Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia, Brasil
 Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará, Brasil
 Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí, Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí, Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
 Prof.ª Dr.ª Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Stanislava Kashtanova, *Saint Petersburg State University, Russia*
 Prof.ª Dr.ª Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha
 Prof.ª Dr.ª Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal
 Prof.ª Dr.ª Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal
 Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil
 Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Colômbia*
 Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, *Universidad de León, Espanha*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C582c Ciências da saúde [livro eletrônico] : investigação e prática III / Organizadores Guillermo Julián González-Pérez, María Guadalupe Vega-López. – Curitiba, PR: Editora Artemis, 2025.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

Edição bilíngue

ISBN 978-65-81701-60-4

DOI 10.37572/EdArt_300725604

1. Saúde pública 2. Saúde da família 3. Cuidado comunitário 4. Qualidade de vida 5. Interdisciplinaridade em saúde I. González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López, María Guadalupe. III. Título.
CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



PRÓLOGO

Los cambios en la estructura y dinámica de la población propician el establecimiento de prioridades en materia de salud y la focalización de estudios orientados hacia grupos, cuya vulnerabilidad y riesgos se encuentran, a la vez, delimitados por específicas condiciones de vida. Así, desde el nacimiento hasta la vejez es posible observar la interacción entre un estado biológico -que puede estar debilitado desde que se nace hasta llegar al punto que se marca con la muerte- y aquellos factores sociales que actúan como determinantes de la salud. El reto, da lugar a la aplicación de teorías, métodos y la comprobación de que sus resultados son válidos para impulsar el conocimiento científico.

La enfermedad tiene consecuencias no solo para quien la padece, expone también a una pérdida de calidad de vida a la familia. Es relevante el papel de cuidadores formales o informales en el intento de satisfacer las necesidades del doliente. Médicos y enfermeras son parte de los trabajadores de la salud que profesionalmente aplican su saber al cuidado de personas afectadas, encargados al mismo tiempo, de evitar la enfermedad, ahora bien, desde su formación y durante su práctica están sometidos a situaciones de estrés. Con características distintas los estados emocionales que perturban se aprecian en a todos los involucrados, sean los pacientes, su familia o el personal de salud.

El tercer volumen de la serie Ciencias de la Salud: Investigación y Práctica, se integra con 12 capítulos en los que se abordan contenidos referentes a cuatro asuntos destacados en salud: Condiciones clínicas y atención de la salud física, Salud mental, ansiedad y trastornos psicológicos, Enfermedades crónicas, gestión de la atención y calidad de vida, Salud pública, pandemia y determinantes sociales. Esta presentación permite a los lectores distinguir con rapidez los distintos campos de estudio y su posible coincidencia con alguno de ellos.

Autores de países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú ponen de manifiesto problemas de salud, que pueden ser comunes no solo por la proximidad geográfica, sino también histórica, en este último sentido, las aportaciones de investigadores de Portugal dejan ver que los encuentros entre culturas hermanan no solo en el uso de la lengua, sino en la comunidad de enfoques y la visibilidad de enfermedades que alteran la vida humana.

Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López

SUMÁRIO

CONDIÇÕES CLÍNICAS E CUIDADOS EM SAÚDE FÍSICA

CAPÍTULO 1..... 1

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Manuel Gonzalez Cardenas

Ana Belen Aguirre Salazar

Katerine Leonor Avila Heras

Paul Esteban Crespo Velez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256041

CAPÍTULO 2..... 14

TOXOPLASMA GONDI, UN ENEMIGO OCULTO

Vanesa Alejandra Spada

Ezequiel Escudero Giacchella

Gaston Borrillo

Anabel Gonzalez

Valentina Carballeira

Lizzie Mariel Jones

Cecilia Isabel Obiols

Ruben Martin Mayocchi

Celina Ojinaga

Melany Ore Zuasnarbar

Lucas Darrigan

Maria Carolina Asurmendi

Stella Maris Montenegro

Martina Campos

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256042

CAPÍTULO 3..... 21

OS EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE DUPLA TAREFA NA MELHORA DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO POSTURAL, COMO MEDIDA PREVENTIVA DE QUEDAS EM IDOSOS

Catarina Souza Campos

Amanda de Sousa Lima Rodrigues

Ronald Ferreira Pinheiro

Mariana de Castro Soares
Leiane Mota Costa Fernandes
Amanda Cunha Bandeira Everton
José Jonas Pinheiro Soares Junior
Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256043

CAPÍTULO 4.....28

LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS: UNA AMENAZA GLOBAL PARA LA SALUD PÚBLICA

Gabriela Guadalupe Delgado Giler
Jeffry John Pavajeau Hernández
Liz Nicole Velásquez Ponce
Byron Elian Cedeño Dender
Verónica Mariela Macías Moya

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256044

SAÚDE MENTAL, ANSIEDADE E TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

CAPÍTULO 5.....40

CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES EN CIENCIA DE LA SALUD

Shirley Janeth Mora Solorzano
Sara Esther Barros Rivera
Jeffry John Pavajeau Hernández
Lady Milena Reyes Macias
Luis Mario Andrade Alvarado

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256045

CAPÍTULO 6.....51

FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE PROFISSÕES DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA ENTRE 2018 E 2022

Juan Fernando Bedoya Sandoval
Nanyi Mabel Chamorro Eraso
Darlyn Andrea Riascos Mora
Diana María Revelo Chiran

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256046

CAPÍTULO 7..... 59

INTEGRACIÓN, ESTRUCTURA Y ALCANCES DEL CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL “CONDICIONES DE VIDA Y SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES” (COVYSMAM-LJ): RESULTADOS DE DOS ESTUDIOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Jorge Luis López Jiménez

Guadalupe Barrios Salinas

Blanca Estela López Salgado

Laura Angélica Bazaldúa Merino

Oscar Ugalde Hernández

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256047

DOENÇA CRÔNICA, GESTÃO DO CUIDADO E QUALIDADE DE VIDA

CAPÍTULO 8..... 69

IMPACTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E DA HEMODIÁLISE EM PACIENTES E PARCEIROS

Ana Cristina Bernardo

M. Graça Pereira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256048

CAPÍTULO 9..... 90

INCERTEZA E LITERACIA EM SAÚDE NA FIBRILAÇÃO AURICULAR: IMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA UMA PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA

Ana Mónica Machado

Fernanda Leite

M. Graça Pereira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3007256049

SAÚDE PÚBLICA, PANDEMIA E DETERMINANTES SOCIAIS

CAPÍTULO 10..... 110

CAÍDA DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN PERÚ POR EFECTO DEL COVID 19, PERIODO 2020-2022

Luis Alberto Meza Santa Cruz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30072560410

CAPÍTULO 11..... 127

DEL MIEDO AL CUMPLIMIENTO: VIOLENCIA ESTRUCTURAL Y SALUD EN MUJERES
MÉDICAS RESIDENTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO

Rocío Fuentes Valdivieso

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30072560411

CAPÍTULO 12 137

LA EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO
ENTRE 1990 Y 2023: ¿HAY UN ESTANCAMIENTO?

Guillermo Julián González-Pérez

María Guadalupe Vega-López

Agustín Vega-López

María Ana Valle-Barbosa

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30072560412

SOBRE OS ORGANIZADORES 148

ÍNDICE REMISSIVO 149

CAPÍTULO 1

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: A PROPÓSITO DE UN CASO¹

Data de submissão: 06/07/2025

Data de aceite: 25/07/2025

Juan Manuel Gonzalez Cardenas

Jefe a Cargo del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0003-0675-1473>

Ana Belen Aguirre Salazar

Médico Residente del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0002-4055-9207>

Katerine Leonor Avila Heras

Médico Residente del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-8241-9910>

Paul Esteban Crespo Velez

Médico Residente del
Área de Neonatología
Hospital Universitario
Católico de Azogues
Azogues, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0003-4706-4135>

¹ Datos Complementarios: Director del Hospital Universitario Católico de Azogues: Dr. Victor Miguel Crespo Regalado.

RESUMEN: El Síndrome de Dificultad Respiratoria en los recién nacidos prematuros, es un trastorno frecuente que ocurre cuando los alveolos se encuentran colapsados debido a la disminución de surfactante, cuya función es facilitar el intercambio de gases en los pulmones gracias a la reducción de la tensión superficial en la interfase aire-líquido. **Objetivo:** Describir los parámetros clínicos del Síndrome de Dificultad Respiratoria de un Neonato, su diagnóstico, evolución, tratamiento y seguimiento para su uso como una herramienta en la atención de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel. **Justificación:** Presentamos el caso de un recién nacido que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de Prematuridad Moderada y Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido el mismo que tuvo una evolución y seguimiento favorable en el Hospital Universitario Católico de la Ciudad de Azogues, Cañar.

PALABRAS CLAVE: recién nacido; prematuridad; dificultad respiratoria; cuidados intensivos.

RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: A CASE REPORT

ABSTRACT: Respiratory Distress Syndrome in premature newborns is a common disorder that occurs when the alveoli are collapsed due to the decrease in surfactant, whose function is to facilitate the exchange of gases in the lungs thanks to the reduction of surface tension

at the air-liquid interface. Objective: To describe the clinical parameters of Respiratory Distress Syndrome in a newborn, its diagnosis, evolution, treatment and follow-up for its use as a tool in the care of second and third level health facilities. Justification: We present the case of a newborn who was admitted to the Neonatal Intensive Care Unit with a diagnosis of Moderate Prematurity and Respiratory Distress Syndrome of the Newborn, who had a favorable evolution and follow-up at the Catholic University Hospital of the City of Azogues, Cañar.

KEYWORDS: newborn; prematurity; respiratory distress; intensive care.

1. INTRODUCCIÓN

La transición de vida intrauterina a la extrauterina es el desafío natural que marca la sobrevivencia del neonato, las intervenciones dependerán en gran medida de la gravedad del recién nacido y de su edad gestacional, algunos pueden requerir cuidados básicos y en casos extremos reanimación cardiopulmonar. (1)

El Síndrome de Dificultad Respiratoria, es una patología frecuente en el recién nacido pretérmino, caracterizado por una alteración tanto cuantitativa como cualitativa del surfactante pulmonar, daño al tejido pulmonar, y alteración de fosfolípidos y proteínas. Los factores desencadenantes en esta patología están divididos en primarios y secundarios. Los Factores Primarios (Intrapulmonares): inmadurez pulmonar, infección local, aspiración de líquido meconial, sangre y secreciones. Los Factores Secundarios (Extra pulmonares) como sepsis generalizada, enterocolitis necrotizante y asfixia perinatal. (1) (2)

Los signos que caracterizan a esta patología son: aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, cianosis. Se incluyen también polipnea y signos de daño sistémico como hipotensión, shock o acidosis. El diagnóstico será eminentemente clínico, en base a una anamnesis realizada correctamente. (3) Se solicitan exámenes complementarios como radiografía de tórax, gasometría arterial, etc., por la diversidad de patologías asociadas. (4)

Su tratamiento dependerá de la gravedad del paciente, recordando lo más importante es el brindar el soporte vital necesario y el uso de surfactante. (5)

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido pretérmino de 33 semanas de gestación según el test de Ballard, nacido por cesárea de emergencia, debido a compromiso del bienestar fetal, de difícil extracción, con Apgar de 8 en el primer minuto y 9 al quinto minuto. Madre con antecedentes de preeclampsia severa y Síndrome de Hellp, al nacimiento se administra

CPAP profilático mediante dispositivo Reanimador pieza en T (Neo-tee), a los 5 minutos presenta signos de dificultad respiratoria: aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción subcostal, y desaturación por lo que se mantiene CPAP, y se decide su ingreso a Neonatología.

Neonato prematuro de sexo masculino con peso al nacer 1.610 g, talla 39 cm, perímetro cefálico 31 cm, perímetro torácico de 26 cm, recibió profilaxis ocular, hemorrágica e inmunizaciones (Hepatitis B y BCG); signos vitales frecuencia cardiaca 133 latidos por minuto, presión arterial de 73/48 mmhg con Presión arterial media (PAM) de 55 mmhg, 52 respiraciones por minuto y saturación de 99% con FIO2 de 26%.

A la exploración física:

Piel. _ piel fina y lisa con lanugo que cubre parte del cuerpo, equimosis en extremidades superiores e inferiores además en la región anterior del tórax por extracción dificultosa.

Cabeza. _ Normocefálica, pabellón auricular de implantación baja parcialmente incurvado en el borde superior, puente nasal amplio, presenta leve aleteo nasal.

Tórax. _ Glándula mamaria de alrededor 4mm, formación de pezón de diámetro de 6mm con areola lisa, tórax con elasticidad y expansibilidad disminuida, retracciones subcostales leves, murmullo vesicular disminuido y quejido respiratorio audible a distancia.

Abdomen. _ Blando depresible presencia de cordón umbilical con 2 arterias y 1 vena.

Genital externo masculino. _ Escroto con pliegue poco marcado.

Neurológico. _ Tono muscular disminuido, activo con llanto vigoroso y respondiendo a estímulos.

2.1. DIAGNÓSTICOS SINDRÓMICOS:

Síndrome de Prematuridad, Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y Síndrome dismórfico.

Exámenes complementarios: Biometría Hemática al ingreso: Leucocitos: 12.540, Neutrófilos 33.8%, Hemoglobina 20.6gr/dl, Hematocrito 63.4%, Plaquetas 164.000, Creatinina 0.14 mg/dl, Bilirrubina Total 10.32 mg/dl, Bilirrubina Directa 0.31 mg/dl, Bilirrubina Indirecta 10.01, Proteínas Totales 4.63 mg/dl, TGO 59.18 U/L, LDH 1602.74 U/L, TP 21.3 segundos, INR 1.67.

Figura N 1: Radiografía de Toracoabdominal, realizada a sus 10 horas de vida.



2.2. DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS:

Recién Nacido pretérmino moderado de 33 SG por Ballard Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis inicio temprano no especificada, traumatismo del nacimiento en otras partes del cuerpo y dimorfismo facial.

La evolución cronológica regional:

Aparato Respiratorio. _ neonato a su ingreso con Test de Silverman 4 puntos (Aleteo Nasal, tiraje subcostal, retracción xifoidea y quejido respiratorio) y Score Downes 3 puntos (frecuencia respiratoria, cianosis central y retracción subcostal), por lo que se inicia con ventilación mecánica no invasiva por los 2 primeros días, posterior se cambia a puntas nasales tolerando adecuadamente, a las 48 horas se progresa a oxígeno por flujo libre. Al día 25 se intenta destete de oxígeno sin tolerancia adecuada presenta eventos de desaturación debido al incremento de secreciones nasales y bucales. Se inicia esquema Dart, sonda de aspiración atraviesa con resistencia en la fosa nasal izquierda, por lo que se solicitó una interconsulta con Otorrinolaringología Pediátrica, para descartar atresia de coanas o un laringoceles, sugiriendo una TAC y lavados nasales con solución salina al 0.9%. Sin embargo, se culminó esquema Dart y el paciente presento mejoría, logrando destetar el oxígeno en su día 30 de vida.

Sistema Neurológico. _ Activo con llanto vigoroso y reflejo de succión débil, realiza episodios de apnea iniciándose el manejo con cafeína, sin signos de focalización neurológica durante su estancia hospitalaria.

Aparato Cardiovascular. _ Al 8vo día de vida presenta soplo holosistólico grado 3, pulsos saltones por lo que Interconsulta a Cardiología Pediátrica por sospecha de apertura de ductus arterioso, realizando restricción hídrica y tratamiento con paracetamol por 5 días, se realiza ecocardiograma de control donde se constata ductus arterioso con boca de 0.3 mm sin repercusión hemodinámica.

Sistema Metabólico. _ Se inicia fototerapia simple a las 48 horas de nacido debido a los valores elevados de Bilirrubinas séricas Indirecta: 10.01, Directa: 0.31 y Bilirrubina total: 10.32, además de la clínica ya que en el examen físico presenta Ictericia según la escala de Kramer Zona II – III.

Sistema Hematoinfeccioso. _ con datos clínicos y antecedentes maternos se inicia antibioticoterapia con esquema de primera línea por sepsis de inicio temprano con Ampicilina y Gentamicina, a los 7 días se recibe el resultado del hemocultivo y antibiograma, aislando una *Klebsiella Pneumoniae* Ozaenae Spp como patógeno, por lo que se decide rotar esquema terapéutico e iniciar Oxacilina, Metronidazol y Amikacina.

Aparato Digestivo. _ Paciente que a sus 24 horas de vida se inicia estímulo trófico con 1ml de leche materna exclusiva cada 3 horas posteriormente realizando incrementos diarios, a las 72 horas presenta vomito y distensión abdominal por lo que se indica ayuno. A los 7 días presenta resultado de heces que indica sangre oculta positiva, asociando el diagnóstico de Enterocolitis Necrotizante. En su día 23 de hospitalización, se realiza exámenes de control: TGO: 26.0, TGP:7.3, LDH 578.3 y Fosfatasa Alcalina de 1563 u/l por lo que se diagnostica de Colestasis Hepática y se inicia Ácido Ursodesoxicólico.

Figura N2: Radiografía Toracoabdominal a los 20 días de vida.



Debido al cuadro de intolerancia a la leche materna y reflujo se solicita la interconsulta con gastroenterología pediátrica quien diagnostica reflujo gastroesofágico además solicita calciprotectina con valores elevados por lo que sugiere administrar Domperidona más probióticos e inicio de alimentación a base de fórmula extensamente hidrolizada de origen vegetal asociando el diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca.

A partir de los 32 días de vida pasa alojamiento conjunto para manejo materno y planificar alta médica.

3. DISCUSIÓN

Los pulmones de un RN después del parto aún continúan en proceso de alveolización y su pared torácica más flexible dificulta la adaptación de los movimientos respiratorios. El SDR neonatal se caracteriza por disfunción de surfactante pulmonar afectando a las proteínas y fosfolípidos (6).

Un estudio en el Hospital IESS general Manta - Ecuador en el año 2021, indicó que los principales factores asociados al SDR son: el parto por cesárea (95.5%), puntaje mayor a 0 en la escala de Silverman (95.5%), sexo masculino (63.6%), RN prematuro (18.2%) y madre con preeclampsia (9.1%) (7). Por otro lado, el Journal of Medicine de Ecuador, señala el parto prematuro (30%) y peso de 2500 gramos (9,9%) (8). Wei Ye et. Al en China, menciona que los factores de riesgo maternos son: edad de la madre, diabetes gestacional (75%), oligohidramnios (52.8%), embarazo múltiple (51.5%) y multiparidad (49.7%) (9).

El diagnóstico del SDR es netamente clínico. Los principales signos y síntomas se presentan a los pocos minutos del nacimiento, existiendo disminución de los ruidos inspiratorios y espiratorios, taquipnea, aleteo nasal, retracciones subcostales, subxifoideas, supraesternales e intercostales; y uso de musculatura accesorio (10)(11). A medida que se complique el cuadro de distrés se manifestará letargia y respiraciones anómalas, pudiendo requerir ventilación (12).

En relación con nuestro caso, la apnea es uno de los mayores desafíos que lleva a falla respiratoria y necesidad de ventilación mecánica, en cuyo caso, la medicación de elección es el Citrato de Cafeína a 20 mg/kg dosis de carga y 5-10 mg/kg/día para mantenimiento, siendo considerada segura y efectiva (13), actúa como antagonista de los receptores de adenosina y estimulantes sobre el SNC. Otra opción terapéutica es la Aminofilina, la cual, presenta las mismas propiedades que el Citrato de Cafeína. (14)

El tratamiento prolongado con cafeína reduce los eventos de hipoxemia en infantes prematuros, la ventilación en neonatos prematuros puede asociarse a resultados negativos pulmonares y extrapulmonares, tal como displasia broncopulmonar, déficit neurológico severo y muerte (15). Los neonatos prematuros se observa como existe un aumento de la amplitud y periodos de continuidad en el electroencefalograma, después de haber administrado la cafeína hace 2 horas. Además, la cafeína tuvo una reducción en la incidencia de la parálisis cerebral 4.4% y en el retraso cognitivo 33.8% (15).

El estudio realizado por Cheng-Yunz Zhang en el 2020, indica que el tratamiento con cafeína disminuye la incidencia de eventos recurrentes de apnea y las complicaciones. Además, tiene mayor efectividad que la Aminofilina en el tratamiento de neonatos con soporte de O₂, por lo que dicho rendimiento mejora y reduce el riesgo de complicaciones. (16)

Al cuarto día del ingreso, el paciente realiza episodios de apnea, iniciando el manejo con cafeína, la cual se suspende posteriormente por el diagnóstico de enterocolitis necrotizante. Se opta por lo tanto continuar con Aminofilina IV por 20 días, posteriormente se reanuda la cafeína, teniendo una buena evolución y respuesta al tratamiento.

Este paciente también presentó obstrucción nasal, secreciones nasales espesas, tratadas con Dexametasona (Protocolo Dart). El estudio realizado por Heba Mohamed et al. en el 2023, demuestra la eficacia y seguridad de los corticoides, demostrando que la Dexametasona en dosis bajas de 0,08 mg/kg/día durante siete días, en comparación con dosis altas, tiene un pronóstico más favorable que la terapia convencional (17).

Los Neonatos de 40 horas de vida que presenta dificultad respiratoria y desaturaciones, la causa congénita más frecuente de obstrucción de fosas nasales es la atresia de coanas. Frecuentemente es causada por procesos inflamatorios o infecciones y con menor frecuencia traumático, congénito, iatrogénico y neoplásico (18). Los recién nacidos pueden presentar dificultad respiratoria, apneas y cianosis, durante la alimentación, por lo que se considera dentro del diagnóstico diferencial la obstrucción nasal en neonatos junto con la atresia de coanas, encefalocele nasofaríngea y tumores nasales (18).

En Italia, el Departamento de Ciencias Quirúrgicas de la Universidad de Cagliari, señala que las complicaciones de los neonatos con SDR son la Hemorragia Intraventricular, Hemorragia Pulmonar (5.47%), Displasia Broncopulmonar y el Conducto Arterioso Persistente (1.42%) (19).

Además, en Cuba en el Hospital General Docente Agostinho Neto, menciona que las principales complicaciones en los pacientes con SRD son: Conducto Arterioso Persistente, Hemorragia Intracraneal (21.4%), Hemorragia Pulmonar (11.6%), Hipertensión Pulmonar (10.4%), Displasia Broncopulmonar (8.6%) y Neumonía (6.8%). (20)

El Ductus Arterioso Persistente es frecuente en los bebés prematuros y afecta a las niñas que a los niños. Su incidencia es proporcional a la edad gestacional del neonato, indicándose que el 20-50% de los Recién Nacidos Pretérmino y el 60% de los neonatos prematuros extremos. También es frecuente en bebés con síndrome de distrés respiratorio neonatal, bebés con trastornos genéticos además se asocia a complicaciones graves como hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar y enterocolitis necrotizante (21).

Al octavo día de hospitalización, presento persistencia del conducto arterioso, iniciando el tratamiento con Paracetamol, teniendo una respuesta favorable, lo cual es corroborado con un ecocardiograma. Hammerman et al, indica un pronóstico favorable con el uso de Paracetamol para el cierre del DAP en prematuros ≤ 32 SG a dosis de 15 mg/kg/dosis durante 3 días (22). Mientras que, Scarlet Cotua Silva, realiza una comparación del cierre ductal en pacientes con tratamiento de Paracetamol por 3 días vs 6 días, observando que existe un incremento del 3% en pacientes que no tienen un uso prolongado (23).

La ictericia neonatal es una enfermedad hepatobiliar evidenciada por la coloración amarillenta de piel y mucosas, debido al incremento de los niveles de bilirrubina en sangre, siendo una de las patologías neonatales más frecuentes (24).

Nuestro paciente al segundo día de hospitalización presentó ictericia en cabeza y cuello (Kramer I). Los exámenes complementarios mostraron valores de Bilirrubina Indirecta 10.01, Bilirrubina Directa 0.31 y Bilirrubina total de 10.32, indicativos para el inicio de fototerapia.

En América Latina el 60-80 % de los RN presenta Ictericia Neonatal de causas fisiológicas. En la ciudad de México la prevalencia de hiperbilirrubinemia llega al 17%, los factores de riesgo principales fueron: la edad gestacional menor de 35 semanas, sepsis y lactancia materna (25). Chile y Bolivia presentan una incidencia de 69.2% y 76.3%, mientras que en Ecuador 3.98% (26). La fototerapia es el tratamiento de elección más frecuente, pero en casos complejos se optará por la exanguinotransfusión (27).

La sepsis neonatal es una causa de muerte neonatal, debido al cambio sistémico sugestivo de infecciones causadas por bacterias, hongos y virus dentro de los primeros 28 días de vida (28). Nuestro paciente presentó un cuadro clínico compatible con sepsis

de inicio precoz (antes de los 3 días), por lo que se usó inicialmente antibioticoterapia de amplio espectro y luego se tomaron hemocultivos para identificar al microorganismo causante del cuadro.

La mortalidad por sepsis neonatal presenta 17% en América del Sur, y en Ecuador 2,4%, siendo una causa de mortalidad neonatal (29)(30), Además los organismos causantes son la E.coli, k. Pneumoniae y S. aureus (31).

En la sepsis de origen precoz, los responsables son el Estreptococo del grupo B y E. coli. (32). Mientras que en la sepsis de origen tardía los causantes son los Estafilococos coagulasa negativo y el S. aureus, en cuanto a los gramnegativos destacan E. coli, K. pneumoniae y P. aeruginosa (33).

El tratamiento antimicrobiano es guiado por los patrones de resistencia local y el tipo de microorganismo más común. (34). En este caso, los hemocultivos confirmaron la infección por K. pneumoniae, por lo que se modificó el esquema antibiótico inicial con Ampicilina + Gentamicina, por Oxacilina, Metronidazol y Amikacina.

Otra complicación que manifestó este paciente fue la enterocolitis necrosante. Enfermedad con alta mortalidad provocada por una bacteria que produce inflamación y destrucción celular de la pared intestinal. El 70% de casos ocurren en prematuros. La primera medida terapéutica aplicada fue la suspensión de alimentación enteral colocación de una sonda nasogástrica como medida descompresiva (35).

Xiaohan Hu et al, en el 2024 indica que la enterocolitis necrosante destruye el intestino inmaduro, con una prevalencia entre 1-11%. Mencionando como signos clínicos relevantes la intolerancia alimentaria, distensión abdominal, heces con sangre y signos de sepsis. Además, según Jones y Hall la tasa de mortalidad en lactantes es de 23,5% (36). En Ecuador la Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública reporta un total de 63 defunciones, pero a nivel mundial varía de 0,3 y 2,4 por 1.000 nacidos vivos (37).

El paciente también desarrolló un cuadro de colestasis neonatal, patología grave caracterizada por alteración del flujo biliar, con una incidencia a nivel mundial que oscila entre 7-57%. Los factores que influyen en su presentación son: prematuridad, peso, edad gestacional o cirugías intestinales. El diagnóstico y tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones. El ácido ursodesoxicólico es el tratamiento de elección al estimular el flujo biliar la motilidad de la vesícula biliar, siendo el tratamiento administrado a nuestro paciente, obteniendo mejoría del cuadro. (38).

Godoy M, et al, refieren que la colestasis neonatal tiene una incidencia de 1:2 en 500 RN vivos prematuros. Dentro de la etiología tenemos causas infecciosas, genéticas, metabólicas, obstructivas, endocrinológicas, tóxicas e inmunológicas. La causa más común

es la atresia biliar con predominio en el sexo femenino, manifestándose clínicamente con ictericia y acolia. (39).

La última complicación fue la alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) y reflujo gastroesofágico. Administrándose Domperidona, fármaco bloqueante selectivo de los receptores dopaminérgicos con función gastro cinética, aliviando vómitos, náuseas y regurgitación. También con un probiótico como *Pedococcus pantosaceu*, que mejoran la digestión.

El reflujo gastroesofágico es más frecuente en recién nacidos prematuros 50 a 60% de los casos y de sexo masculino. (40). En cuanto al estudio realizado en el Hospital Dr. Verdi Cevallos en Ecuador, indica que los pacientes pediátricos sufren inmadurez del esfínter esofágico inferior, pero con la maduración del sistema antirreflujo puede desaparecer al primer mes en el 10 a 15% de lactantes (41).

Finalmente, nuestro paciente tras haber presentado varias complicaciones presentó mejoría clínica, siendo dado de alta en condiciones estables.

4. AGRADECIMIENTOS

Se reconoce y agradece al equipo de Neonatología del Hospital Universitario Católico de Azogues de igual manera, al jefe del área y director del Hospital Dr. Víctor Miguel Crespo por el apoyo y colaboración para la presentación de este caso clínico.

5. CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

6. FINANCIAMIENTO

Los gastos incurridos durante el desarrollo de este artículo fueron por parte de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Jorge Luis, Suaza- Vallejo Camila, Reyes-Vega Daniel Felipe, Fonseca-Becerra Carlos. Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Ago 12]; 87(3): 115-118. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522020000300115&lng=es. Epub 16-Dic-2021. <https://doi.org/10.35366/94843>.
2. Sánchez Jorge Luis, Suaza- Vallejo Camila, Reyes-Vega Daniel Felipe, Fonseca-Becerra Carlos. Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. Rev. mex. pediatr. [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Ago 12]; 87(3): 115-118. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>.

php? script=sci_arttext&pid=S0035-00522020000300115&lng=es. Epub 16-Dic-2021. <https://doi.org/10.35366/94843>.

3. Llor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. Factores asociados al síndrome de dificultad respiratorio neonatal severa. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2022; 23(2):93-100 Disponible en: <https://doi.org/10.52011/160>.
4. Gonzalez J, Alomia E y Luzuriaga S. Dificultad Respiratoria en el recién nacido. *Rev. Medicina de Urgencias*. 2022;1(1):267- 278. Disponible en: <https://para+capitulos-267-278.pdf>.
5. Llor S, Urrutia M, Huacón J, Ramírez F, Lara C. Factores asociados con el síndrome de distrés respiratorio neonatal severo. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2022;23(2):93-100 Disponible en: <https://doi.org/10.52011/160>.
6. Sánchez JL, Suaza-Vallejo C, Reyes-Vega DF, Fonseca-Becerra C. Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal. *Rev Mex Pediatría*. 2020;87(3):115-8.
7. Arroyo FAZ, Ortega DNM, Rivera MMZ. Incidence and clinical management of Neonatal Acute Respiratory Distress. 2021;1(2):53.
8. Párraga Llovera JA. Enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. *Ecuad J Med*. 1 de mayo de 2022;4(1):49-72.
9. Ye W, Zhang T, Shu Y, Fang C, Xie L, Peng K, et al. The influence factors of neonatal respiratory distress syndrome in Southern China: a case-control study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 de mayo de 2020;33(10):1678-82.
10. Solano MJB, Segura NMN, Alfaro AR. Insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar. *Rev Medica Sinerg*. 1 de junio de 2023;8(6):e1043-e1043.
11. Respiratory Distress Syndrome: Background, Etiology, Epidemiology. 20 de noviembre de 2023 [citado 24 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/976034-overview?form=fpf#a4>
12. Intriago Correa JR, Torres Espinoza EM. Caracterización clínica del distrés respiratorio del recién nacido en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel. 2020;50038:21– 2.
13. Miao Y, Zhou Y, Zhao S, Liu W, Wang A, Zhang Y, et al. Comparative efficacy and safety of caffeine citrate and aminophylline in treating apnea of prematurity: A systematic review and meta- analysis. Celik HT, editor. *PLOS ONE*. 19 de septiembre de 2022;17(9):e0274882.
14. Tinti KC, Magalhães LM, Moreira MS, Oliveira PMC. O PAPEL DO CPAP NA REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA REVISÃO ABRANGENTE DA LITERATURA. *Rev FOCO*. 22 de julio de 2024;e5560.
15. Moschino L, Zivanovic S, Hartley C, Trevisanuto D, Baraldi E, Roehr CC. Caffeine in preterm infants: where are we in 2020? *ERJ Open Res*. enero de 2020;6(1):00330- 2019.
16. Zhang CY, Liu D, Hua SD, Guo S, Li XY, Zhang B, et al. Caffeine versus aminophylline in combination with oxygen therapy for apnea of prematurity: A retrospective cohort study. *Exp Ther Med*. 3 de septiembre de 2020;20(5):1-1.
17. Al-taweel HM, Abdelhady ISI, Irfan N, Khzzam FA, Kamal A, Thazhe SBK, et al. Comparing low- dose (DART) and enhanced low- dose dexamethasone regimens in preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. *Front Pediatr*. 31 de octubre de 2023;11:1261316.

18. Díez MM, Sirera NJ, Chacón MM, Rubio MI. Obstrucción congénita de fosas nasales. Más allá de la atresia de coanas. diciembre de 2021; LIII(1):109-111.
19. Locci, G., Fanos, V., Gerosa, C., & Faa, G. (2014). Hyaline membrane disease (HMD): the role of the perinatal pathologist. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 3(2), e030255. <https://doi.org/10.7363/030255>.
20. Armas López Marisel, Santana Díaz Mayte, Elías Armas Karla Sucet, Baglán Bobadilla Norma, Ville Chi Karina de Morbilidad y mortalidad por enfermedad de la membrana hialina en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo 2016- 2018. *Rev. inf. [Internet]*. 2019 Ago [citado 2022 Jul 20]; 98(4): 469-480. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332019000400469&lng=es. Epub 20-Sep- 2019.
21. González R, Arancibia H, Reyes R, Alarcón F, Seguel E, Stockins A, et al. Ductus arterioso persistente: Resultados inmediatos y alejados en neonatos de pre término tratados quirúrgicamente. *Rev Chil Cardiol.* agosto de 2024;43(2):111-24.
22. Hammerman C, Bin-Nun A, Markovitch E, et al. Ductal closure with paracetamol: a surprising new approach to patent ductus arteriosus treatment. *Pediatrics*. 2011;128:e1618-1621. doi:10.1542/peds.2011-0359.
23. Silva SC, Molina AB, Seguel MS. Tratamiento prolongado del ductus arterioso persistente con paracetamol en recién nacidos prematuros de muy bajo peso.
24. Taípe Paucar ATP, Toaquiza Alvarado A, Merchán Coronel G. Ictericia neonatal a nivel de América Latina. *FACSALUD [Internet]*. noviembre de 2022; Volumen 6(No 10). Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1581/1431>.
25. Jonguitud Aguilar A., Noyola Salazar CA., De Jesús Raya E., Montes Acuña OJ. Detección de ictericia neonatal durante la visita para tamiz metabólico neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2018; 85(6):212-5.
26. Ñacari Vera M. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Rev Médica Panacea*. 2018;7(2):63-68. doi: 10.35563/rmp.v7i2.29
27. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2022;150(3):1-48.
28. Zamora Paucar LL, Gonzalez Romero A. Etiología y perfil de susceptibilidad antimicrobiana en sepsis neonatal. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*. 2022 Jan 11;16(1):4-17.
29. Rafi MA, Miah MMZ, Wadood MA, Hossain MG. Risk factors and etiology of neonatal sepsis after hospital delivery: A case-control study in a tertiary care hospital of Rajshahi, Bangladesh. *PLoS One*. 2020 Nov 1;15(11 November).
30. Sepsis neonatal en pacientes del hospital General del Norte de Guayaquil IIES Los Ciebos [Internet]. [Cited 2024 Oct 04]. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142020/html/>.
31. López U. Oscar J., Buriticá H. Héctor M.. Letalidad por sepsis neonatal, factores de riesgo y características microbiológicas. *Andes pediátr. [Internet]*. 2021 Oct [citado 2024 Oct 05];92(5): 690-698. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245260532021000500690&lng=es.

32. Ulloa A, Salazar B. Epidemiologia de infección neonatal temprana y tardía en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev. Hosp Jua Mex* [Internet]. 2019 [citado 2022 Oct 05]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju2019/ju193b.pdf>.
33. Glaser MA, Hughes LM, Jnah A, Newberry D, Harris-Haman PA. Neonatal Sepsis: A Review of Pathophysiology and Current Management Strategies. Vol. 21, *Advances in Neonatal Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2021. p.49-60.
34. Garcia JP, Garcia JM, Naranjo YA, Grajales J, Vinasco LG. Uso de Antibióticos y Resistencia Antimicrobiana en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista médica Risaralda*. 2021. vol.27, n.2, pp.102-125.
35. Gingles JG, Butki N. Enterocolitis necrosante. [Actualizado el 8 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513357/>
36. Hu X, Liang H, Li F, Zhang R, Zhu Y, Zhu X, et al. Necrotizing enterocolitis: current understanding of the prevention and management. *Pediatr Surg Int*. 10 de enero de 2024;40(1):32.
37. Barona Zamora M, Tipán Barros J, Sempertegui Cárdenas P, Ortiz Hinojosa F, Ochoa Gaviláñez E. Factores asociados a enterocolitis necrotizante en recién nacidos del Hospital Vicente Corral Moscoso. Estudio de Casos y Controles: Factors associated with necrotizing enterocolitis in newborns at the Vicente Corral Moscoso Hospital. Case and Control Study. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades* [Internet]. 10 de octubre de 2024 [citado 06 de octubre de 2024]; 5(5). Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2775>
38. Santos E, Almeida A, Frutuoso S, Martins E, Valente MJ, Santos A, et al. Neonatal cholestasis over time: Changes in epidemiology and outcome in a cohort of 154 patients from a Portuguese tertiary center. *Front Pediatr* [Internet]. 2020 [citado el 17 de octubre de 2023]; 8:351. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338938/>
39. Godoy M, López C, Álvarez Chavez F, Borges Pinto R, Botero Osorio V, Dolz Aguilar MV, et al. Colestasis neonatal: revisión narrativa del grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Acta Gastroenterológica Latinoam*. 29 de septiembre de 2022;52(3):344-54.
40. Blancas Ojeda Mario Héctor, Martínez Casanova Rubén, Ángeles Labra Alejandro Ramón, Duck Hernández Elías, Baig Tirado Laura, Moguel Hernández Alejandro et al. Prevalencia en el Hospital Español de México de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en neonatos pretérmino sintomáticos. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en la Internet]. 2020 Mar [citado 2024 Oct 11]; 18(1):28-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187072032020000100028&lng=es.
41. R. Enaud, E. Dobremez, T. Lamireau, Reflujo gastroesofágico en el niño, *EMC - Tratado de Medicina*, Volume 26, Issue 2, 2022, Pages 1-11, ISSN 1636-5410, [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46461-0](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46461-0).

CAPÍTULO 2

TOXOPLASMA GONDI, UN ENEMIGO OCULTO¹

Data de submissão: 09/06/2025

Data de aceite: 27/06/2025

Vanesa Alejandra Spada

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Ezequiel Escudero Giacchella

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Gaston Borrillo

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Anabel Gonzalez

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Valentina Carballeira

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Lizzie Mariel Jones

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Cecilia Isabel Obiols

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Ruben Martin Mayocchi

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Celina Ojinaga

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Melany Ore Zuasnabar

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Lucas Darrigan

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Maria Carolina Asurmendi

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Stella Maris Montenegro

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

Martina Campos

Facultad de Odontología - UNLP
La Plata. Provincia de Buenos Aires
Argentina

¹ Trabajo de extensión subsidiado por la Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/153991>
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/65140>

RESUMEN: Introducción: *Toxoplasma gondii* es un parásito ampliamente distribuido en el mundo. La forma de transmisión al ser humano es por ingesta de carne contaminada y mal cocida, o por el consumo de agua o verduras contaminadas con heces de gato y mal lavadas. Asimismo, si una mujer la contrae en el embarazo, también se la puede transmitir al feto. En la República Argentina más de un tercio de la población está infectada y en la mayoría de los casos es por falta de información. **Objetivo:** Brindar información y difundir esta problemática que tiene muy poca difusión mediante acciones preventivas y educativas en niñas y adolescentes de nuestra ciudad. Realizar distintas experiencias que siguieron la programación planteada en el proyecto marco: *Toxoplasma* el enemigo oculto. **Materiales y métodos:** Para lograr este objetivo se diagramaron grupos de trabajo, se realizaron charlas informativas, talleres y proyecciones de videos con la finalidad de prevenir esta enfermedad derribando las falsas creencias y mitos La metodología de trabajo que se utilizó fue persiguiéndolos trazados y teniendo en cuenta el plan de actividades, el que se programó en cuatro etapas o fases para la ejecución total del proyecto. **Resultados:** De los 242 alumnos de cuarto y quinto año que fueron encuestados en los distintos establecimientos se pudo observar: que el 25% contestó afirmativamente de qué se trata la enfermedad, el 15 % conoce como se transmite, 5 % reconoce los síntomas, y el 75 % no sabe cómo prevenirla. En la última fase del proyecto se pudo apreciar que de los 242 alumnos de cuarto y quinto año que fueron encuestados en los distintos establecimientos se pudo observar: que el 90 % sabe de qué se trata la enfermedad, el 75 % conoce alguna de las formas de transmisión, el 25 % reconoce los síntomas, y el 50 % conoce alguno de los métodos de prevención. **Conclusión:** Con los resultados obtenidos en este trabajo vemos que es necesario seguir generando espacios informativos que den a la comunidad información acerca de este tipo de zoonosis con el fin de prevenir las patologías que provocan.

PALABRAS CLAVES: toxoplasmosis; prevención; zoonosis; *toxoplasma gondii*.

TOXOPLASMA GONDII, THE HIDDEN ENEMY

ABSTRACT: *Toxoplasma gondii* is a parasite widely distributed across the world. Human transmission occurs mainly through the ingestion of contaminated and undercooked meat, or through the consumption of water or vegetables contaminated with cat feces and poorly washed. Additionally, if a woman becomes infected during pregnancy, the parasite can be transmitted to the fetus. In Argentina, more than one-third of the population is infected, and in most cases, this is due to a lack of information. This project aimed to raise awareness and disseminate information about this underrecognized public health issue through preventive and educational actions targeted at girls and adolescents in our city. Various activities were carried out under the umbrella of the framework project “*Toxoplasma: the hidden enemy*.” To achieve this, work groups were organized and informational talks, workshops, and video screenings were conducted with the goal of preventing the disease by dispelling myths and false beliefs. The project followed a structured methodology, divided into four phases. Among the 242 fourth- and fifth-year students surveyed across different schools, it was found that only 25% initially understood what the disease is, 15% knew how it is transmitted, 5% recognized its symptoms, and 75% did not know how to prevent it. By the final phase of the project, 90% of the students were able to identify the disease, 75% knew at least one transmission route, 25% recognized symptoms, and

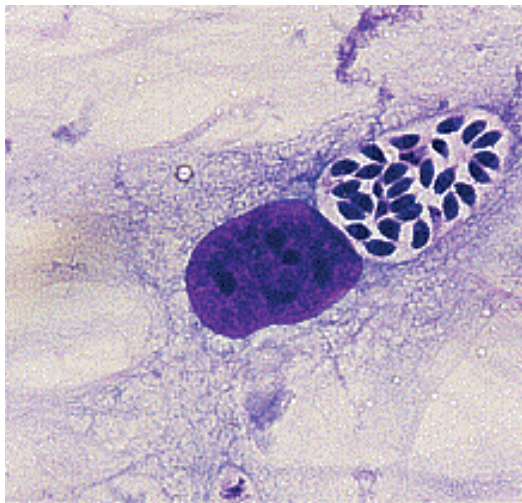
50% were familiar with at least one method of prevention. The results demonstrate the importance of continuing to create educational opportunities to inform the community about this type of zoonosis, with the aim of preventing the pathologies it can cause.

KEYWORDS: toxoplasmosis; prevention; zoonosis; *toxoplasma gondii*.

1. INTRODUCCION

La Toxoplasmosis, es una antropozoonosis parasitaria sistémica, de distribución universal, causada por un parasito protozoario coccidio, *Toxoplasma gondii*. Este agente causal, es un organismo unicelular que sólo se reproduce dentro de células nucleadas, por lo que es un parásito intracelular obligado presentando una forma semilunar o de arco, midiendo aproximadamente entre 7 u de largo y 3 u de ancho, con núcleo subcentral y una estructura conoide. Se puede presentar en tres formas **taquizoitos**, **quistes tisulares** y **ooquistes**. Los taquizoitos se observan en las primeras etapas de la infección y se produce dentro de las células nucleadas del sistema retículo-endotelial. Posteriormente aparecen anticuerpos formando una pared quística alrededor de la célula. Estos quistes pueden persistir por mucho tiempo y toda la vida, dentro del hospedador. Y los ooquistes, que son producidos en la reproducción sexual del parasito, se eliminan con las heces de los felinos. En el exterior se tornan infecciosos y pueden pertenecer por mucho tiempo en suelo y aire.

Figura 1: *Toxoplasma gondii*, imagen de microscopio electrónico.



Ciclo biológico

El ciclo biológico de *Toxoplasma gondii* es heteroxenico, puede ser sexual o asexual. El ciclo **sexual** sólo ocurre en felinos, ya sea gatos domésticos o especies

salvajes, como los leones o los tigres. Estos animales, que son los hospederos definitivos (es el que alberga la etapa adulta del parásito o aquel en el que el parásito desarrolla su ciclo de reproducción sexual), alojan las fases de reproducción sexual del parásito en su intestino y finalmente liberan en las heces unas formas infectivas llamadas ooquistes, las cuales sobreviven varios meses si el clima es cálido y húmedo. Los ooquistes esporulan y se activan en el ambiente, y entonces son peligrosos para muchos otros hospederos. La **asexuada** tiene lugar en los tejidos de los hospedadores intermediarios como el hombre, otros mamíferos y aves, en ellos se encuentran como taquizoitos o bradizoitos (formas de replicación lenta de *Toxoplasma gondii*. Son las que prevalecen dentro de quistes tisulares en diversos tejidos de los individuos infectados, de por vida. Mantienen una respuesta inmune que protege de daño al hospedero, pero si ésta baja, por tratamiento o infección, se convierten en taquizoitos, lo que ocasiona problemas clínicos), dentro de los pseudoquistes y quistes histiocitos. El con heces hospedador intermediario ingiere carne que contiene quistes o bien heces de felinos parasitados, que contienen ooquistes. En el intestino, los quistes se rompen, el parásito se multiplica por endogenia y los taquizoitos resultantes ocupan la totalidad de la célula, originando un pseudoquiste, estos estallan y liberan parásitos que pueden infectar otras células, por vía hemática o linfática. El hospedero definitivo ingiere ooquistes cargados de esporozoitos o quistes con bradizoitos al alimentarse con carne cruda. Las formas tróficas liberadas invaden los enterocitos del intestino del felino originando ooquistes que serán eliminados sin capacidad infecciosa.

Aspecto clínico

Prácticamente podemos apreciar cuatro formas clínicas de toxoplasmosis: aguda en individuos inmunocompetentes, aguda en individuos inmunodeprimidos, congénita y ocular. En la primera predominan adenomegalias con signos asintomáticos, los cuales pasan inadvertidos y no requieren de tratamiento antiparasitario. En los pacientes inmunodeprimidos, puede afectar el sistema nervioso central, presentando encefalitis, retina, coroides, pulmones o miocardio provocando cuadros graves llevando a la muerte al paciente. La toxoplasmosis congénita puede ocurrir cuando la infección tiene lugar durante la gestación, es asintomática en la embarazada y puede causar manifestaciones al feto y al recién nacido. En el primer trimestre de gestación el daño es mayor y mas importante, provocando aborto, prematuridad, muerte fetal, infección generalizada con hepatoesplenomegalia y compromiso pulmonar y miocárdico, lesiones en el sistema nervioso central mioencefalitis, hidrocefalia, convulsiones, retardo psicomotor. En el sistema ocular retinocoroiditis, estrabismo y ceguera,

los cuales pueden manifestarse posteriormente al nacimiento. En la etapa final de gestación, la infección produce enfermedad leve en el feto, generando, coriorretinitis crónica o recurrente. Cuando la agresión es ocular, congénita y adquirida después del parto se manifiesta en la retina y la coroides, se realizan controles oftalmológicos desde el nacimiento hasta la adolescencia, con tratamiento antiparasitario.

Figuran 2: Mujer con felino domestico.



Manifestaciones bucales

Se puede apreciar estomatitis aftosa en la mucosa del labio o del carrillo, y petequias en el paladar y vesículas en la lengua y depapilación dorsal de la lengua. Pueden estar presente adenomegalias cervicales, dolorosas y firmes.

Diagnostico

El diagnostico de la toxoplasmosis puede ser directo o indirecto de laboratorios. Podemos apreciar **diagnósticos directos** como microscopia como biopsias o tejidos, o cultivos y la inoculación de animales de laboratorios. Y actualmente métodos moleculares que permiten determinar la presencia de secuelas especificas de ácidos nucleídos del parásito en diferentes materiales clínicos: líquido amniótico, líquido ceforraquídeo, biopsias. El diagnostico indirecto involucra una gran variedad de pruebas serológicas: prueba de Sabin-Feldman, prueba de Remiggton, Hemaglutinación indirecta, Aglutinación directa, Fijación del complemento, ELISA, Avidéz, ISAGA. Las pruebas indirectas zonas de mayor aplicación justamente a los que emplean la detección de anticuerpos específicos Imnunoglobulinas G, M, A, E.

Tratamientos

Se emplean diferentes medidas terapéuticas. No siempre debe tratarse la toxoplasmosis. En casos de enfermedad sintomática incluye la combinación de pirimetamina y sulfadiazima. En casos de enfermedad ocular clindamicina y corticoides

como dexametasona. Recordemos que no se erradica el parásito que permanece en los tejidos, dentro de los quistes como bradizoítos, solo logramos un control leve.

Medida de control

Cabe destacar la importancia serológica en forma periódica, para establecer su positividad o no. Es importante poder instruir a las mujeres para no consumir carne cruda o mal cocido y evitar el contacto con gatos o excrementos. El lavado de manos antes y después de cocinar, de manejar la tierra, de estar con animales.

2. MATERIAL Y METODOS

Para lograr este objetivo se diagramaron grupos de trabajo, se realizaron charlas informativas, talleres y proyecciones de videos con la finalidad de prevenir esta enfermedad derribando las falsas creencias y mitos. La metodología de trabajo que se utilizó fue persiguiéndolos trazados y teniendo en cuenta el plan de actividades, el que se programó en cuatro etapas o fases para la ejecución total del proyecto.

3. RESULTADOS

De los 242 alumnos de cuarto y quinto año que fueron encuestados en los distintos establecimientos se pudo observar: que el 25 % contestó afirmativamente de qué, se trata la enfermedad; el 15 % conoce cómo se transmite; 5 % reconoce los síntomas, y el 75 % no sabe cómo prevenirla.

En la última fase del proyecto se pudo apreciar que de los 242 alumnos de cuarto y quinto año que fueron encuestados en los distintos establecimientos se pudo observar: que el 90 % sabe de qué se trata la enfermedad, el 75 % conoce alguna de las formas de transmisión, el 25 % reconoce los síntomas, y el 50 % conoce alguno de los métodos de prevención.

4. CONCLUSIONES

La toxoplasmosis es una parasitosis causada por el coccidio **Toxoplasma gondii** a partir de carne cruda o mal cocinada, o por contacto con felinos infectados o congénita si la madre está parasitada. La infección primaria en el inicio de la gestación puede provocar la muerte del feto u lesiones. El diagnóstico clínico, presuntivo debe confirmarse con métodos directos e indirectos en el laboratorio. Cabe destacar lo importante que es disminuir la infección gestacional del toxoplasma Gondii. Elevar la calidad de la higiene individual en forma preventiva. Lograr actitudes preventivas en el consumo de

alimentos. Es decir extender nuestra tarea docente con el grado de responsabilidad social que la comunidad necesita. Con los resultados obtenidos en este trabajo vimos, el impacto positivo que generó nuestro proyecto de intervención esto nos impulso a seguir generando espacios informativos que den a la comunidad información acerca de este tipo de zoonosis con el fin de prevenir las patologías que provocan, como así también aumentar el número de personas que poseen conocimiento sobre la toxoplasmosis y sus alcances generando multiplicadores de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Basualdo Juan, Cotto Cecilia, De Torres Ramon. Microbiología biomédica. Segunda edición. 2006.

Brock, Biología de los microorganismos, 14 ° edición. Ed, Pearson Educación, S.A Madrid, 2015.

Koneman. Diagnóstico microbiológico. Texto y Atlas en color. 6 a edición. 2008.

Negroni. Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica. 3 a edición 2018.

Prats G. Microbiología Clínica. Edición Panamericana. 2006.

Tortora, Funke, Case. Introducción a la Microbiología. 9 ° edición. 2007.

CAPÍTULO 3

OS EFEITOS DE UM PROTOCOLO DE DUPLA TAREFA NA MELHORA DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO POSTURAL, COMO MEDIDA PREVENTIVA DE QUEDAS EM IDOSOS

Data de submissão: 09/06/2025

Data de aceite: 27/06/2025

José Jonas Pinheiro Soares Junior

Egresso da Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Catarina Souza Campos

Discente do Curso de
Graduação em Fisioterapia
Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Karla Virgínia Bezerra de Castro Soares

Docente do Curso de
Graduação em Fisioterapia
Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Amanda de Sousa Lima Rodrigues

Discente do Curso de
Graduação em Fisioterapia
Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Ronald Ferreira Pinheiro

Discente do Curso de
Graduação em Fisioterapia
Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Mariana de Castro Soares

Discente do Curso de
Graduação em Fisioterapia
Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Leiane Mota Costa Fernandes

Egresso da Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

Amanda Cunha Bandeira Everton

Egresso da Universidade Ceuma
São Luís, Maranhão

RESUMO: Quando envelhecemos a dificuldade em realizar duas tarefas simultaneamente se torna maior, comprometendo o equilíbrio e favorecendo quedas. Este estudo objetivou avaliar os efeitos de um protocolo de dupla tarefa na melhora da mobilidade e equilíbrio postural de idosos. Estudo descritivo, longitudinal com amostra não probabilística de 21 idosos com 65 anos ou mais, em um centro de convivência para idosos. Todos foram submetidos a um protocolo de dupla tarefa por tres meses consecutivos e avaliados mensalmente com o Time Up And Go (TUG) em tres categorias: TUG tradicional, TUG acrescido de tarefa cognitiva, TUG acrescido de tarefa motora. Os resultados apontaram diminuição no risco de cair atraves da melhora na mobilidade e equilíbrio e atestando a efetividade de um protocolo de dupla tarefa na prevenção de quedas em idosos.

PALAVRAS-CHAVE: demanda atencional; dupla-tarefa; prevenção de quedas; idosos.

EFFECTS OF A DUAL-TASK PROTOCOL ON MOBILITY AND POSTURAL BALANCE IMPROVEMENT FOR FALL PREVENTION IN OLDER ADULTS

ABSTRACT: As we age, the ability to perform two tasks simultaneously becomes more difficult, compromising balance and increasing the risk of falls. This study aimed to evaluate the effects of a dual-task protocol on improving mobility and postural balance in older adults. This was a descriptive, longitudinal study with a non-probabilistic sample of 21 individuals aged 65 or older, conducted in a senior community center. All participants underwent a dual-task training protocol for three consecutive months and were assessed monthly using the Timed Up and Go (TUG) test in three categories: traditional TUG, TUG with an added cognitive task, and TUG with an added motor task. The results indicated a reduction in fall risk through improvements in mobility and balance, confirming the effectiveness of a dual-task protocol in fall prevention among the elderly.

KEYWORDS: attentional demand; dual task; fall prevention; older adults.

1. INTRODUÇÃO

Diante do crescente número de idosos, as quedas também têm aumentado e representam uma grande ameaça à autonomia funcional, qualidade de vida e ao bem-estar dessa população, podendo resultar em lesões e incapacidades. Diante das quedas, ou do medo eminente de sofrê-las, muitos idosos acabam por restringir suas atividades, favorecendo o prejuízo funcional, social e até mesmo psicológico. Segundo Yang, Liao, Lam, He, & Pang, (2015), um forte fator que ocasiona maior risco de quedas é o mau desempenho na atividade de dupla tarefa (DT).

A realização de (DT) envolve a ação de uma atividade principal – tarefa primária e principal centro de atenção – e uma tarefa secundária desenvolvida simultaneamente, tornando-se assim uma atividade de dupla tarefa. Apesar de estudos evidenciarem a interferência da dupla tarefa na mobilidade funcional de idosos estendendo-se a preocupação de cair, são escassos os estudos que avaliam o efeito de exercícios de (DT) na melhora da mobilidade e equilíbrio.

Portanto, entender a interferência deste tipo de protocolo faz-se necessário, para que medidas efetivas possam ser implantadas, principalmente no que diz respeito a abordagem e intervenções de exercícios de maior demanda atencional voltados aos idosos, portanto, esta pesquisa objetivou avaliar a influência de um protocolo de dupla tarefa na melhora da mobilidade e equilíbrio postural, como medida preventiva de quedas em idosos.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa atende a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e seu projeto já se encontra aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos da Universidade Ceuma (UNICEUMA) (CAAE: 20057014.0.0000.5084), tratando-se de um estudo descritivo, de corte longitudinal, com abordagem quantitativa dos dados, avaliando a mobilidade funcional e a preocupação em cair ao longo de três meses, durante a aplicação de um protocolo de exercícios com dupla tarefa, através de amostra não probabilística composta por 21 idosos de ambos os sexos com idade de 65 anos ou mais, após serem considerados os critérios de inclusão e assinatura do TCLE.

Foram utilizados os seguintes instrumentos na coleta dos dados:

- a) Avaliação da preocupação ou medo de cair por meio da escala Falls Efficacy Scale – International (FES-I), CAMARGOS (2010);
- b) Os participantes foram submetidos à aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação:
 - b.1 Avaliação da mobilidade funcional por meio do teste Time Up And Go convencional (TUG CV): Na realização deste teste o idoso sentava-se em uma cadeira sem braços recebendo ordem de levantar-se e caminhar 10mts para frente até uma marca no piso, girar de volta e sentar-se na cadeira.
 - b.2 Avaliação da mobilidade funcional acrescida de uma tarefa cognitiva: Time Up And Go + Tarefa Cognitiva (TUG CG): Na realização deste segundo teste o idoso repetia o mesmo procedimento enquanto era orientado a falar nomes de animais aleatoriamente durante todo o trajeto.
 - b.3 Avaliação da mobilidade funcional adicionada de uma tarefa motora: Time Up And Go + Tarefa Motora (TUG M). Na realização deste teste o idoso sentava-se em uma cadeira sem braços recebendo um copo de acrílico com dois terços de água recebendo ordem de levantar-se e caminhar 10mts para frente até uma marca no piso, girar de volta e sentar-se na cadeira.

Para cada teste o tempo dispendido foi medido com cronômetro a partir da ordem de “vá”. Valores de tempo de menos de 10 segundos sugeriam indivíduos totalmente independentes; Aqueles que realizaram o teste entre 10 e 19 segundos eram considerados moderadamente independentes e os que dispenderam entre 20 e 29 segundos eram considerados “zona de cuidado”, isto é, demonstraram dificuldades para as tarefas da vida diária as quais exigem bom equilíbrio e capacidade funcional. Os sujeitos com escore de tempo de 30 ou mais segundos eram considerados totalmente dependentes para muitas atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRETAN, 2013).

Intervenção com o Protocolo de dupla tarefa

O protocolo de exercícios foi aplicado por 12 semanas ininterruptas, com 2 sessões semanais, de 50 minutos cada, na sala de exercícios do centro de convivência e totalizando 26 atendimentos. As atividades consistiam em exercícios de equilíbrio, mobilidade e flexibilidade, já utilizados em protocolos anteriores, com a adição de tarefas cognitivas que incluíam falar nomes de animais durante os exercícios, contar de 1 a 10 de traz para a frente, e trava línguas. Também foi solicitado realizarem alguns dos exercícios segurando um copo de água de 360ml com água pela metade acompanhando músicas com ritmos diferentes que iam de ritmos mais lentos para mais rápidos. Todas essas derivações eram feitas a cada sessão de exercícios alterando a ordem aleatoriamente.

Análise dos dados: Na análise descritiva, os dados quantitativos foram apresentados em média e desvio padrão, enquanto os dados qualitativos foram apresentados em número absoluto e porcentagem e seguidamente foram expostos em tabela.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa pesquisa, que teve por objetivo avaliar a influência de um protocolo de dupla tarefa na melhora da mobilidade e equilíbrio postural, como medida preventiva de quedas em idosos e para este fim, foram selecionados 21 idosos, com idade entre 65 a 84 anos, destes, 04 eram homens e 17 mulheres. O nível de escolaridade de todo o grupo era de ensino médio completo com média salarial de no mínimo dois salários mensais, sendo todos funcionários públicos aposentados. Houve relatos de quedas no último ano de 07 entre os 21 idosos.

Tabela 1. Resultados da avaliação por meio da escala Falls Efficacy Scale – (FES-I) da preocupação em cair de idosos, durante os três meses de aplicação do protocolo de dupla tarefa.

Medo de cair pela Escala FES-1	Antes		1 Mes Depois		3 Meses Depois	
	N	%	N	%	N	%
Sem Medo	11	52.3	11	52.3	17	80.9
Medo Moderado	08	38	10	47.6	04	19.4
Muito Medo	02	9.5		-		-
Total		21		100		

Fonte: Elaborado pelo autor.

A avaliação das informações contidas na Tabela 1 indicam uma diminuição progressiva no receio de cair entre os idosos que participam do programa de atividades físicas. Este resultado é apoiado por pesquisas recentes de Camilo (2021); Gastaud

(2023); Ruano, M. Á. G. (2024); que também constataram a efetividade de intervenções físicas na diminuição do medo e no aprimoramento da confiança e segurança dos idosos em suas atividades cotidianas.

Tabela 2. Resultados da avaliação da mobilidade funcional de idosos durante os três meses de aplicação do protocolo de dupla tarefa, por meio do teste Time Up And Go convencional (TUG CV).

Time Up Go	Antes		1 Mes Depois		3 Meses Depois	
	N	%	N	%	N	%
Sem Risco	19	90.4	21	100	21	100
Risco Moderado	02	9.5	0		0	
Alto Risco	0		0		0	
Total			21	100%		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3. Resultados da avaliação da mobilidade funcional de idosos submetidos a um protocolo de dupla tarefa quando acrescida de uma tarefa cognitiva: Time Up And Go + Tarefa Cognitiva (TUG CG).

TUG CG	Antes		1 Mes Depois		3 Meses Depois	
	N	%	N	%	N	%
Sem Risco	17	80.9	17	80.9	19	90.4
Risco Moderado	03	14.28	04	19.4	02	9.5
Alto Risco	01	4.7	0		0	
Total		21		100		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 4. Resultados da avaliação da mobilidade funcional de idosos submetidos a um protocolo de dupla tarefa quando acrescida de uma tarefa motora: Time Up And Go + Tarefa Motora (TUG M).

TUG M	Antes		1 Mes Depois		3 Meses Depois	
	N	%	N	%	N	%
Sem Risco	19	90.4	19	90.4	21	100
Risco Moderado	02	9.5	02	9.5	0	
Alto Risco	0		0		0	
Total			21	100%		

Fonte: Autores.

Os resultados apresentados nas Tabelas 2 a 4 do relatório sinalizam uma evolução na mobilidade e diminuição do risco de quedas entre os idosos em uma janela de tempo de três meses, tanto em atividades básicas quanto nas que exigem duas tarefas simultâneas, destacando a importância da prática constante de atividades físicas. Esses resultados são apoiados por várias pesquisas recentes que destacam a relevância de programas de exercícios para a promoção do equilíbrio e prevenção de quedas em pessoas idosas.

Uma pesquisa divulgada na Revista Brasileira de Medicina do Esporte examinou 61 homens idosos, com idades entre 60 e 75 anos, que foram submetidos a um programa de exercícios resistidos durante 24 semanas. Os achados indicaram avanços notáveis no rendimento funcional e motor dos participantes, particularmente nos exames “Time Up & Go” e Tinetti, que medem, respectivamente, a mobilidade e o equilíbrio. Estes resultados destacam a efetividade do treino de força no aprimoramento das habilidades físicas dos idosos, em conformidade com os resultados apresentados nas Tabelas 2 a 4 do relatório. SILVA, A. DA et al. (2008)

Uma pesquisa divulgada na Revista Brasileira de Ciências da Saúde analisou o efeito de um programa de cinesioterapia para prevenção de quedas na função cardiovascular de 18 idosos da comunidade, com uma idade média de $73,5 \pm 8,8$ anos. O programa envolveu atividades de flexibilidade, força, equilíbrio e percepção proprioceptiva. Depois de 10 sessões, notou-se uma diminuição notável na pressão arterial sistólica e diastólica, na frequência cardíaca e no duplo-produto, sugerindo aprimoramentos na função cardiovascular dos participantes. Estes achados indicam que programas de atividades físicas preventivas de quedas podem trazer benefícios que vão além do equilíbrio e mobilidade, auxiliando também na saúde cardiovascular dos idosos. CARVALHO et al. (2014)

Em se tratando de protocolos que exploram a dupla tarefa, Konak et.al, (2016) compararam o efeito de programas de exercícios de equilíbrio de tarefa única e dupla no equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico, velocidade de marcha e confiança constatando melhora de todos os parâmetros analisados tanto para o grupo de treinamento de equilíbrio de tarefa única como de dupla tarefa, assim como os nossos.

Estes também foram percebidos por Scarmagnan (2023) aplicando um programa de dupla tarefa por 12 semanas em idosos do sexo masculino e feminino, em que proporcionaram benefícios em aspectos específicos das funções motoras e cognitivas em idosos residentes na comunidade e observados também na melhora do controle postural, mobilidade e cognição, estendendo-se a diminuição do medo de cair.

4. CONCLUSÃO

Concluindo este estudo que objetivou avaliar os efeitos de um protocolo de dupla tarefa na melhora da mobilidade e equilíbrio postural de idosos, podemos afirmar através dos resultados e que também compactuam com a literatura contemporânea, a efetividade de programas de atividades de dupla tarefa na melhora da mobilidade, equilíbrio e diminuição do risco de quedas em pessoas idosas. Essas ações não só

melhoram as habilidades físicas, como também fortalecem a confiança e a segurança dos idosos em suas tarefas cotidianas, auxiliando na melhoria da autonomia funcional e maior independência.

Por fim, diante da perspectiva positiva de ganhos funcionais e psicológicos que podem acrescentar positivamente a qualidade de vida desta população, sugere-se mais pesquisas e em prazo mais longos sobre a adição de múltiplas tarefas, de diversos contextos e por prazos mais longos.

REFERÊNCIAS

BRETAN, Onivaldo et al. Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o teste Timed up and go. **Brazilian Journal of otorhinolaryngology**, v. 79, p. 18-21, 2013.

CAMARGOS, Flávia FO et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale-International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, p. 237-243, 2010.

CAMILO, Amanda Senra Bento. Em idosos, a prática de exercício físico reduz o medo de cair se comparado a idosos sedentários? Uma revisão de literatura. 2021. ASB Camilo 2021•repositorio.ufmg.br. <http://hdl.handle.net/1843/39924>

CARVALHO, Thaísa Dias de; STOLT, Lígia Raquel Ortiz Gomes; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; et al. Programa de exercícios em grupo preventivo de quedas melhora função cardiovascular de idosos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 33-40, 2014.

GASTAUD, Nathalia Matties Maas. Efeito de um programa de exercícios domiciliares no medo de cair, equilíbrio e mobilidade de idosos: um ensaio clínico randomizado. DoctoralThesis, 2023.

KONAK, H. E.; KIBAR, S.; ERGIN, E. S. The effect of single-task and dual-task balance exercise programs on balance performance in adults with osteoporosis: a randomized controlled preliminary trial. *Osteoporos Int.*, n. 11, p. 3271-3278, nov. 2016.

RUANO, Miguel Ángel Gómez. La prevención de caídas em mayores pasa por hacer ejercicio combinando fuerza y equilibrio. *El País*. 2024.

SCARMAGNAN, Gabriella Simões. O impacto do treinamento de dupla tarefa sobre a cognição e o risco de quedas em idosos. 2023. <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/6034>

SILVA, Andressa da; ALMEIDA, Gustavo JM; CASSILHAS, Ricardo C.; et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 14, p. 88-93, 2008.

YANG, L. et al. Psychometric properties of dual-task balance assessments for older adults: a systematic review. *Maturitas*, v. 80, n. 4, p. 359-369, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.01.001>

CAPÍTULO 4

LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS: UNA AMENAZA GLOBAL PARA LA SALUD PÚBLICA

Data de submissão: 09/07/2025

Data de aceite: 28/07/2025

Gabriela Guadalupe Delgado Giler

Docente Titular Auxiliar 1

Carrera de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Manabí, Portoviejo-Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-1971-7979>

Jeffry John Pavajeau Hernández

Docente Titular Auxiliar 1

Carrera de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Manabí, Portoviejo-Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-5269-8074>

Liz Nicole Velásquez Ponce

Estudiante - Carrera de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Manabí, Portoviejo-Ecuador

<https://orcid.org/0009-0000-1848-6174>

Byron Elian Cedeño Dender

Estudiante - Carrera de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Manabí, Portoviejo-Ecuador

<https://orcid.org/0009-0003-1991-3707>

Verónica Mariela Macías Moya

Estudiante - Carrera de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede Manabí, Portoviejo-Ecuador

<https://orcid.org/0009-0005-1214-7979>

RESUMEN: La resistencia a los antibióticos se ha convertido en un problema que amenaza global para la salud debido a su considerable aumento que representa una de las mayores preocupaciones y desafíos para la salud pública a nivel mundial. El objetivo del artículo es analizar cuáles son las principales causas, consecuencias y estrategias para la resistencia a los antibióticos. Por lo que el presente se llevó a cabo a través de una investigación cualitativa mediante una revisión narrativa, en la que se estudiaron literaturas científicas que fueron obtenidas usando ecuaciones de búsqueda derivadas de la unión de descriptores como Causalidad, Estrategias de Salud Globales, Farmacorresistencia Microbiana, Impacto Agregado y Salud Pública, las cuales fueron aplicadas en las bases de datos Scielo y Google Académico. Los resultados obtenidos evidenciaron que existe un alto impacto de la resistencia antimicrobianas, la cual tiene varias causas entre las que destacan el uso indebido de antibióticos o la mala prescripción médica, esto tiene consecuencias altamente perjudiciales para la salud como el aumento de hospitalizaciones, mayor riesgo de complicaciones y por ende mortalidad. Por lo que es fundamental aplicar estrategias de prevención como la mejor formación a los profesionales sanitarios, visitas domiciliarias para control de adherencia terapéutica, entre otras. Concluyendo que la resistencia a antibióticos es un problema grave

que aumenta cada vez más por lo que es de suma importancia actuar sobre esta problemática, empezando por aplicar medidas de prevención.

PALABRAS CLAVE: causalidad; estrategias de salud globales; farmacorresistencia microbiana; impacto agregado y salud pública.

ANTIBIOTIC RESISTANCE: A GLOBAL THREAT TO PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: Antibiotic resistance has become a global health threat due to its significant increase, representing one of the greatest concerns and challenges for public health worldwide. The objective of this article is to analyze the main causes, consequences, and strategies related to antibiotic resistance. This study was conducted through a qualitative approach using a narrative review methodology. Scientific literature was examined using search equations derived from the combination of descriptors such as Causality, Global Health Strategies, Microbial Drug Resistance, Aggregate Impact, and Public Health, applied in databases such as Scielo and Google Scholar. The results revealed a high impact of antimicrobial resistance, which is driven by several factors, notably the misuse of antibiotics and inappropriate medical prescriptions. These practices have highly detrimental consequences for health, including increased hospitalizations, higher risk of complications, and consequently, elevated mortality rates. Therefore, it is essential to implement preventive strategies such as improved training for healthcare professionals, home visits to monitor therapeutic adherence, among others. In conclusion, antibiotic resistance is a serious and growing problem, making it imperative to take action – starting with the implementation of effective prevention measures.

KEYWORDS: causality; drug resistance; microbial; global health strategies; added Impact; public health.

1. INTRODUCCIÓN

La resistencia a los antibióticos es un fenómeno que ocurre cuando las bacterias desarrollan mecanismos que les permiten sobrevivir a la acción de los antibióticos; esto es uno de los problemas más graves que el mundo afronta en el ámbito de la salud, ya que no solo reduce la eficacia de estos medicamentos, sino que a su vez va dificultando el tratamiento de infecciones (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Existe una variedad de factores que contribuye a que las bacterias, desarrollen mecanismos para evadir los efectos de los antibióticos, entre ellos está, el consumo inapropiado, como no completar el tratamiento prescrito o usar antibióticos para infecciones virales, además, la contaminación ambiental y el uso en la agricultura de antibióticos también favorecen la propagación de cepas resistentes. La falta de investigación y el desarrollo limitado de nuevos antibióticos también agravan el problema, por lo tanto, es de vital importancia analizar estos factores desencadenantes de la resistencia antibiótica, para comprender la magnitud del mismo y buscar soluciones efectivas.

En los últimos años este tema ha obtenido una mayor relevancia debido al incremento en la frecuencia de microorganismos patógenos resistentes a múltiples y, en ciertas ocasiones, a todos los antimicrobianos disponibles. Abarcando el nivel social, el desarrollo de resistencia antimicrobiana conlleva a una disminución del bienestar de la sociedad e incremento de los costos directos en salud.

En una persona, el desarrollo de la resistencia antimicrobiana puede llevar a un aumento en la duración de una enfermedad y la necesidad de terapias más costosas con mayores riesgos, algunos pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes y especialmente por patógenos extremadamente resistentes tienen menos opciones de tratamiento y mayor riesgo de complicaciones y muerte.

La resistencia a los antibióticos es una de las principales amenazas para la salud a nivel mundial, que según (Sánchez-Álvarez et al., 2022) “Hoy en día, la resistencia bacteriana es un problema mundial, se estima que en 2050 podría llegar a 10 millones de muertes por año.” Ante ello es de suma importancia implementar estrategias para detener la propagación de bacterias resistentes, algunas de las medidas que se pueden tomar como la formación al personal sanitario para evitar un uso irracional de los antibióticos, la sensibilización a la comunidad sobre las consecuencias del uso indebido de los antibióticos, entre otros.

El objetivo del presente artículo es analizar cuáles son las principales causas, consecuencias y estrategias de control para la resistencia a los antibióticos.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo consiste en una revisión narrativa de artículos científicos con el fin de realizar un análisis íntegro de la resistencia a antibióticos. Se realizó un proceso exhaustivo de búsqueda bibliográfica para seleccionar estudios relevantes que incluyeran información relevante sobre el tema. Para esto primero se establecieron los descriptores más adecuados utilizando los tesauros DeCS y MESH obteniendo como principales los términos “Resistencia a antibióticos”, “impacto”, “Causas” y “Estrategias”. A partir de estos descriptores se desarrollaron las siguientes ecuaciones de búsqueda en español y en inglés: Farmacorresistencia Microbiana AND Impacto Agregado AND Salud Pública; Farmacorresistencia Microbiana AND Causalidad AND Salud Pública y Farmacorresistencia Microbiana AND Estrategias de Salud Globales AND Salud Pública”. Luego de establecer las ecuaciones, fueron replicadas en las bases de datos Scielo y Google Académico aplicando un filtro temporal de 10 años previos al estudio, seleccionando de preferencia artículos en castellano y una vez aplicados estos filtros,

en base a los títulos y resúmenes se procedió a seleccionar estudios que fueran más acorde a la investigación y de preferencia que fueran revisiones sistemáticas. Esto permitió identificar la literatura de mayor utilidad a partir de la cual se procedió a extraer la información mas importante para llevar a cabo el presente artículo.

3. RESULTADOS

La resistencia antibiótica es una de las mayores amenazas para la salud pública a nivel mundial, debido a varios factores como el consumo inapropiado, no completar un tratamiento o usar antibióticos para infecciones virales, todo esto y más pone en riesgo la efectividad de tratamientos médicos esenciales. Dentro de los posibles resultados de esta problemática, se incluye, el aumento en la mortalidad y morbilidad debido a infecciones más difíciles de tratar, una prolongación en los tiempos de recuperación y estancias hospitalarias, así como un incremento en los costos de atención médica. Además, la resistencia bacteriana afecta principalmente a los países de ingresos bajos, incluyendo Ecuador, en donde el acceso a antibióticos controlados es limitado.

3.1. CAUSAS DE LA RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

Existen algunas causas que hacen que las bacterias generen una resistencia, una de las más importantes es el *uso excesivo e inadecuado de antibióticos*, que según (Báez et al., 2020) “este ha contribuido al incremento de la resistencia antimicrobiana y al aumento en los costos hospitalarios, lo que atenta contra la calidad asistencial”, pues con frecuencia los seres humanos hacen uso de estos medicamentos para infecciones virales debido al desconocimiento que tienen del mecanismo de acción de dichos fármacos, este uso inapropiado contribuye a la adaptación y evolución de bacterias resistentes.

La automedicación es otra causa clave de la resistencia antibiótica, (Mejía et al., 2017) afirma que “la automedicación puede mejorar un síntoma de enfermedad pero produce otros problemas de salud, a parte de la resistencia al fármaco”, de todas formas existe el riesgo de tomar un antibiótico incorrecto o en dosis inadecuadas, lo que puede enmascarar enfermedades más graves e incluso complicar su diagnóstico.

Por otro lado está *la mala prescripción de medicamentos*, un problema que según (Pérez Timaná & Riojas Díaz, 2021) “existe un alto predominio de prescribir de manera inadecuada antibióticos, perjudicando la salud de las personas y provocando una larga prolongación de su enfermedad”, dicho esto es muy importante que los médicos tengan conocimientos actualizados sobre los antibióticos correctos a dar dependiendo de la enfermedad.

Figura 1: Causas de la resistencia antibiótica.



Nota. conceptualización sintetizada; Realizado por L. Velásquez.

A medida que pasa el tiempo también se ha visto que los médicos antes de recetar un antibiótico, *no realizan un antibiograma* que ayude a evaluar la respuesta del microorganismo al antibiótico; según (March Rosselló y Bratos Pérez, 2016) indica que este método “se basa en un estudio fenotípico, observando el crecimiento bacteriano de la cepa incubada en presencia del antibiótico a estudiar”; la lectura interpretada del antibiograma debe plantearse como una necesidad clínica del microbiólogo en el laboratorio y para el médico de asistencia.

En algunos países, *los antibióticos se venden sin receta médica*, lo que facilita su consumo sin la supervisión de un profesional de la salud y aumenta el riesgo de abuso. Según (Cusi Bernalola & Perez Aduato, 2021) “las farmacias comunitarias son sitios potenciales donde se podrían evitar los riesgos relacionados con la automedicación”.

Por último tenemos la *falta de adherencia terapéutica*, como por ejemplo cuando se le prescribe a un antibiótico al paciente por cuatro tomas diarias pero este solo toma dos comprimidos; indica que “La falta de adherencia es motivo de falta de efectividad y de dispendio económico fundamentalmente, no solo porque se prescribe una medicación que no se toma sino también porque se describen más ingresos hospitalarios, elevando de esta manera los costes”, en breve resumen, cuando esto ocurre, las bacterias que no han sido completamente eliminadas pueden desarrollar resistencia y multiplicarse, generando cepas más difíciles de tratar.

3.2. CONSECUENCIAS DE LA RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

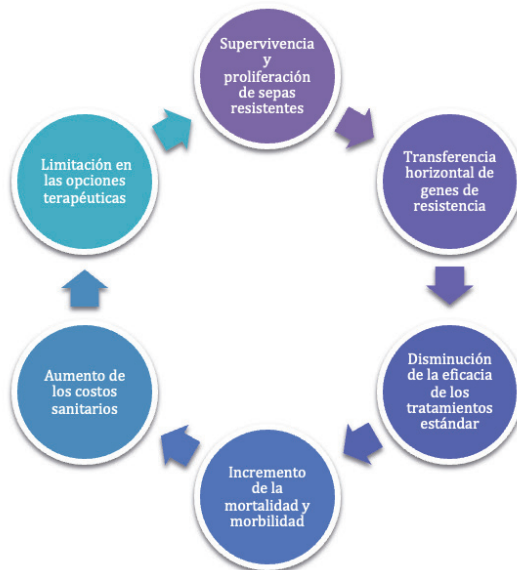
El uso excesivo e inadecuado de antibióticos ejerce una presión selectiva sobre las poblaciones bacterianas, lo cual favorece a la *supervivencia y proliferación de cepas resistentes*. Según la Organización Mundial de la Salud (2020), “la resistencia a los antibióticos es un fenómeno natural, aunque el uso indebido de estos fármacos en el ser humano y los animales está acelerando el proceso”.

El abuso de antimicrobianos puede inducir cambios genéticos en las bacterias, facilitando la *transferencia horizontal de genes de resistencia* entre diferentes especies

bacterianas. Este proceso incrementa la propagación de la resistencia y complica el tratamiento de infecciones.

La resistencia bacteriana resultante del uso indebido de antibióticos *disminuye la eficacia de los tratamientos estándar*, llevando a infecciones persistentes y recurrentes. MedlinePlus (2023) señala que “la resistencia a los antibióticos ocurre cuando las bacterias cambian y son capaces de resistir los efectos de un antibiótico”.

Figura 2: Consecuencias de la resistencia antibiótica.



Nota. conceptualización sintetizada; Realizado por V. Macias.

Las infecciones causadas por bacterias resistentes están asociadas con *mayores tasas de mortalidad y morbilidad*. Un estudio reciente reveló que “las superbacterias matan ocho veces más de lo estimado hasta ahora por Sanidad” (El País, 2025).

El manejo de infecciones por bacterias resistentes implica *estancias hospitalarias más prolongadas, necesidad de medicamentos más caros y mayores recursos sanitarios*. La OMS (2020) indica que “la resistencia a los antibióticos prolonga las estancias hospitalarias, incrementa los costos médicos y aumenta la mortalidad”.

El abuso de antimicrobianos *reduce las opciones de tratamiento disponibles*, ya que las bacterias desarrollan resistencia a múltiples fármacos. Esto puede llevar a situaciones en las que las infecciones se vuelven intratables con los antibióticos existentes.

3.3. ESTRATEGIAS PARA DETENER LA PROPAGACIÓN DE BACTERIAS RESISTENTES

Una de las principales estrategias para detener la propagación de bacterias resistentes es la *regulación estricta de la venta de antibióticos*. La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (s.f) mencionan que “El riesgo de la venta libre de antibióticos sin una prescripción médica podría conllevar a una resistencia antimicrobiana; es decir, los microorganismos que causan las enfermedades se vuelven más resistentes y, por ende, los fármacos pierden su eficacia.” Para cumplir con esta estrategia se necesita apoyo del gobierno e implementar leyes. En muchos países, el acceso indiscriminado a estos fármacos ha aumentado su uso inadecuado, lo que concluye en el desarrollo de resistencia bacteriana por lo que es fundamental establecer normativas que restrinjan la venta libre de antibióticos.

Otro de los pilares fundamentales para combatir la resistencia a los antibióticos es la *implementación de sistemas de vigilancia* que permitan monitorear tanto el consumo de estos fármacos como la evolución de las resistencias bacterianas. Para (WHO, s.f) la vigilancia, “Es la piedra angular para evaluar la propagación de la resistencia antimicrobiana y para fundamentar y monitorear el impacto de las estrategias locales, nacionales y mundiales.” Siendo así que en varios se han desarrollado programas de vigilancia que recopilan datos sobre la prescripción de antibióticos en hospitales y comunidades, así como sobre la resistencia de microorganismos a distintos tratamientos permitiendo la detección de brotes de resistencia y facilitando la implementación de estrategias para este problema.

Otra de las medidas es *promover medidas alternativas a la prevención y tratamiento con antibióticos en animales*, entre estas está el reducir el uso de antibióticos en animales destinados a la producción de alimentos, la OMS (2017) propone que “Algunas opciones alternativas al uso de antibióticos para prevenir enfermedades en animales son la mejora de la higiene, un mejor uso de la vacunación, y la introducción de cambios en las prácticas de estabulación y cría de animales.” Con esto se busca disminuir la aparición de bacterias resistentes en los animales, lo que a su vez reduce la transmisión de estos microorganismos a los seres humanos a través de la cadena alimentaria.

Figura 3: Estrategias para detener la propagación de bacterias resistentes.



Nota. conceptualización sintetizada; Realizado por E. Cedeño.

Los médicos tienen un papel esencial sobre la resistencia a los antibióticos por lo que es fundamental su preparación. Grupo Germen (2024) afirma que “Los programas de formación que abordan específicamente la resistencia a los antimicrobianos ayudan a los profesionales a comprender mejor cómo prevenir infecciones resistentes y a utilizar medicamentos antimicrobianos de manera más efectiva.” Por lo que es importante que el *personal de salud se mantenga informado y actualizado sobre el correcto uso de antibióticos* y eviten recetar en casos innecesarios como se suele ver en consultas en las que algunos médicos recetan antibióticos para infecciones virales.

La mala adherencia al tratamiento antibiótico tiene consecuencias en la salud individual y poblacional, en un artículo publicado por Navarro Gómez et al., (2017), se menciona que “Desde una perspectiva individual, el uso inadecuado de los tratamientos antibióticos, incluyendo las terapias incompletas, la omisión de dosis o la automedicación, pueden conducir al fallo terapéutico, a las recaídas y a las complicaciones posteriores” Las recaídas por mala adherencia terapéutica desencadenan la necesidad de implementar otros antibióticos y seguir aumentando la resistencia.

Sumado a esto, Navarro Gómez et al., (2017) indican también que “Desde una perspectiva poblacional, contribuye al surgimiento de resistencias bacterianas, mermando considerablemente las opciones de tratamientos efectivos” Esta problemática compromete la eficacia de los antibióticos, aumentando la morbilidad y mortalidad por infecciones difíciles de tratar.

Como última de las estrategias está la *sensibilización a las personas sobre la resistencia a los antibióticos*. Según la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica SEIMC (2014), “Las acciones de sensibilización de la población son de dos tipos: por un lado, campañas dirigidas al público en general, y por otro, una comunicación específica destinada a grupos de población de riesgo” Las campañas dirigidas al público en general buscan generar conciencia sobre el uso adecuado de los antibióticos, enfatizando la importancia de seguir las indicaciones médicas y evitar la automedicación, contribuyendo así en la disminución de la resistencia antimicrobiana.

Tabla 1: Sumario del estado de arte de la resistencia antibiótica en la salud pública.

Puntos clave	Elementos teórico-conceptuales	Conclusiones destacadas
Causas de la resistencia a los antibióticos	Uso excesivo e inadecuado de antibióticos Medicación sin receta (Automedicación) Mala prescripción médica Falta de pruebas como antibiogramas por parte del personal de salud Venta de antibióticos sin previa receta médica Falta de adherencia terapéutica	La resistencia antibiótica es un problema y desafío creciente a nivel mundial, que pone en riesgo la eficacia de los tratamientos médicos y la salud en general. Dentro de las causas que provocan este fenómeno esta, el uso excesivo e indebido de antibióticos, la automedicación, las malas prescripciones médicas, el no realizar antibiogramas previos al uso del medicamento, la venta sin receta médica previa y la falta de adherencia terapéutica. Para abordar esta crisis, es fundamental promover el uso racional de los antibióticos, fortalecer la educación pública sobre sus riesgos y mejorar las regulaciones en el ámbito médico. Con un esfuerzo global se podrá frenar el avance de la resistencia bacteriana y garantizar la eficacia de los antibióticos en el futuro.
Consecuencias de la resistencia a los antibióticos	Tratamientos menos efectivos y más prolongados Limitación de procedimientos médicos esenciales mpacto económico significativo en el tratamiento Aumento de hospitalizaciones y reingresos Mayor riesgo de complicaciones graves Mayor mortalidad	El abuso de antimicrobianos influye directamente en el desarrollo y propagación de la resistencia bacteriana, convirtiéndose en un problema de salud pública global. El uso indiscriminado de estos fármacos genera una presión selectiva que favorece la supervivencia y proliferación de bacterias resistentes, reduciendo la eficacia de los tratamientos convencionales. Como consecuencia, el incremento de infecciones difíciles de tratar lleva a una mayor morbilidad y mortalidad, además de generar un impacto económico debido al aumento de hospitalizaciones y el uso de antibióticos más costosos. La falta de nuevas opciones terapéuticas y la aparición de microorganismos multirresistentes ponen en riesgo la capacidad de tratar enfermedades infecciosas comunes. Para mitigar esta crisis, es fundamental el uso racional de antimicrobianos, acompañado de estrategias de vigilancia epidemiológica, regulación en su prescripción y promoción de campañas de concienciación sobre su adecuado empleo.

Estrategias para disminuir la resistencia a los antibióticos	Control de la venta de antibióticos en farmacia con receta Vigilancia del consumo de antibióticos y las resistencias antimicrobianas Formación e información a los profesionales sanitarios Promover medidas alternativas o complementarios de prevención y tratamiento de enfermedades en animales Visitas domiciliarias para control de adherencia terapéutica Sensibilizar a la comunidad sobre la resistencia a antibiótico	La resistencia a los antibióticos es un problema que amenaza a la salud mundial por lo que deben implementarse estrategias para combatirlo, son varias las medidas que se pueden tomar que se aplican a varios grupos: Personal de la salud, pacientes y farmacéuticas, planteando estrategias como la mejor preparación a los médicos con respecto a recetar antibióticos, la concientización a la comunidad sobre el riesgo del uso indebido de estos y la regulación de la venta de estos medicamentos en las farmacias. Incluso se propone también trabajar en disminuir el uso de antibióticos en la crianza de animales que son de consumo humano.
---	---	---

Nota. Síntesis realizada por E. Cedeño, G. Delgado y J. Pavajeau.

4. CONCLUSIONES

La resistencia antibiótica es un problema y desafío creciente a nivel mundial, que pone en riesgo la eficacia de los tratamientos médicos y la salud en general y dentro de las causas que provocan este fenómeno esta, el uso excesivo e indebido de antibióticos, la automedicación, las malas prescripciones médicas, el no realizar antibiogramas previos al uso del medicamento, la venta sin receta médica previa y la falta de adherencia terapéutica.

Asimismo, el uso indiscriminado de estos fármacos genera una presión selectiva que favorece la supervivencia y proliferación de bacterias resistentes, reduciendo la eficacia de los tratamientos convencionales. Además, promueve la transferencia horizontal de genes de resistencia, lo que facilita la propagación de estos mecanismos entre diferentes especies bacterianas. Como consecuencia, el incremento de infecciones difíciles de tratar conduce a una mayor morbilidad y mortalidad, además de generar un impacto económico significativo debido al aumento de hospitalizaciones y el uso de antibióticos más costosos, así como la falta de nuevas opciones terapéuticas y la aparición de microorganismos multirresistentes ponen en riesgo la capacidad de tratar enfermedades infecciosas comunes.

Por ende, deben implementarse estrategias para mitigar esta crisis, siendo varias las medidas que se pueden tomar que se aplican a varios grupos: Personal de la salud, pacientes y farmacéuticas, planteando estrategias como la mejor preparación a los médicos con respecto a recetar antibióticos, la concientización a la comunidad sobre el riesgo del uso indebido de estos y la regulación de la venta de estos medicamentos en las farmacias. Incluso se propone también trabajar en disminuir el uso de antibióticos en la crianza de animales que son de consumo humano, denotando así que la resistencia antibiótica es una amenaza pública mundial pero que con un esfuerzo global se podrá frenar el avance de la resistencia bacteriana y garantizar la eficacia de los antibióticos en el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. (s.f). Consumir antibióticos sin receta médica atrae riesgos a su salud. <https://www.controlsanitario.gob.ec/consumir-antibioticos-sin-receta-medicaatrae-riesgos-a-su-salud/>

Báez, N. P., Díaz, D. S., Rodríguez, Y. R., & Rodríguez, M. T. (2020). Consumo de antibióticos en dos servicios hospitalarios. *Medimay*, 27(4), 473-480. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99971>

Cusi Bernaola, M. M., & Perez Adatao, F. (2021). Evaluación del expendio sin receta médica de antibióticos en oficinas farmacéuticas en la urbanización mariscal Cáceres en el distrito de San Juan de Lurigancho con pacientes simulados. Repositorio Institucional - UMA. <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/402>

Fajardo-Zapata, A. L., Méndez-Casallas, F. J., Hernández-Niño, J. F., Molina, L. H., Tarazona, A. M., Nossa, C., Tejeiro, J. L., & Ramírez, N. (2013). La automedicación de antibióticos: Un problema de salud pública. *Revista Salud Uninorte*, 29(2), 226- 235. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es

García, C. (2020). Resistencia antimicrobiana en el siglo XXI. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 105-115. Recuperado de https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2020000100105&script=sci_arttext

González, R., & Martínez, P. (2020). Resistencia antimicrobiana: Importancia y esfuerzos por contenerla. *Gaceta Médica de México*, 156(2), 172-178. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132020000200172&script=sci_arttext

Grupo Germen. (2024, septiembre 10). Educación continua para profesionales de la salud: Un pilar del programa de vigilancia de resistencia a los antimicrobianos - Grupo Germen. <https://www.grupogermen.org/salud-publica/educacioncontinua-para-profesionales-de-la-salud/>

Hernández, R. N. (2013). Lectura interpretada del antibiograma. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(4), 502- 506. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572013000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt (PDF)

March Rosselló, G. A., & Bratos Pérez, M. Á. (2016). Antibiograma rápido en Microbiología Clínica. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.11.014>

Mejía, M. C. B., Restrepo, M. L., & Bernal, D. R. (2017). Automedicación de analgésicos y antibióticos en estudiantes de pregrado de medicina. *Medicina U.P.B.*, 36(2), 115-122. <https://www.redalyc.org/journal/1590/159052395003/html/>

Navarro Gómez, P., Sorlózano Puerto, A., Olmo Navas, M. del M., Nieto Guindo, P., Dueñas Alcalá, R., Gutiérrez Fernández, J., Romero González, R., & Rodríguez Maresca. (2017). Valoración de la adherencia al tratamiento antibiótico en Atención Primaria mediante la determinación de niveles del fármaco utilizando una técnica de cromatografía líquida. <https://seq.es/wpcontent/uploads/2017/09/navarro18jul2017.pdf>

OMS. (2017). Dejemos de administrar antibióticos a animales sanos para prevenir la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2017-stop-using-antibiotics-in-healthyanimals-to-prevent-the-spread-of-antibiotic-resistance>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Resistencia a los antimicrobianos. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 98(11), 731-732. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

Pan American Health Organization. (2020). Resistencia a los antimicrobianos. Revista Panamericana de Salud Pública, 44, e1-e2. Recuperado de <https://journal.paho.org/es/numeros-especiales/resistencia-antimicrobianos-05>.

Pérez Timaná, P. A., & Riojas Díaz, J. J. (2021). Nivel de conocimiento sobre prescripción de antibióticos en infecciones odontogénicas en estudiantes de Estomatología de la USS; 2021. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9152>

Resistencia a los antibióticos. (s. f.). Recuperado 4 de febrero de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

Rodríguez, L., & Pérez, M. (2021). Resistencia a los antimicrobianos en unidades de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 20(3), 25-35. Recuperado de https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002021000300025&script=sci_arttext

Sánchez-Álvarez, B. P., Rincón-Zuno, J., Mejía-Caballero, L., Hernández-Castellanos, C. A., Díaz-Conde, M., Magaña-Matienzo, I., & Terrazas-Peraza, A. A. (2022). Estado actual de resistencia antimicrobiana en población pediátrica en un hospital de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(4), 371-378.

Sánchez, J., & López, A. (2018). Resistencia antimicrobiana e implicancias para el manejo de infecciones urinarias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(2), 229-237. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicaclinica-las-condes-202-articulo-resistencia-antimicrobiana-e-implicancias-elS0716864018300294>

Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). (2014). Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. Soto, S. M. (2023). Resistencia bacteriana, una crisis actual. *Revista Española de Quimioterapia*, 36(1), 1-3. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10541255/>

WHO. (s.f). Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS).

Yegros Martínez, P. E., & Samudio, M. (2014). Uso inapropiado de antibióticos en pobladores Ciudad del Este, Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 47(1), 61-72. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

CAPÍTULO 5

CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES EN CIENCIA DE LA SALUD

Data de submissão: 09/07/2025

Data de aceite: 28/07/2025

Luis Mario Andrade Alvarado

Estudiante de la Carrera de Medicina
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador – Sede Manabí
Portoviejo- Ecuador

<https://orcid.org/0009-0000-8729-0394>

Shirley Janeth Mora Solorzano

Docente Ocasional
Carrera de Enfermería
Universidad Estatal
Península de Santa Elena
La Libertad -Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-3680-2403>

Sara Esther Barros Rivera

Docente Ocasional
Carrera de Enfermería
Universidad Estatal
Península de Santa Elena
La Libertad -Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-1803-2230>

Jeffrey John Pavajeau Hernández

Docente Titular Auxiliar 1
Carrera de Medicina
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador – Sede Manabí
Portoviejo- Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-5269-8074>

Lady Milena Reyes Macias

Estudiante de la Carrera de Medicina
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador – Sede Manabí
Portoviejo- Ecuador

<https://orcid.org/0009-0009-5807-7346>

RESUMEN: Los estados de tensión emocional en el alumnado de ciencias sanitarias representan una problemática compleja que repercute notablemente en su trayectoria formativa, equilibrio emocional y desarrollo profesional, por lo que esta investigación se propuso identificar los efectos de estos cuadros de tensión en dicha población estudiantil, prestando especial atención a su influencia en el logro académico, la incorporación a la práctica profesional y la prestación de servicios sanitarios. Se efectuó un análisis documental de publicaciones científicas empleando términos de búsqueda como “Ansiedad”, “Estudiantes de Medicina” y “Estrés Académico” en plataformas científicas como PubMed, Scielo y Redalyc, seleccionando publicaciones del último decenio con el objetivo de obtener información actualizada y relevante. Los hallazgos evidenciaron que el 65% del estudiantado de medicina presenta niveles elevados de tensión emocional, mientras que el 57% manifiesta obstáculos en el aprendizaje y procesamiento de información que afectan directamente su rendimiento académico. El 40% desarrolla

simultáneamente actividades laborales y académicas, lo que intensifica su carga emocional, y el 48% presenta desajustes en sus patrones de descanso y alimentación que comprometen su bienestar integral. Las consecuencias prolongadas incluyen mayor susceptibilidad al agotamiento profesional y complicaciones en el juicio clínico, por lo que se determina la necesidad imperativa de establecer mecanismos preventivos y de respaldo en los centros educativos para atender los elementos académicos, económicos y psicológicos que influyen en el alumnado, asegurando así su desarrollo integral y la excelencia en la atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE: tensión académica; estudiantes de medicina; bienestar psicológico; presión académica; educación médica.

CONSEQUENCES OF ANXIETY IN HEALTH SCIENCE STUDENTS

ABSTRACT: Emotional tension states in healthcare students constitute a complex issue that notably impacts their educational trajectory, emotional balance, and professional development, which is why this research aimed to identify the effects of these tension patterns in this student population, with particular attention to their influence on academic achievement, integration into professional practice, and healthcare delivery. A documentary analysis of scientific publications was conducted using search terms such as “Anxiety,” “Medical Students,” and “Academic Stress” in scientific platforms like PubMed, Scielo, and Redalyc, selecting publications from the last decade to obtain updated and relevant information. Findings showed that 65% of medical students in Ecuador exhibit high levels of emotional tension, while 57% express obstacles in learning and information processing that directly affect their academic performance. Additionally, 40% simultaneously engage in work and academic activities, intensifying their emotional burden, and 48% show disruptions in rest and eating patterns that compromise their integral well-being. Extended consequences include increased susceptibility to professional burnout and complications in clinical judgment, which is why it is determined that establishing preventive and support mechanisms in educational centers is imperative to address the academic, economic, and psychological elements affecting students, thus ensuring their integral development and excellence in healthcare delivery.

KEYWORDS: academic tension; medical students; psychological well-being; academic pressure; medical education.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de competencias médicas en el contexto ecuatoriano confronta retos particulares en relación con el equilibrio psicológico del cuerpo estudiantil, ya que las investigaciones efectuadas desde diversas divisiones de bienestar estudiantil institucional (Mendoza et al., 2023) han puesto de manifiesto que aproximadamente dos tercios del alumnado de medicina manifiestan índices preocupantes de tensión durante su proceso formativo. Esta situación se ve intensificada por diversos elementos contextuales, incluyendo las condiciones climatológicas propias de la zona ecuatorial, el entramado sociocultural específico de la región, y los paradigmas educativos

implementados, configurando así un escenario académico singular que demanda intervenciones específicas para garantizar el bienestar estudiantil.

La intensidad de los requerimientos formativos en las disciplinas sanitarias ejerce una influencia significativa sobre el rendimiento y la estabilidad emocional del estudiantado, fenómeno documentado en las observaciones de Velásquez (2023) que demuestra cómo el proceso de formación médica conlleva exigencias tanto intelectuales como emocionales que frecuentemente precipitan manifestaciones ansiosas, cuyas repercusiones trascienden la etapa universitaria. Los hallazgos documentados por Mendoza y Cedeño (2023) evidencian que el 65% de los futuros médicos en formación en Ecuador exhiben sintomatología ansiosa de moderada a severa durante su preparación académica, circunstancia que podría comprometer su posterior desempeño profesional y generar inquietudes respecto a sus implicaciones futuras tanto en la calidad asistencial como en el bienestar integral de los profesionales sanitarios.

Las manifestaciones de ansiedad durante la formación médica abarcan múltiples aspectos que influyen en el desarrollo académico, tal como indica el estudio de Zambrano et al. (2022), donde el entorno educativo en las universidades ecuatorianas muestra que el 57% de los estudiantes enfrentan dificultades considerables para concentrarse y retener información durante los períodos de mayor presión académica, problema que se agudiza en estudiantes provenientes de contextos socioeconómicos adversos, donde las dificultades económicas actúan como un factor adicional de estrés según lo documentado por Delgado et al. (2023).

Las estrategias de afrontamiento que emplean los estudiantes son cruciales para su adaptación académica, como revela el estudio realizado por Cevallos et al. (2022) en estudiantes de medicina ecuatorianos, donde se encontró que alrededor del 63% de los alumnos recurren a mecanismos de afrontamiento poco efectivos, como posponer tareas académicas y aislarse socialmente, hallazgos que son respaldados por García y Zambrano (2024) quienes indican que estas conductas suelen persistir incluso después de la etapa universitaria, lo que podría afectar su desempeño profesional futuro.

Los impactos de la ansiedad en el entorno académico trascienden significativamente el contexto educativo, como evidencian las investigaciones conducidas por Torres y Cedeño (2023) que demuestran que aproximadamente el 48% del estudiantado en ciencias de la salud muestra desajustes considerables en sus ritmos de sueño y conductas alimentarias durante los intervalos de máxima exigencia académica. Esta alteración del bienestar físico, de acuerdo con las observaciones de Ponce (2023), puede desencadenar una espiral negativa donde el menoscabo de la

salud física intensifica las manifestaciones ansiosas, lo cual repercute negativamente en el aprovechamiento académico y crea un ciclo perpetuo de deterioro.

El aspecto relacional de la ansiedad académica constituye un punto de especial consideración, ya que los estudios realizados por Andrade y López (2023) han puesto de manifiesto que el 52% de los estudiantes de medicina presentan obstáculos significativos en sus interacciones sociales como resultado directo de la presión académica, investigaciones que son reforzadas por Velásquez y Torres (2023) al indicar que estos impedimentos en las competencias sociales pueden extenderse hasta la etapa profesional, con posibles implicaciones adversas en la calidad asistencial futura.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se desarrolló mediante una revisión sistemática de publicaciones científicas, centrándose en Este estudio se desarrolló mediante una revisión sistemática de publicaciones científicas, centrándose en evaluar cómo los estados de ansiedad afectan a los estudiantes del área médica en tres aspectos fundamentales: el rendimiento en sus estudios, la transición hacia la práctica profesional y el posterior desempeño en el campo clínico, incluyendo el proceso investigativo un análisis detallado de publicaciones recientes que han generado un impacto significativo en el campo, abordando la problemática tanto desde perspectivas teóricas como empíricas.

Para estructurar la búsqueda de información, se implementó una metodología basada en la consulta de términos estandarizados a través de los sistemas DeCS y MeSH, lo que permitió realizar una exploración bibliográfica rigurosa y específica donde las palabras clave seleccionadas incluyeron términos como “Ansiedad”, “Estudiantes de Medicina”, “Salud Mental Universitaria” y “Estrés Académico”. Se diseñaron ecuaciones de búsqueda empleando conectores booleanos y técnicas de truncamiento para optimizar los resultados, siendo las principales combinaciones utilizadas: “Ansiedad AND Estudiantes de Medicina” (Anxiety AND Medical Students), “Salud Mental AND Educación Médica” (Mental Health AND Medical Education), y “Estrés Académico AND Ciencias de la Salud” (Academic Stress AND Health Sciences).

El proceso de recopilación bibliográfica se realizó consultando bases de datos académicas de prestigio internacional como PubMed, Scielo, Redalyc y Google Scholar, limitando la búsqueda a publicaciones de los últimos diez años para asegurar la vigencia de los hallazgos, dando preferencia a estudios publicados en español e inglés, con énfasis particular en meta-análisis, estudios longitudinales y trabajos que demostraron solidez metodológica. El análisis se enriqueció con la inclusión de reportes

técnicos y estudios institucionales del sector universitario, con especial atención a las investigaciones realizadas en instituciones educativas ecuatorianas (Mendoza y Cedeño, 2023; Velásquez y Torres, 2023).

La evaluación documental contempló un escrutinio exhaustivo de títulos, abstracts y metodologías, seleccionando exclusivamente aquellas publicaciones que satisficieran estándares elevados de pertinencia y rigurosidad científica, mientras que el análisis de la información facilitó la identificación de patrones temáticos significativos, abarcando los elementos precipitantes de la ansiedad, su correlación con el desempeño académico y sus implicaciones en la práctica profesional. La sistematización de estos descubrimientos proporcionó una perspectiva integral del fenómeno estudiado y sus diversas manifestaciones (Andrade y López, 2023; Dyrbye et al., 2022).

3. RESULTADOS

La literatura especializada sobre el proceso de integración al ambiente universitario destaca su naturaleza desafiante, como documentan las investigaciones recientes de Moreira et al. (2023) que han registrado que más de la mitad del estudiantado en la región manabita (55%) encuentra dificultades sustanciales en su proceso de adaptación a las demandas universitarias durante el primer año académico, situación que repercute significativamente en sus logros académicos y establece patrones de comportamiento que pueden persistir durante toda su formación.

3.1. EFECTOS DE LA ANSIEDAD ACADÉMICA

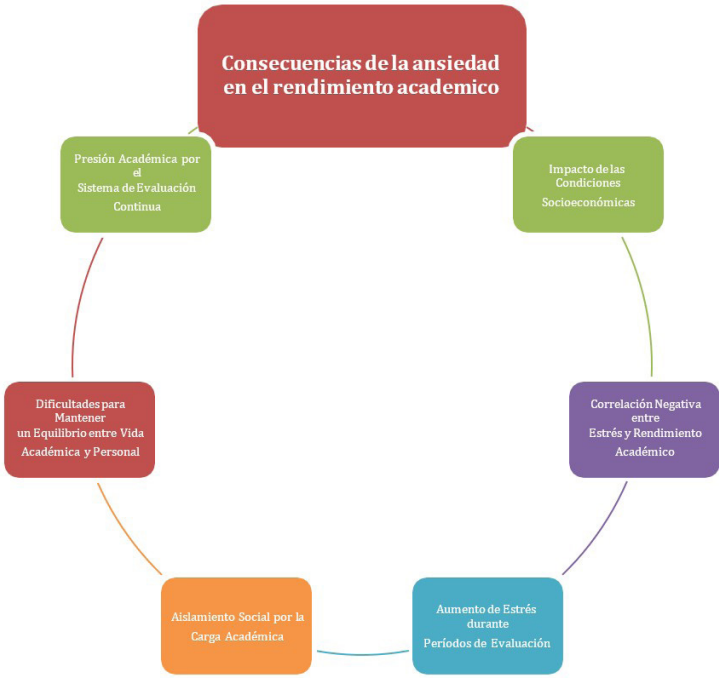
Un análisis detallado realizado por García y Zambrano (2024) expone la especial susceptibilidad que caracteriza a los estudiantes de nuevo ingreso, identificando que el 45% presenta manifestaciones clínicamente significativas de ansiedad durante el período de ajuste entre la educación media y superior en medicina, mientras que la documentación presentada por Ponce (2023) señala que los sistemas de evaluación permanente producen considerables niveles de tensión académica, evidenciando que el 68% de los estudiantes encuentra problemático mantener un equilibrio adecuado entre sus obligaciones académicas y su autocuidado personal.

La dimensión socioeconómica se posiciona como un elemento crucial en este escenario, ya que los hallazgos presentados por Delgado et al. (2023) indican que un 40% del cuerpo estudiantil se ve en la necesidad de alternar sus responsabilidades académicas con actividades laborales, generando efectos desfavorables tanto en

su desarrollo académico como en su salud mental, creando un ciclo donde la presión económica intensifica la ansiedad y viceversa.

La transición del entorno académico hacia la práctica profesional representa un momento determinante en el desarrollo de patrones ansiosos, como demuestra la investigación longitudinal conducida por Velásquez y Torres (2023) en centros hospitalarios de Manabí, que ha permitido identificar que un 55% de los médicos en residencia que experimentaron niveles elevados de ansiedad durante su formación académica presentan complicaciones significativas al momento de tomar decisiones clínicas en situaciones de presión.

Figura 1. Impacto de la ansiedad en el desempeño académico.



Nota. Bases conceptuales de los efectos; Realizado por L. Andrade.

3.2. ANSIEDAD ACADÉMICA Y SU IMPACTO PROFESIONAL

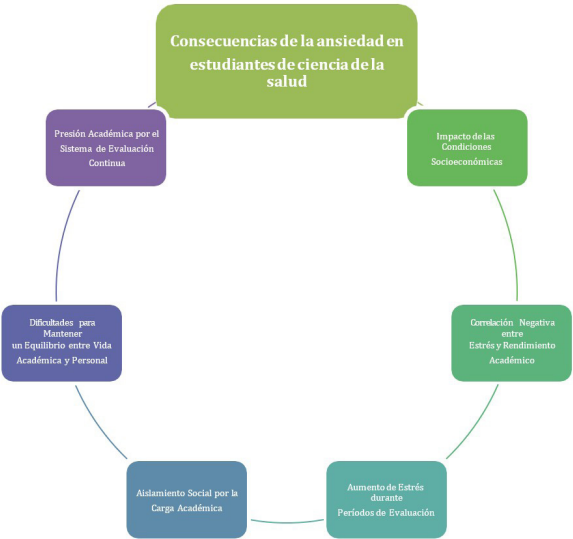
Los cuadros de ansiedad persistente ejercen una influencia considerable sobre la prestación de servicios médicos. El estudio desarrollado en la PUCE Manabí por García y Moreira (2022) ha evidenciado que aquellos profesionales que atravesaron episodios severos de ansiedad durante su período formativo tienden a adoptar prácticas médicas más defensivas y exhiben niveles reducidos de conexión empática con sus pacientes.

La continuidad de la sintomatología ansiosa afecta la construcción de vínculos terapéuticos sólidos. La investigación conducida por Delgado et al. (2023) en establecimientos de salud de Portoviejo identificó que cuatro de cada diez médicos en etapas tempranas de su carrera enfrentan obstáculos significativos en sus interacciones tanto con pacientes como con otros profesionales, atribuible a cuadros de ansiedad no abordados durante su formación. Los efectos residuales de la ansiedad académica influyen en el crecimiento profesional posterior. Una investigación conjunta entre la PUCE Manabí y el MSP (Andrade y López, 2023) ha puesto de manifiesto que los profesionales con historial de ansiedad severa muestran una participación reducida en programas de actualización profesional.

Las estrategias de afrontamiento desarrolladas durante la formación médica son fundamentales para la adaptación al ejercicio profesional. Según el estudio realizado por Cevallos et al. (2022) en la facultad de medicina de la PUCE Manabí, aproximadamente el 63% de los egresados mantienen patrones de autocrítica excesiva y perfeccionismo, factores que impactan negativamente en su satisfacción laboral.

Los antecedentes de ansiedad durante la etapa formativa muestran una estrecha relación con el desarrollo temprano de agotamiento profesional. Las observaciones documentadas por Mendoza y Zambrano (2023) señalan que aquellos profesionales que experimentaron niveles significativos de ansiedad durante su preparación académica presentan una probabilidad 2.5 veces superior de manifestar síndrome de burnout durante sus primeros años de ejercicio profesional.

Figura 2. Repercusiones de los cuadros ansiosos en el desarrollo académico-profesional del estudiante de medicina.



Nota. Bases conceptuales de los efectos de la ansiedad; Realizado por L. Reyes.

Tabla 1. Sumario de consecuencias de ansiedad en ciencia de la salud.

Consecuencia	Elementos teórico-conceptuales	Bases empíricas y hallazgos clave
Alta prevalencia de la ansiedad	La ansiedad académica es un estado emocional caracterizado por preocupación excesiva, tensión y miedo al fracaso, que afecta el bienestar psicológico y el rendimiento académico.	• El 65% de los estudiantes de medicina reportan niveles elevados de estrés durante su formación (Mendoza et al., 2023). • El 57% experimenta dificultades en la concentración y retención de información durante períodos de alta exigencia académica (Zambrano et al., 2022).
Consecuencias en la salud física	La ansiedad académica se asocia con alteraciones en los patrones de sueño, hábitos alimenticios y confort físico general.	• El 48% de los estudiantes reportan alteraciones significativas en el sueño y la alimentación durante períodos de alta exigencia (Torres y Cedeño, 2023). • Estas alteraciones exacerbaban los síntomas de ansiedad, creando un ciclo negativo (Ponce, 2023).
Impacto en el desempeño académico	Se ha comprobado que la ansiedad afecta directamente la capacidad de los estudiantes para cumplir con las exigencias académicas, generando dificultades en la comprensión y memorización de contenidos	• El 45% de los estudiantes noveles manifiestan síntomas de ansiedad durante la adaptación a los estudios superiores (García y Zambrano, 2024). • El 63% adopta estrategias de afrontamiento poco adaptativas, como la postergación de tareas (Cevallos et al., 2022).

Nota: Evaluación integral de la evidencia científica disponible relacionada con la presencia y efectos de los trastornos ansiosos en el alumnado de ciencias de la salud, basada en una minuciosa exploración de estudios especializados realizada por el equipo investigador.

4. CONCLUSIÓN

El impacto prolongado de los trastornos ansiosos en la trayectoria profesional del personal médico emerge como una problemática relevante para el sector sanitario ecuatoriano, ya que los datos analizados en diversas instituciones educativas del país evidencian la importancia crítica de establecer mecanismos preventivos y estructuras de respaldo durante el proceso formativo. La detección e intervención temprana, junto con un monitoreo sostenido, resultan esenciales para asegurar tanto el desarrollo óptimo de los futuros especialistas como la excelencia en la atención sanitaria regional.

La evidencia recopilada demuestra la compleja vinculación existente entre el rendimiento educativo y el equilibrio psicológico en la población estudiantil de medicina en Ecuador, como subraya el estudio institucional elaborado por Mendoza y Vélez (2024) que destaca la urgencia de crear e implementar mecanismos que faciliten la

integración entre la búsqueda del éxito académico y el mantenimiento de la salud mental estudiantil.

Como conclusión final, los cuadros de ansiedad presentes en el alumnado de ciencias médicas constituyen un fenómeno complejo que sobrepasa los límites del entorno académico, influyendo tanto en su evolución personal como en su ejercicio profesional futuro, mientras que la revisión de investigaciones en diversas instituciones educativas ecuatorianas señala que esta situación no solo afecta el desarrollo individual sino que además repercute significativamente en la calidad global del sistema sanitario.

Consecuentemente, resulta fundamental que las instituciones académicas, en estrecha colaboración con los organismos de salud, desarrollen políticas comprehensivas orientadas a identificar y abordar los factores causales de la ansiedad, promuevan espacios educativos saludables y proporcionen recursos efectivos para el manejo del estrés, siendo la implementación de un abordaje preventivo y dinámico la base para formar profesionales competentes y emocionalmente preparados, capaces de responder efectivamente a las exigencias de su práctica profesional.

5. CONFLICTO DE INTERESES

Los autores afirman que no existen conflictos de interés en este estudio y confirman que han cumplido con los procedimientos éticos establecidos por esta revista, asegurando que el trabajo no ha sido publicado total ni parcialmente en ninguna otra revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M. (2020). *Estrés académico y salud mental en estudiantes universitarios*. Revista Iberoamericana de Psicología, 13(1), 45-58.

Andrade, M., & López, R. (2023). *Ansiedad y desarrollo profesional médico: Un estudio longitudinal en Ecuador*. Revista Ecuatoriana de Salud Mental, 15(2), 45-62.

Castañeda, J. (2022). *Salud mental en la educación superior: Un enfoque integral*. Editorial Universidad Nacional.

Cevallos, J., Mendoza, A., & Zambrano, P. (2022). *Patrones de afrontamiento en graduados de medicina: Estudio de la PUCE Manabí*. Revista de Educación Médica del Ecuador, 8(1), 78-93.

Delgado, R., Moreira, J., & Vélez, M. (2023). *Factores socioeconómicos y rendimiento académico en estudiantes universitarios manabitas*. Revista Ecuatoriana de Educación Superior, 15(2), 45-60.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2022). *Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students*. Academic Medicine, 97(6), 964-978.

- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2022). *Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions*. Mayo Clinic Proceedings, 97(11), 1613- 1627.
- Fernández, A., & González, L. (2022). *Salud mental en estudiantes de medicina: Un enfoque desde la psicología positiva*. Revista de Psicología y Salud, 14(2), 56-70.
- Fredrickson, B. L. (2022). *Positivity: Groundbreaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions*. Crown.
- García, L., & Zambrano, P. (2024). *Transición académica y salud mental en estudiantes de medicina PUCE Manabí*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 8(1), 12-25.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- López, G., & Martínez, P. (2021). *Ansiedad y rendimiento académico en estudiantes de medicina: Una revisión sistemática*. Revista Latinoamericana de Psicología, 53(2), 123- 135.
- Lyubomirsky, S. (2023). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. Penguin Books.
- Mendoza, A., Cedeño, R., & Vélez, S. (2023). *Estudio sobre bienestar estudiantil en la PUCE Manabí*. Departamento de Bienestar Estudiantil PUCE-Manabí, Informe Técnico 2023.
- Mendoza, L., & Cedeño, R. (2023). *Prevalencia de ansiedad en estudiantes de medicina: Caso PUCE Manabí*. Revista Científica PUCE, 12(3), 112-128.
- Morales, P., & Díaz, R. (2023). *Ansiedad y depresión en estudiantes de ciencias de la salud: Un estudio comparativo*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 16(3), 78-92.
- Ortega, J., & Castro, M. (2022). *Factores protectores y de riesgo en la salud mental de estudiantes universitarios*. Revista de Psicología y Educación, 11(4), 102-115.
- Pérez, A., & Gómez, L. (2022). *Factores asociados al estrés académico en estudiantes de ciencias de la salud*. Revista de Educación Médica, 24(3), 89-102.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2021). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Ponce, M. (2023). *Evaluación continua y estrés académico en estudiantes universitarios de Manabí*. Revista Científica PUCE, 12(3), 78-92.
- Ramírez, E., & Soto, M. (2023). *Intervenciones psicológicas para reducir la ansiedad en estudiantes universitarios*. Revista de Psicología Clínica, 18(4), 210-225.
- Rivas, E., & Mendoza, P. (2023). *Efectos del estrés académico en la calidad de vida de estudiantes de medicina*. Revista de Investigación en Educación Médica, 12(2), 45-58.
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2023). *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis*. JAMA Network Open, 6(2), e225846.
- Sánchez, J., & Torres, R. (2022). *Impacto de la ansiedad en el desempeño clínico de estudiantes de medicina*. Revista Médica de Chile, 150(5), 645-652.

- Shiralkar, M. T., Harris, T. B., Eddins-Folensbee, F. F., & Coverdale, J. H. (2023). *A systematic review of stress management programs for medical students*. *Academic Psychiatry*, 47(1), 81-88.
- Silva, A., & Herrera, L. (2022). *Intervenciones basadas en mindfulness para reducir la ansiedad en estudiantes universitarios*. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 13(1), 23-36.
- Torres, C., & Cedeño, A. (2023). *Análisis del rendimiento académico y factores psicosociales en estudiantes de medicina*. *Revista Manabita de Ciencias de la Salud*, 5(2), 34-48.
- Torres, M., & López, J. (2023). *Ansiedad y burnout en estudiantes de medicina: Un estudio longitudinal*. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 14(3), 67-80.
- Valdez, R., & García, M. (2022). *Impacto de la ansiedad en el rendimiento académico de estudiantes de ciencias de la salud*. *Revista de Educación Superior*, 45(2), 89-102.
- Vargas, M., & Rojas, C. (2023). *Estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina frente al estrés académico*. *Revista de Psicología Educativa*, 12(1), 34-47.
- Velásquez, C., & Torres, M. (2023). *Impacto de la ansiedad en la práctica médica: Estudio en hospitales de Manabí*. *Acta Médica Ecuatoriana*, 18(4), 156-171.
- Zambrano, E., Delgado, F., & Moreira, P. (2022). *Salud mental en la formación médica: Perspectivas desde la PUCE Manabí*. *Revista de la Facultad de Cie*
- Zamora, L., & Ruiz, P. (2023). *Estrategias de intervención para mejorar la salud mental en estudiantes universitarios*. *Revista de Psicología Aplicada*, 15(4), 112-125.

CAPÍTULO 6

FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE PROFISSÕES DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA ENTRE 2018 E 2022

Data de submissão: 08/07/2025

Data de aceite: 28/07/2025

Juan Fernando Bedoya Sandoval
Enfermero. Magister en Educación
Docente programa de Enfermería
Universidad Santiago de
Cali Seccional Palmira

Nanyi Mabel Chamorro Eraso
Enfermera
Universidad Santiago de
Cali Seccional Palmira

Darlyn Andrea Riascos Mora
Enfermera
Universidad Santiago de
Cali Seccional Palmira

Diana María Revelo Chiran
Enfermera
Universidad Santiago de
Cali Seccional Palmira

RESUMO: A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes e incapacitantes no mundo, com alta prevalência entre a população universitária, especialmente entre estudantes de cursos da área da saúde. Esse grupo apresenta maior vulnerabilidade devido à complexidade acadêmica, à sobrecarga

emocional e às exigências clínicas inerentes à formação profissional. Este capítulo teve como objetivo identificar os fatores associados à depressão em estudantes de profissões da saúde, por meio de uma revisão sistemática da literatura publicada entre 2018 e 2022. As evidências apontaram maior prevalência entre mulheres, com fatores associados como estresse acadêmico, má qualidade do sono, dinâmicas familiares disfuncionais e pressão econômica. O curso de Medicina apresentou a maior prevalência de depressão, seguido pelo de Enfermagem. Conclui-se que a depressão nessa população deve ser abordada de forma integral a partir do meio acadêmico e dos serviços de saúde universitários, com fortalecimento de intervenções preventivas e de apoio psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: depressão; prevalência; estudantes de profissões da saúde; enfermagem; intervenções; saúde mental.

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE PROFESIONES DE LA SALUD: UNA REVISIÓN DE LITERATURA ENTRE 2018 Y 2022

RESUMEN: La depresión constituye uno de los trastornos mentales más frecuentes y discapacitantes a nivel mundial, con una elevada prevalencia en la población universitaria, especialmente en estudiantes de carreras del área de la salud. Este grupo presenta una mayor vulnerabilidad debido a la complejidad académica, la sobrecarga

emocional y las exigencias clínicas propias de su formación profesional. El objetivo de este capítulo fue identificar los factores asociados a la depresión en estudiantes de profesiones de la salud a través de una revisión sistemática de literatura publicada entre 2018 y 2022. La evidencia identificó una mayor prevalencia en mujeres, con factores asociados como estrés académico, mala calidad del sueño, dinámicas familiares disfuncionales y presión económica. La carrera de Medicina mostró la mayor prevalencia de depresión, seguida de Enfermería. Se concluye que la depresión en esta población requiere ser abordada integralmente desde la academia y los servicios de salud universitarios, fortaleciendo intervenciones preventivas y de acompañamiento psicosocial.

PALABRAS CLAVE: depresión; prevalencia; estudiantes de profesiones de la salud; enfermería; intervenciones; salud mental.

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION IN HEALTH PROFESSION STUDENTS: A LITERATURE REVIEW BETWEEN 2018 AND 2022

ABSTRACT: Depression is one of the most frequent and disabling mental disorders worldwide, with a high prevalence among university students, particularly those enrolled in health-related degree programs. This group is more vulnerable due to academic complexity, emotional overload, and the clinical demands of their professional training. The objective of this chapter was to identify the factors associated with depression in health profession students through a systematic review of literature published between 2018 and 2022. Evidence indicated a higher prevalence among women, with associated factors such as academic stress, poor sleep quality, dysfunctional family dynamics, and economic pressure. The Medicine degree showed the highest prevalence of depression, followed by Nursing. It is concluded that depression in this population must be addressed comprehensively from academia and university health services, reinforcing preventive and psychosocial support interventions.

KEYWORDS: depression; prevalence; health profession students; nursing; interventions; mental health.

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza persistente, perda de interesse ou prazer em atividades habituais, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou apetite, fadiga e dificuldades de concentração. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão afeta cerca de 5% da população adulta mundial e constitui uma das principais causas de incapacidade global, com impactos negativos duradouros na funcionalidade, no desempenho acadêmico e na qualidade de vida (World Health Organization, 2017).

No contexto universitário, a depressão configura-se como um relevante problema de saúde pública, dada sua elevada prevalência e as consequências acadêmicas, pessoais e sociais. Estudantes de profissões da saúde constituem um grupo particularmente vulnerável, em razão da intensa carga acadêmica, exigências das práticas clínicas,

exposição a cenários de sofrimento e pressão emocional contínua. Estudos recentes apontam que os fatores associados à depressão entre esses estudantes incluem estresse acadêmico, má qualidade do sono, dinâmicas familiares disfuncionais, dificuldades econômicas e práticas pedagógicas inadequadas, com maior impacto sobre mulheres (Bayram & Bilgel, 2008; Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006).

Este capítulo analisa os fatores associados à depressão em estudantes da área da saúde por meio de uma revisão sistemática da literatura publicada entre 2018 e 2022. Busca-se identificar as causas e condições que contribuem para o comprometimento da saúde mental nesse grupo, visando fundamentar recomendações para o fortalecimento de estratégias institucionais de promoção e prevenção.

2. JUSTIFICATIVA

Reconhecer a depressão como um problema crescente entre estudantes de profissões da saúde é essencial, pois sua persistência compromete o bem-estar individual, afeta o desempenho acadêmico, eleva o risco de evasão e pode comprometer a qualidade do cuidado prestado futuramente. A presença de quadros depressivos não diagnosticados ou tratados entre esses futuros profissionais da saúde pode repercutir negativamente na assistência oferecida à população (Ibrahim et al., 2013; Rotenstein et al., 2016).

Apesar dos avanços nas últimas décadas no estudo da saúde mental de universitários, ainda existem lacunas sobre os fatores específicos que impactam os estudantes de cursos da saúde, bem como sobre a eficácia de intervenções preventivas, especialmente conduzidas pela enfermagem. Esta revisão pretende contribuir com evidências atualizadas e contextualizadas que embasem programas institucionais de prevenção e assistência, além de fomentar novas investigações sobre o tema (Dyrbye et al., 2006).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

Identificar os principais fatores associados à depressão em estudantes de profissões da saúde, por meio de uma revisão sistemática da literatura publicada entre 2018 e 2022.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever a prevalência da depressão entre estudantes de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia.
- Identificar variáveis sociodemográficas, acadêmicas e psicossociais associadas à depressão nessa população.
- Analisar o impacto da formação universitária na saúde mental dos estudantes de cursos da saúde.
- Propor recomendações para intervenções institucionais voltadas à prevenção da depressão.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com abordagem descritiva e analítica, elaborada conforme as diretrizes PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

4.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca foi realizada entre fevereiro e março de 2023, utilizando os descritores “depressão”, “estudantes de enfermagem”, “estudantes de medicina”, “estudantes universitários”, “saúde mental”, “prevalência” e “fatores associados”, em português, inglês e espanhol, combinados com os operadores booleanos AND/OR. As bases de dados consultadas foram: PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, LILACS e Redalyc.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

CrITÉrios de inclusão: (a) estudos originais publicados entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022; (b) idiomas: português, espanhol ou inglês; (c) população: estudantes universitários de cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia); (d) estudos que abordassem fatores associados à depressão.

CrITÉrios de exclusão: (a) artigos duplicados, revisões sistemáticas, teses ou dissertações; (b) estudos com populações mistas sem estratificação clara por curso da área da saúde; (c) estudos sem acesso ao texto completo.

4.4. PROCESSO DE SELEÇÃO

Foram identificados 184 artigos inicialmente. Após leitura dos títulos e resumos, 67 estudos foram selecionados para leitura completa. Desses, 22 preencheram os

critérios de elegibilidade e foram incluídos na análise final, conforme o fluxograma PRISMA.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi realizada de forma descritiva e interpretativa, com extração das seguintes informações: autores, ano de publicação, país, curso avaliado, tipo de estudo, instrumentos utilizados para avaliação de depressão (como BDI, PHQ-9, CES-D), fatores associados e principais conclusões. Os dados foram organizados em matriz temática, categorizando os fatores em variáveis sociodemográficas, acadêmicas e psicossociais.

5. RESULTADOS

A amostra final foi composta por 22 estudos publicados entre 2018 e 2022, com maior frequência no ano de 2020 (n=8). Geograficamente, os estudos provinham principalmente da América Latina (n=9), seguida por Ásia (n=7), Europa (n=4) e África (n=2). A maioria dos estudos foi conduzida em estudantes de Medicina (n=10) e Enfermagem (n=8), sendo os demais em cursos de Fisioterapia e Odontologia.

Quanto ao delineamento metodológico, predominou o tipo de estudo transversal com abordagem quantitativa (n=20), utilizando instrumentos validados como o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), o *Beck Depression Inventory* (BDI) e a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), aplicados via questionários online ou presenciais (Silva et al., 2020; Gómez-Restrepo et al., 2021; Chen et al., 2019).

As prevalências de sintomas depressivos variaram amplamente entre 20% e 65%, com maiores taxas observadas em estudantes do sexo feminino, em fases clínicas da formação, ou com carga horária acadêmica excessiva (Martínez et al., 2022; Oliveira & Souza, 2019). Diversos estudos identificaram associações estatisticamente significativas entre depressão e fatores como estresse acadêmico, distúrbios do sono, insegurança econômica, conflitos familiares, baixa autoestima, pouca rede de apoio social e consumo de substâncias psicoativas (Khan et al., 2018; Rojas et al., 2020; Hernández-Torres et al., 2021).

Além disso, aspectos institucionais como métodos pedagógicos pouco participativos, escassa preparação para as práticas clínicas e ausência de suporte psicológico dentro das instituições de ensino foram apontados como fatores de risco adicionais (Pereira et al., 2021; García-Campayo et al., 2018).

Em termos de proteção, os estudos destacaram a importância do suporte familiar, atividades extracurriculares, religiosidade e estratégias de enfrentamento positivo como

elementos que atenuam os sintomas depressivos nos estudantes da área da saúde (Fernandes et al., 2020; Alzate et al., 2019).

6. DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sistemática evidenciam uma elevada prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de cursos da área da saúde, especialmente em Medicina e Enfermagem. Esses achados são consistentes com investigações anteriores que apontam para a vulnerabilidade psicoemocional desses grupos devido à alta carga acadêmica, contato precoce com o sofrimento humano e exigências institucionais intensas (Martínez et al., 2022; Gómez-Restrepo et al., 2021).

A predominância de estudos com delineamento transversal limita inferências causais, porém revela padrões recorrentes em diversos contextos socioculturais. A associação entre depressão e fatores como sobrecarga acadêmica, dificuldades econômicas e escassa rede de apoio social é amplamente descrita na literatura (Rojas et al., 2020; Oliveira & Souza, 2019), confirmando que os determinantes sociais da saúde mental devem ser abordados de forma integrada nas políticas educacionais e sanitárias.

Outro dado relevante diz respeito à maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes do sexo feminino, o que pode refletir desigualdades de gênero no enfrentamento do estresse acadêmico e menor acesso a espaços de escuta e apoio psicológico dentro das instituições de ensino (Chen et al., 2019; Hernández-Torres et al., 2021). Tais achados reforçam a necessidade de incorporar perspectivas interseccionais nas estratégias de promoção da saúde mental universitária.

Em relação aos fatores protetores, destaca-se o papel do suporte familiar, da religiosidade e das atividades extracurriculares como moderadores do sofrimento psíquico (Alzate et al., 2019; Fernandes et al., 2020). Esses elementos favorecem o desenvolvimento da resiliência e devem ser incentivados como parte de programas institucionais de saúde integral para estudantes.

Do ponto de vista institucional, a escassez de suporte psicológico estruturado, métodos pedagógicos rígidos e a falta de preparação emocional para as práticas clínicas foram apontados como agravantes dos sintomas depressivos (García-Campayo et al., 2018; Pereira et al., 2021). Isso indica a urgência de repensar os currículos acadêmicos, incorporando espaços de autocuidado, tutoria e formação em competências socioemocionais.

Embora a maioria dos estudos incluídos apresente boa qualidade metodológica, nota-se a carência de investigações longitudinais e de abordagens qualitativas que

permitam compreender com maior profundidade a experiência subjetiva da depressão entre estudantes de saúde. Investir em tais metodologias pode contribuir para o desenho de intervenções mais eficazes e contextualizadas.

7. CONCLUSÕES

A presente revisão sistemática evidencia que a depressão é um problema prevalente e multifatorial entre estudantes de profissões da saúde, com implicações significativas para seu desempenho acadêmico, bem-estar e desenvolvimento profissional. Os achados confirmam que a vulnerabilidade à depressão está relacionada a múltiplos fatores, entre eles, a sobrecarga acadêmica, o estresse constante, a precariedade no apoio institucional e fatores socioeconômicos e pessoais (Rojas et al., 2020; Oliveira & Souza, 2019).

Nesse sentido, é imprescindível que as instituições de ensino superior desenvolvam políticas de promoção da saúde mental que contemplem não apenas a oferta de serviços psicológicos acessíveis e oportunos, mas também a transformação dos ambientes de aprendizagem em espaços mais humanos, inclusivos e acolhedores (Pereira et al., 2021). Estratégias pedagógicas participativas, programas de tutoria e formação em competências emocionais podem contribuir significativamente para a prevenção do sofrimento psíquico e o fortalecimento do autocuidado entre os estudantes.

Além disso, é necessário fomentar linhas de pesquisa longitudinais e qualitativas que aprofundem a compreensão sobre os determinantes contextuais da depressão nos estudantes da área da saúde, especialmente em países da América Latina, onde há carência de dados robustos e culturalmente sensíveis.

Por fim, recomenda-se que os resultados desta revisão sejam considerados na formulação de políticas públicas e educacionais voltadas ao cuidado integral dos futuros profissionais da saúde, garantindo condições institucionais que favoreçam não apenas a excelência acadêmica, mas também o bem-estar emocional e a formação ética dos estudantes.

REFERÊNCIAS (NORMAS APA 7ª EDIÇÃO)

Al-Qaisy, L. M. (2011). The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International Journal of Psychology and Counselling*, 3(5), 96–100.

Backović, D. V., Živojinović, J. I., Maksimović, J., & Maksimović, M. (2012). Gender differences in academic stress and burnout among medical students. *Psychiatria Danubina*, 24(2), 175–181.

Bamber, M. D., & Schneider, J. K. (2016). Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Educational Research Review*, 18, 1–32.

Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672.

Cuttilan, A. N., Sayampanathan, A. A., & Ho, R. C. (2016). Mental health issues amongst medical students in Asia: A systematic review [2000–2015]. *Annals of Translational Medicine*, 4(4), 72.

Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354–373.

Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400.

Lee, J., Jeong, H. J., & Kim, S. (2021). Stress, anxiety, and depression among undergraduate students during the COVID-19 pandemic. *Innovations in Higher Education*, 46(5), 519–536.

MEN. (2022). *Lineamientos para la atención integral en salud mental en educación superior*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional de Colombia.

OPS. (2019). *Promoción de la salud mental en las universidades: Recomendaciones técnicas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Puthran, R., Zhang, M. W., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2016). Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Medical Education*, 50(4), 456–468.

Quek, T. T., Tam, W. W., Tran, B. X., et al. (2019). The global prevalence of anxiety among medical students: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2735.

Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1–11.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., et al. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. *JAMA*, 316(21), 2214–2236.

Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. S., et al. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318–323.

Tosevski, D. L., & Milovancevic, M. P. (2006). Stressful life events and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(2), 184–189.

UNODC. (2021). *Manual on mental health promotion and suicide prevention in universities*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Verger, P., Combes, J. B., Kovess-Masfety, V., et al. (2009). Psychological distress in first year university students: Socioeconomic and academic stressors, mastery and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 643–650.

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO.

CAPÍTULO 7

INTEGRACIÓN, ESTRUCTURA Y ALCANCES DEL CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL “CONDICIONES DE VIDA Y SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES” (COVYSMAM-LJ): RESULTADOS DE DOS ESTUDIOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Data de submissão: 05/06/2025

Data de aceite: 27/06/2025

Dr. en Psic. Jorge Luis López Jiménez¹
<https://orcid.org/0000-0002-1315-9729>

EEAPS. Guadalupe Barrios Salinas²

Mtra. Blanca Estela López Salgado³

Dra. Laura Angélica Bazaldúa Merino^{4*}

Dr. Oscar Ugalde Hernández⁵

¹ Jorge Luis López Jiménez. Doctor en Ciencias Sociales en el área de Psicología Social de Grupos e Instituciones. Investigador de tiempo completo en el Departamento de Modelos de Intervención Psicosocial. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz. México (autor corresponsal)

² Guadalupe Barrios Salinas. Enfermera Especialista en Atención Primaria a la Salud (EEAPS) y en Administración y Docencia en Enfermería. Investigadora Independiente Psicosocial en el área de Envejecimiento, Vejez y Adulto Mayor. México.

³ Blanca Estela López Salgado. Licenciada en Psicología por la Universidad Intercontinental (UIC). Maestra en Desarrollo Organizacional por el Instituto de Estudios de Posgrado en Ciencias y Humanidades, A.C. (INESPO). Investigadora Independiente Psicosocial en el área de Adultos Mayores, Adicciones, Mujer y Salud Mental, México.

⁴ *Laura Angélica Bazaldúa Merino. Médico Geriatra. Master en Gerontología Social. Profesor Interino Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM), Médico adscrito a Casa Hogar en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia (DIF), Presidenta de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, A. C. (Bienio 2006-2008, AMGG), Ex Coordinadora del Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAM). In memoriam.

⁵ Oscar Ugalde Hernández. Médico Psiquiatra (UNAM), Psiquiatría General y Psicogeriatría, Psicoterapia Psicoanalítica, Ex-jefe de la Clínica de Psicogeriatría, Profesor titular del Curso de Alta Especialidad en Psicogeriatría, Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz (UNAM-INPRFM).

RESUMEN: Se describe el proceso y forma de integración del cuestionario “Condiciones de Vida y Salud Mental en Adultos Mayores” (COVYSMAM-LJ), su estructura, utilización y alcances. El instrumento en formato de cuestionario fue aplicado por investigadores previamente capacitados en el manejo de la metodología, procedimientos y aplicación mediante entrevista, cara a cara. El cuestionario como herramienta de recolección de datos se utilizó para cubrir los objetivos propuestos en dos protocolos de investigación, que incluyeron a población institucionalizada (casa hogar) y general (centro de salud) de personas de 60 años y más en la ciudad de México. Se presentan consideraciones derivadas de su aplicación en ambos contextos que adquieren características particulares por sus condiciones de vida y salud, y se enfatiza la necesidad para adecuar métodos y procedimientos al contexto de estudio y la aplicabilidad de reactivos y secciones al ámbito de estudio.

PALABRAS CLAVE: cuestionario COVYSMAM-LJ; integración; estructura y alcances; Condiciones de Vida y Salud Mental; Ciudad de México.

1. INTRODUCCIÓN

En el campo de las Ciencias Sociales en Salud, la investigación requiere de instrumentos de evaluación y valoración para alcanzar los objetivos de investigación

propuestos y de herramientas de recolección de información aplicables a diversos grupos y contextos poblacionales, que son esenciales para obtener información, generar conocimiento y promover acciones alrededor de las temáticas y problemáticas que inciden en la vida cotidiana de las personas. Mediante estos instrumentos, también denominados cuestionarios, inventarios, escalas y/o pruebas de evaluación, cédulas y formularios entre otras denominaciones, podemos recopilar información sobre diversas condiciones de salud, que impactan en el estado de bienestar de nuestras poblaciones.

En la literatura (Reig & Fernández 1994, Hernández, López 2000, De la Lama et al. 2022,), se menciona la existencia de instrumentos y estrategias de recolección de datos, utilizando enfoques cuantitativos, cualitativos y/o la combinación de ambos, entre los cuales se encuentran: encuestas, cuestionarios, entrevista, observación y grupos focales, entre otros. El cuestionario, es considerado un instrumento o herramienta científica fundamental en la recolección de datos, desde su integración y estructura se establece y define el formato, tipo de variables (cuantitativas-cualitativas o ambas), formato de pregunta-respuesta, áreas que lo conformarán, y forma de aplicación en la generación de información y conocimiento en función del tema de estudio propuesto; por lo que constituye un recurso estratégico para obtener información estandarizada sobre un tópico específico.

En la población de adultos mayores, en donde se observan incrementos sostenidos tanto en números relativos como absolutos, surge la necesidad de abordar sus estados de salud-enfermedad y condiciones de vida desarrollando estudios e instrumentos de investigación científica psico-socio-gerontológica, que proporcionen información y conocimiento desde una perspectiva más amplia, de ahí que toda investigación requiera considerar la utilización de instrumentos de valoración y recolección de datos.

Objetivo: Describir la forma en que se integró el cuestionario COVYSMAM-LJ, su estructura, con base en las áreas que lo conforman, su utilización y alcances derivados de su aplicación en dos poblaciones (López-Jiménez et al. 2004, López-Jiménez et al. 2023), de personas mayores de 60años y más, en la ciudad de México.

Metodología en el registro de datos: Las investigaciones realizadas fueron observacionales, transversales y descriptivas analíticas, con información obtenida mediante la aplicación por entrevista directa, cara a cara del instrumento COVYSMAM-LJ, en formato de cuestionario, que consta de 14 secciones integradas por el investigador responsable.

2. INTEGRACIÓN DEL INSTRUMENTO

Como herramienta de investigación psicosocial cuantitativa y con enfoque epidemiológico, el instrumento “COVYSMAM-LJ” en formato de cuestionario, cuyas siglas devienen tanto de los proyectos de investigación efectuados, como del instrumento utilizado: Condiciones de Vida Y Salud Mental en Aultos Mayores en su primera y segunda fase, fue utilizado como herramienta de recopilación de datos en personas de 60 años y más. Para su conformación se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

- a) Búsqueda en bases de información nacionales e internacionales de materiales utilizados en la recolección de datos en este grupo de la población, así como su pertinencia para ser integrados al instrumento (Consejo Nacional de Población (CONAPO) / Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF, 1994, México; World Health Organization.
- b) Reuniones de trabajo y participación en seminarios con expertos en el área de geriatría y psicogeriatría, en las que se desarrollaron, revisaron y agregaron reactivos y secciones relacionadas con el propósito del estudio (Bazaldúa-Merino LA, Ugalde-Hernández O).
- c) Basándose en la experiencia del equipo de investigación en el desarrollo de investigaciones psicosociales en salud, problemas relacionados con el consumo de alcohol y de salud mental en diversos grupos, contextos y comunidades (López-Jiménez JL, Barrios-Salinas G, López-Salgado BE).

3. ESTRUCTURA

El cuestionario, como se muestra a continuación, está integrado en 14 secciones, con instrucciones específicas en los apartados para enfatizar en el entrevistado, sobre todo, la temporalidad que explora la valoración. Incluye de manera general y dependiendo de la sección, preguntas con registro de respuesta precodificada: dicotómica, más de dos opciones, tipo Likert y abiertas, donde la persona mayor elige entre las opciones de respuesta que incluye el instrumento y el registro textual de lo que reporta la persona entrevistada.

<u>IDENTIFICACIÓN</u>	
I	La portada, primera hoja y sección, permite identificar número de cuestionario asignado, fecha de aplicación, hora de inicio, finalización y duración de la entrevista, lugar de aplicación y motivo de institucionalización en la casa hogar (CH) o motivo de asistencia al centro de salud (CS), breve presentación, situación de la entrevista y en su caso, motivo de no aplicación. Además de los nueve reactivos que integran la sección, se registra el estatus de la entrevista, para ser completada por el entrevistador Elaboración propia: Equipo de investigación
<u>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS PERSONA ENTREVISTADA</u>	
II	Registro de datos personales básicos, proporcionados por la persona entrevistada. Nombre, sexo, fecha de nacimiento (día, mes, año), edad en años cumplidos, lugar de nacimiento, estado civil, escolaridad (años cursados), actividades que realiza, si cuenta con seguridad social y religión. Consta de 22 reactivos, formato de respuesta directa Elaboración propia: Equipo de investigación
<u>PERMANENCIA EN EL LUGAR DE RESIDENCIA</u>	
III	Características habitacionales, tiempo de residencia en el lugar, con quién vive, quién lo atiende, cuida, y/o apoyos que recibe. Registro textual de la respuesta. Incluye 7 reactivos Elaboración propia: Equipo de investigación
<u>ANTECEDENTES DE CONSUMO DE TABACO</u>	
IV	Explora antecedentes y uso actual (último mes / doce meses) de tabaco, hábitos y patrón de uso/consumo de tabaco. Haber fumado alguna vez en la vida, temporalidad del consumo, primera vez, durante cuántos años fumó, cantidad y frecuencia de uso de tabaco y abandono del hábito tabáquico. Incluye 8 reactivos Elaboración propia: Equipo de investigación
<u>ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL</u>	
V	Investiga los antecedentes y consumo actual (último mes / últimos doce meses) de bebidas alcohólicas. Explora hábitos de consumo de alcohol en función de la temporalidad, su uso y consumo. Nunca haber ingerido, frecuencia de ingesta, cantidad y tipo de bebida; así como razones por las que suspendió su consumo. Consta de 9 reactivos Elaboración propia: Equipo de investigación
<u>LIMITANTES FÍSICAS</u>	
VI	Explora limitantes físicas (incapacidades), estado funcional y empleo de auxiliares. Evalúa las discapacidades o impedimentos que presenta el adulto mayor en órganos de los sentidos, problemas de movilidad, nivel de afectación y área comprometida; así mismo, el uso de auxiliares para compensar las limitantes reportadas. Consta de dos reactivos. El primero explora limitantes en 5 áreas y el segundo empleo de 7 auxiliares Elaboración propia, equipo de investigación

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD: CGS- 12

Para la detección de trastornos emocionales, se han desarrollado diversos métodos e instrumentos con diferentes índices de confiabilidad y validez, siendo uno de ellos el Cuestionario General de Salud (CGS) de Goldberg (Campillo y cols. 1979); que ha demostrado su funcionalidad y eficacia para detectar síntomas emocionales. Este instrumento de fácil manejo, puede ser útil como indicador de alerta sobre el estado emocional de las personas ya que permite discriminar entre sujetos "casos" (que requieren apoyo psicológico) y sujetos "no casos". El CGS, en su versión de 12 reactivos (Goldberg, 1972; Goldberg et al. 1997; Mari & Williams, 1985), permite predecir problemas de salud mental y la conducta de búsqueda de ayuda, pudiendo ser empleado como medida de comparación de la salud mental en poblaciones definidas. Su uso como instrumento de detección de síntomas emocionales ha sido reportada en diferentes poblaciones y se han desarrollado versiones escalares del mismo.

VII

Referencias

Campillo C y cols. (1979). Cuestionario de detección de posibles casos psiquiátricos en la comunidad. Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental. Cuadernos Científicos CEMESAM 11. 43-44. México, CEMESAM.

Goldberg DP. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph, No. 21. London: Oxford University Press.

Goldberg DP, Gater R, Sartorius N. et al, (1997). The validity of two versions of the GHQ in the study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, pp 191-197.

Mari JJ, Williams PA. A Comparison of the Validity of two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristics (ROC) Analysis. *Psychological Medicine*, 1985, 15:651-659.

ESCALA BREVE DEL ESTADO MENTAL (EBEM)

Evalúa el estado cognoscitivo. Es un instrumento neuropsicológico ampliamente utilizado en el campo de la Geriátrica (Beck et al. 1994). Consta de once reactivos que abarcan aspectos sobre atención, memoria y lenguaje, fácil de aplicar y calificar. Ha sido empleado para evaluar la capacidad cognoscitiva del entrevistado; puede ser aplicado en pacientes que viven en comunidad o en institución, con un tiempo promedio de aplicación de entre 5 y 15 minutos. Dicha escala puede detectar posibles desórdenes funcionales en adultos mayores (Becerra B y cols. 1992; Sosa AL, 1997).

Referencias

VIII

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": A practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res*. 1975; 12: 189-198.

Beck JC, Freedman ML, Warshaw GA. Geriátrica: Evaluación Funcional. *Atención Médica* 1994, 7(8): 17-35.

Becerra B, Ortega-Soto HA, Torner C. Validez y reproductibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini-Mental State Examination) en una unidad de cuidados especiales de un hospital psiquiátrico. *Salud Mental* 1992;15(4): 41-45.

Sosa OAL. Prevalencia de síntomas depresivos y alteraciones cognoscitivas en los ancianos de una comunidad del D. F. Tesis Maestría en Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.

SATISFAÇÃO VITAL (ENSE, 1994)

IX

La satisfacción vital fue definida como la percepción global del bienestar que tiene el individuo y adicionalmente es también reflejo de la salud global. El reactivo con formato de respuesta Likert, que permite explorarla, ha sido ampliamente utilizada con fines epidemiológicos en la vejez (Neugarten 1961). En general, quienes están satisfechos con la vida gozan de una mejor salud y mayor calidad de vida que los demás. También tienen ventaja de cuando tratan de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o bien de hacer frente al estrés y/o participar en actividades sociales. La satisfacción vital nos permite tener un acercamiento al nivel de la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento determinado.

Referencias

Consejo Nacional de Población, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (Eds). Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE). Resultados sobre sociodemografía del envejecimiento en México, 1994.

Neugarten B et al. The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology, 1961 16: 134-143. Citado en ENSE, 1994.

REPORTE DE PREOCUPACIONES

X

Investiga siete áreas de preocupación o problemas en la vida diaria del entrevistado: Económicos, de salud, vivienda, alimentación, familiares, sociales y otros que pudiera estar presentando el adulto mayor. Así mismo, y por orden de importancia de acuerdo con lo reportado, permite registrar las tres principales.

Referencias

Consejo Nacional de Población, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (Eds). Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE). Resultados sobre Sociodemografía del envejecimiento en México, 1994.

Modificación por el equipo de investigación

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (Salud física): ENSE, 1994

XI

La autopercepción del estado de salud ha demostrado ser un indicador confiable de la salud global. La impresión global que se tiene del propio estado de salud y con respecto al de otros miembros de la propia cohorte, constituye un valioso predictor de la morbilidad mediata y reflejo del estado de salud global real. La información proporcionada por este indicador es fundamental para tener un acercamiento cuantitativo al estado de salud. Al ser autoreportada, sirve para propósitos diferentes de aquellos que se obtienen por examen médico; sin embargo, su cuidadoso análisis sirve de indicador general para necesidades asociadas con la salud. Consta de tres reactivos con formato de respuesta tipo Likert.

Referencia

Consejo Nacional de Población, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (Eds). Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (ENSE). Resultados sobre sociodemografía del envejecimiento en México, 1994.

CALIDAD DE VIDA: (WHOQOL-BRIEF)

XII

En 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inicio un proyecto para desarrollar un instrumento que evaluara la calidad de vida -WHOQOL- (Orley, 1998). Para 1996, la OMS, había desarrollado dos instrumentos que evalúan la calidad de vida: el WHOQOL-100 y el WHOQOL-BRIEF, utilizados en diferentes contextos culturales. El WHOQOL-BRIEF con formato de respuesta Likert se utilizó en su versión abreviada de 26 reactivos del WHOQOL-100. Análisis posteriores de la versión abreviada, describen cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medioambiente.

Referencias

PROGRAMA ON MENTAL HEALTH. WHO Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization 1997. WHO/MNH/PSF/97.4

WHOQOL-BRIEF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of The Assessment. Field Trial Version, December 1996. Program on Mental Health. World Health Organization, Geneva.

EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD: (WHODAS II)

XIII

El Cuestionario de la OMS, WHODAS II, permite evaluar día a día seis dominios de funcionamiento: a) comprensión y comunicación, b) movilidad, c) autocuidado, d) relaciones con otros, e) actividades domésticas y laborales y f) participación en actividades sociales. En su versión de 36 reactivos, aplicado mediante entrevista, da puntajes en los seis dominios de funcionamiento, así como el puntaje general de la discapacidad. Para cada ítem que resulta positivo, se le pregunta el siguiente reactivo acerca del número de días (en los pasados 30 días) que el respondiente hubiera experimentado la dificultad. En la actualidad el WHODAS II cuenta con diversas versiones de 36 y 12 reactivos totalmente estructuradas. En el cuestionario se incluyó y se utilizó la versión administrada mediante entrevista de 36 ítems; si bien, existe otra versión autoadministrada.

Referencias:

Epping-Jordan JA, Bedirhan UT. The WHODAS II: Levelling the playing field for all disorders. WHO Bulletin of Mental Health.

www.who.int/icidad/whodas/generalinfo

www.who.int/icidad/whodas/versionsofWHODASII

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

(MINI, versión en español 5.0.0, DSM IV)

La Mini International Neuropsychiatric Interview, (M.I.N.I.), es una breve entrevista diagnóstica estructurada desarrollada en Francia y los Estados Unidos. Explora en los adultos sus principales trastornos psiquiátricos y puede ser aplicada por entrevistadores no especializados, capacitados en su manejo. En su formato incluye todos los síntomas listados en los criterios sintomáticos del DSM-IV y la CIE-10 para las 17 principales categorías diagnósticas del eje I; así como un módulo de suicidio y un desorden en la personalidad en eje II. De esta forma, sus algoritmos diagnósticos son consistentes tanto con el DSM-IV como con la CIE-10 y están integrados a la estructura del instrumento; de tal manera que los diagnósticos son establecidos durante la entrevista; todas las preguntas son dicotómicas con respuestas "Sí" o "No". Para propósitos del estudio y con la finalidad de evaluar el estado de salud mental se utilizó este instrumento. La entrevista está dividida en 16 módulos, identificados con letras de la A a la P, correspondiendo cada una a una categoría diagnóstica. Para cada módulo (excepto trastornos psicóticos) existe una o más preguntas filtro que corresponden a los criterios principales del trastorno. Al final de cada módulo se encuentran opciones, que permiten al entrevistador indicar si se cumplen los criterios requeridos para formular un diagnóstico.

XIV

Referencias

Ferrando L, Franco-Alonzo L, Soto M, Bobes-García, Soto O, Franco L, Heinze G. MINI. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Versión en español 5.0.0, DSM-IV. Enero 2000.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. Eur Psychiatry 1998; 13: 26-34.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan HK, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 20): 22-33.

Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, Janavs J, Dunbar GC. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 1997; 12:224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan HK, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. Eur Psychiatry 1997; 12: 232-241.)

Heinze G, García M y cols. Adaptación de la Entrevista MINI. Instituto Nacional de Psiquiatría, México D. F. 2000. (comunicación personal).

CONSIGNA ABIERTA

Ahora para terminar, me gustaría que me comentara:

- a) ¿Cómo es su vida actualmente?
- b) ¿Qué cosas le gustaría que se hicieran para que usted estuviera mejor?
- c) ¿En la actualidad que cosas le dan gusto/placer?

Elaboración propia, equipo de investigación

4. ALCANCES

Tanto los métodos, procedimientos y fundamentalmente la utilización del cuestionario aplicado por entrevista directa y como herramienta de recolección de datos, permitieron alcanzar los objetivos propuestos en los protocolos de investigación, ya que de acuerdo con el análisis de resultados se pudo obtener un perfil sobre las condiciones de vida y de salud mental en la población de personas mayores en dos ámbitos (Casa Hogar, CH y Centro de Salud, CS) de la ciudad de México.

5. CONCLUSIONES

a) Es de destacar en primer lugar, la pertinencia, utilidad y aplicabilidad del cuestionario en la población de adultos mayores, ya que en su conjunto y con base a las secciones que lo conforman, permitió generar conocimiento sobre las condiciones de vida investigadas y de salud mental. b) El cuestionario se inserta dentro de las etapas del desarrollo de investigaciones científicas, las cuales incluyen: protocolo de investigación, autorización de los comités de ética e investigación, gestión del o ámbitos donde se planee llevarla a cabo, trabajo de campo (aplicación del instrumento), recolección de la información, codificación, captura, análisis y diseminación de resultados. c) Las primeras secciones del cuestionario permiten realizar una evaluación rápida del estado de salud y/o presencia de alguna alteración cognoscitiva, esto es, presencia de disminuciones auditivas, visuales o alteraciones cognitivas que limiten o impidan continuar con la entrevista. d) Durante la aplicación, se pudo determinar que el ritmo de las entrevistas fuera “lento y pausado”, característica inherente a la población de estudio; así como las implicaciones metodológicas que conlleva este hecho, ya que el tiempo promedio de aplicación fue de 1:59 (CH) y 1:43 hrs. (CS). e) Dentro de las opciones de respuesta, se pudo determinar que las respuestas en formato dicotómico (Si-No, presencia-ausencia), favorecen la elección de esta; en contraste, las opciones en escala Likert generan un poco de confusión al elegir la que mas refleja su situación. f) Otra característica relevante, tanto en la aplicación como en la codificación del material, se relaciona al requerimiento

de ampliar opciones de respuesta: “no recuerda”, “no aplicable”, “no sabe”, “no procede”. Lo cual también fue motivo de análisis como condición prevaleciente en esta población.

g) Si bien, el cuestionario no requiere para su manejo y aplicación de una estricta capacitación, excepto para la sección de la entrevista MINI (en la cual se recomienda un entrenamiento específico por el especialista en psiquiatría), la recomendación de la participación en el estudio de personal con experiencia en el manejo de entrevistas, metodología y procedimientos, facilita el desarrollo de la investigación, se asegura la consistencia de la información y sobre todo, la empatía con los adultos mayores, considerada población vulnerable por la etapa de vida en que se encuentran.

h) En su contexto general, tanto los protocolos como el cuestionario COVYSMAM-LJ, se desarrollaron bajo una perspectiva psico-socio-gerontológica, insertándose dentro del enfoque epidemiológico en salud.

i) Por lo anteriormente señalado, también es posible considerar que el instrumento permite incluir o descartar secciones, dependiendo de los intereses del investigador y de los objetivos planteados en el protocolo, y j) Finalmente, es de enfatizar, que el estudio permitió obtener un perfil de los adultos mayores en los ámbitos de estudio y establecer un diagnóstico situacional sobre condiciones de vida (incluidas en el estudio) y de salud mental exploradas a través del instrumento de investigación (López et al. 2001; López et al. 2023).

REFERENCIAS

De la Lama ZP, De la Lama ZMA, De la Lama GA. Los instrumentos de investigación científica. Hacia una plataforma teórica que clarifique y gratifique. Horizonte de la Ciencia, Vol. 2, No 22, 2022. Dirección internet: <https://www.redalyc.org/journal/5709/570969250014/html/>

Hernández-López, J.M. (2000): Técnicas de Investigación y Evaluación. En Fernández Ballesteros, R. Gerontología Social. Madrid, España: Pirámide.

López-Jiménez Jorge Luis. Reporte Interno del Proyecto de Investigación: “Condiciones de vida y salud mental en Adultos Mayores, Fase I (COVYSMAM-LJ). Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz: México D. F., julio 2004.

López-Jiménez Jorge Luis. Informe final e Informe Técnico. Proyecto de Investigación “Condiciones de vida y salud mental en adultos mayores”, Fase II (COVYSMAM-LJ). Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Dirección General de Diseño de Políticas, Planeación y Coordinación Sectorial. Dirección de Formación, Actualización Médica e Investigación. Ciudad de México, septiembre 2023 / Departamento de Modelos de Intervención Psicosocial. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, enero 2023a.

López-Jiménez JL, Barrios-Salinas G, López-Salgado BE, Martínez- Medina MP, Bazaldúa-Merino LA, Cortés-Solís T. “Frecuencia de Desórdenes Mentales en Adultos Mayores Residentes en una Institución de Asistencia Social en la Ciudad de México”. Estud. Interdiscip. Envelhec. Porto Alegre, Vol.13, No. 1, 2008.

López-Jiménez JL, Barrios Salinas G, López-Salgado BE, Gaytán-Flores FI, Mendoza-Arvizu NA. Características y motivos por los que acude una población de 60 años y más a un centro de salud y detección de sintomatología emocional en una muestra de esta población en la ciudad de México. *International Journal of Health Science*, Vol. 3, No. 30, 2023b.

Reig A. y Fernández-Ballesteros, R. Evaluación conductual en la vejez. En R. Fernández-Ballesteros (ed.). *Evaluación conductual hoy*, Madrid: Pirámide, 1994.

CAPÍTULO 8

IMPACTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA E DA HEMODIÁLISE EM PACIENTES E PARCEIROS¹

Data de submissão: 15/07/2025

Data de aceite: 25/07/2025

Ana Cristina Bernardo

Centro de Investigação em
Psicologia(CIPsi)

Escola de Psicologia
Universidade do Minho
Braga, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-9849-981X>

M. Graça Pereira²

Centro de Investigação em
Psicologia(CIPsi)

Escola de Psicologia
Universidade do Minho
Braga, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-7987-2562>

RESUMO: A doença renal crónica e a hemodiálise impactam profundamente a vida dos pacientes, afetando tanto a sua

funcionalidade, como também a dinâmica conjugal e familiar. A hemodiálise compromete o estado funcional e a autonomia do doente, que leva o parceiro a assumir responsabilidades adicionais. Está amplamente documentado na literatura que a sobrecarga e a morbilidade psicológica (i.e., ansiedade e depressão) são prevalentes em parceiros/cuidadores de doentes em hemodiálise, uma vez que o tratamento impõe mudanças significativas na vida de ambos. Além disso, o impacto da própria doença e da hemodiálise na dinâmica e na satisfação conjugal é significativo, podendo por vezes fortalecer os laços já existentes ou gerar sentimentos de frustração. Não obstante, a literatura destaca também uma interdependência entre os doentes e os parceiros, especialmente ao nível da morbilidade psicológica, qualidade de vida, e satisfação conjugal. Esta revisão explora os principais aspetos do impacto da hemodiálise e da doença renal crónica tanto nos parceiros/cuidadores, como na diáde conjugal.

PALAVRAS-CHAVE: doença renal crónica; hemodiálise; pacientes; parceiros; impacto da doença.

IMPACT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE AND HEMODIALYSIS ON PATIENTS AND THEIR PARTNERS

ABSTRACT: Chronic kidney disease and hemodialysis profoundly impact patients' lives, affecting both their functionality and the dynamics of conjugal and family relationships.

¹ Este capítulo foi conduzido no Centro de Investigação em Psicologia (PSI/01662), Escola de Psicologia, Universidade do Minho, apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, I. P. (FCT) através do Orçamento de Estado Português (Ref.: UIDB/01662/2020). A primeira autora (Ana Cristina Bernardo) foi financiada por uma bolsa de doutoramento da FCT (2022.14763.BD) no âmbito do projeto com o identificador DOI <https://doi.org/10.54499/2022.14763.BD>.

² Corresponding Author

Hemodialysis compromises patients' functional status and autonomy, often leading partners to take on additional responsibilities. It is well documented in the literature that burden and psychological morbidity (i.e., anxiety and depression) are prevalent among partners/caregivers of patients undergoing hemodialysis, as the treatment imposes significant changes in the lives of both individuals. Furthermore, the impact of the disease and dialysis on relationship dynamics and marital satisfaction is considerable, sometimes strengthening existing bonds, but also potentially generating frustration. The literature also highlights the interdependence between patients and their partners, particularly in terms of psychological morbidity, quality of life, and relationship satisfaction. This review explores the main aspects of the impact of hemodialysis and chronic kidney disease on both partners/caregivers and the conjugal dyad.

KEYWORDS: chronic kidney disease; hemodialysis; patients; partners; disease Impact.

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) representa um desafio de saúde pública e caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade funcional dos rins (Levey et al., 2007; *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* [NIDDK, 2017]). Com o tempo, os rins perdem a capacidade de filtrar de forma eficaz o sangue, sendo necessário o recurso a terapias de substituição renal, sendo a hemodiálise o tratamento mais utilizado (*National Kidney Foundation* [NKF], 2015).

O tratamento de hemodiálise impacta não só a vida dos doentes, como também a dos seus familiares, especialmente os que com eles habitam. As sessões frequentes (normalmente três vezes por semana, com duração de quatro horas) e as alterações significativas que os pacientes em hemodiálise enfrentam, interferem na rotina diária e requerem um maior suporte por parte dos familiares, levando a uma reconfiguração da dinâmica familiar (Cabral et al., 2017). De acordo com um estudo qualitativo de Cabral et al. (2017) realizado com oito mulheres, estas relatam mudanças no seu dia-a-dia e limitações físicas, consequentes da fadiga constante e do comprometimento profissional. Os resultados destacaram ainda a importância do suporte social, especialmente por parte dos parceiros.

A hemodiálise afeta a funcionalidade do doente, que frequentemente reporta altos níveis de sobrecarga sintomatológica (e.g., fadiga, dor) (Karasneh et al., 2020; Lowney et al., 2015; Weisbord et al., 2005), comprometendo também a sua QV (Hebel & Jajtuszewska, 2021). Além das condições impostas pelo tratamento, os pacientes devem manter cuidados acrescidos com o acesso vascular (NIDDK, 2018), e restrições rigorosas com a alimentação e de ingestão de líquidos (Beerappa & Chandrabadu, 2019). Estas limitações podem provocar frustração, levando à não adesão ao regime de tratamento, o que agrava sintomas como câibras e falta de ar (Beerappa & Shandrabadu, 2019; Stevenson

et al., 2018). Além disso, as restrições alimentares impostas pela hemodiálise, embora clinicamente essenciais, podem comprometer a vida social dos doentes, potenciando a não adesão à dieta a fim de evitar o estigma, ou em outros casos, o isolamento social (Palmer et al., 2015). Nesta sequência, os parceiros assumem um papel crucial no apoio à adesão ao tratamento (e.g., toma de medicação, cuidado com o acesso vascular, dieta). Um estudo de Kim e Evangelista (2010) sugere que pacientes casados ou a coabitar com um parceiro/a reportam níveis mais elevados de adesão ao tratamento.

O impacto da hemodiálise nos parceiros manifesta-se a nível psicológico, financeiro e social, sendo que o cuidado é habitualmente prestado pelas esposas (Gilbertson et al., 2019; Hoang et al., 2019; Solaimanimoghaddam et al., 2024). De acordo com a revisão sistemática de Gilbertson et al. (2019) realizada com 61 estudos, a qualidade de vida (QV) de parceiros/cuidadores de pacientes em hemodiálise é pior quando comparada à população em geral, especialmente quando comparada à de parceiros/cuidadores de indivíduos com outras doenças crónicas. O impacto do tratamento tem repercussões na vida dos parceiros, a nível emocional (Kampeyas et al., 2021), físico (Hoang et al., 2019), financeiro (Solaimanimoghaddam et al., 2024) e relacional (Jiang et al., 2015).

Os parceiros apresentam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva quando comparados com a população normativa (Kampeyas et al., 2021), além de níveis elevados de sobrecarga (Hoang et al., 2019). De acordo com Tsutsui et al. (2017) e Kaitelidou et al. (2005), pacientes a realizar hemodiálise estão frequentemente desempregados, devido aos desafios inerentes ao tratamento (e.g., visitas ao hospital e possíveis complicações), estando presente uma sobrecarga financeira adicional para a família. Além disso, as famílias preocupam-se com os custos com a medicação, uma vez que as comorbilidades são comuns nesta população (e.g., problemas cardiovasculares) (Solaimanimoghaddam et al., 2024). Nesta sequência, os parceiros podem necessitar de fazer ajustes no seu trabalho para dar suporte aos pacientes (Moore et al., 2019; Kampeyas et al., 2021).

O estudo de Alnazly (2015) verificou que coabitar com um paciente submetido a hemodiálise representa um preditor significativo de sobrecarga. Os parceiros desempenham um papel de suporte em diversas áreas, nomeadamente auxílio nas atividades diárias, ida a consultas/exames hospitalares e transporte para os centros de diálise (Gilbertson et al., 2019; Moore et al., 2019). Este apoio pode impactar a vida dos parceiros e levar a uma deterioração da QV (Gilbertson et al., 2019). O estudo de Paschou et al. (2018) conduzido com 50 parceiras de doentes em hemodiálise, verificou

níveis geralmente baixos de sobrecarga, ansiedade e depressão, bem como uma QV satisfatória nas parceiras, e uma associação direta entre a sobrecarga e sintomatologia depressiva. Assim, mesmo em contextos de sobrecarga aparentemente moderada, parece existir uma relação consistente entre sobrecarga e a morbilidade psicológica. Estudos posteriores reforçam que a sobrecarga se encontra associada negativamente à QV e positivamente aos níveis de ansiedade e depressão (Pio et al., 2022; Shukri et al., 2020). De forma complementar, Solaimanimoghaddam et al. (2024), numa amostra predominantemente de esposas (n = 10/14), identificaram preocupações relacionadas com custos financeiros (e.g., medicação, transporte), desafios sociais (e.g., isolamento) e dependência na diáde cuidador-paciente, ao nível prático (e.g., toma da medicação, idas ao hospital) e emocional.

As características da doença (Sluiter et al., 2024) e as restrições alimentares impostas pelo tratamento foram também associadas ao isolamento social dos doentes e, consequentemente, dos parceiros (Hoang et al., 2018; Solaimanimoghaddam et al., 2024). De acordo com Sluiter et al. (2024) tanto os doentes com DRC, como os cuidadores, particularmente os parceiros, experienciam isolamento social e solidão, associados sobretudo à perda de papéis sociais, limitações impostas pelo tratamento (e.g., fadiga) e medo de infeções, o que impacta significativamente a QV de ambos.

Adicionalmente, verificou-se que a ansiedade e a depressão (morbilidade psicológica) estavam negativamente associadas à satisfação conjugal (Tavalaei et al., 2009). De acordo com Jiang et al. (2015), o stress dos cuidadores associado à hemodiálise relacionou-se com menor satisfação conjugal. No entanto, nem todas as experiências seguem esse padrão, já que Walker et al. (2015) referem que, por vezes, a hemodiálise fortalece o vínculo entre os doentes e os parceiros.

Partindo deste enquadramento, torna-se essencial, além de compreender o impacto do tratamento no doente, explorar também a experiência dos parceiros. Este entendimento permite delinear intervenções individuais e diádicas, para promover a relação conjugal e a QV de doentes e parceiros.

2. ESTADO FUNCIONAL DO DOENTE

A DRC e a hemodiálise têm impacto nas atividades do dia-a-dia dos doentes, particularmente ao nível da sua capacidade funcional (e.g., mobilidade reduzida, força muscular, capacidade física) (Hsieh et al., 2010; Hebel & Jałtuszevska, 2021).

A diminuição da funcionalidade em indivíduos a realizar hemodiálise está muitas vezes relacionada às complicações associadas à DRC e pelo tratamento em

si (e.g., complicações cardiovasculares, anemia, comorbilidades) (Garcia et al., 2017). Esta diminuição da funcionalidade física está associada a um risco aumentado de complicações, mortalidade e hospitalizações (Karnabi et al., 2023; Matsuzawa et al., 2019; Yazawa et al., 2016). Este declínio pode ser observado, por exemplo, na redução da força muscular (Cunha et al., 2009), do controlo postural (Jesus et al., 2019; Shin et al., 2014), da mobilidade (Oller et al., 2012) e no aumento do grau de dependência no dia-a-dia (Hebel & Jałtuszewska, 2021). Importa ainda destacar que o declínio funcional é muito prevalente nos primeiros seis meses após o início da diálise e especialmente em adultos mais velhos (Goto et al. (2019).

Garcia et al. (2017) referem que indivíduos a receber hemodiálise apresentam um estado funcional comprometido e apresentam um equilíbrio e controlo postural inferior quando comparados a indivíduos saudáveis (Jesus et al., 2019; Shin et al., 2014). Um estudo conduzido por Oller et al. (2012) com 214 doentes a receber hemodialise (com idade média de 58 anos) encontrou uma elevada média de independência funcional, embora cerca de 10% reportou dificuldades específicas na locomoção (e.g., subir e descer escadas). De acordo com Hebel e Jałtuszewska (2021) indivíduos independentes ao nível dos autocuidados reportaram níveis mais elevados de QV, enquanto indivíduos com dependência moderado a severa apresentaram níveis mais baixos de QV. Estas limitações funcionais podem afetar significativamente a QV dos doentes, especialmente no domínio físico (Garcia et al., 2017; Hebel & Jałtuszewska, 2021).

Diversos fatores podem influenciar negativamente a capacidade funcional dos indivíduos em hemodiálise, por exemplo, a maior duração de hemodiálise (i.e., duração cerca de quatro horas e com frequência bi-semanal) (Barros et al., 2019; Joshi et al., 2017), o índice de massa corporal elevado (Cunha et al., 2009), ter idade mais avançada (acima de 60 anos) (Cunha et al., 2009; Oller et al., 2012), e ainda um maior número de complicações associadas ao tratamento (Oller et al., 2012).

3. SOBRECARGA E MORBILIDADE PSICOLÓGICA DO PARCEIRO

A literatura não evidencia uma relação direta entre o estado funcional dos doentes e os parceiros. No entanto, sabe-se que o nível de dependência dos doentes está relacionado à sobrecarga do cuidador principal, que habitualmente é o parceiro (Gallego et al., 2013). Os parceiros têm de assumir tarefas domésticas, físicas e de suporte diário, como assistência nas atividades de autocuidado (e.g., banho, alimentação, locomoção) e na gestão de medicamentos, dietas específicas e suporte nas visitas hospitalares (Chhetri & Baral, 2020; Moore et al., 2019; Nagasawa et al., 2018). De acordo com o estudo

qualitativo de Liu et al. (2022) com 12 cuidadores/parceiros, estes experienciam frustração e preocupação relativa à possível perda de mobilidade, além disso, facilitam e ajudam os doentes na mobilidade. No entanto, estudos futuros devem explorar melhor a relação entre o estado funcional de doentes em hemodiálise e os seus cuidadores/parceiros, em particular ao nível da sobrecarga (Chhetri & Baral, 2020).

O estudo de Chhetri e Baral (2020), realizado com 123 cuidadores de indivíduos submetidos a hemodiálise, concluiu que a maior parte dos participantes eram esposas (56%), 48,78% reportava níveis de sobrecarga leves a moderados, e 43,08% reportava níveis de sobrecarga moderados a severos. Uma revisão sistemática que incluiu 61 estudos e 5367 cuidadores de 21 países, revelou que a maior parte dos cuidadores eram esposas (72,3%). Além disso, neste estudo, a QV dos cuidadores era mais baixa quando comparada à população em geral e com cuidadores de outras doenças crónicas (Gilbertson et al., 2019). De acordo com Rasmussen et al. (2020), os parceiros de indivíduos em hemodiálise reportam um aumento de sobrecarga e stress percebido, além de menor vida social e relacionamento sexual depois dos doentes iniciarem hemodiálise. Da mesma forma, de acordo com Michalopoulos et al. (2022), pacientes com DRC e parceiros experienciam elevados níveis de sobrecarga, especialmente quando o paciente apresenta anemia.

A revisão sistemática de Sajadi et al. (2017) evidenciou que a QV em cuidadores familiares, de pacientes em hemodiálise é baixa quando comparada à população em geral. No entanto, a QV dos cuidadores familiares é superior à dos pacientes em tratamento. Além disso, esta revisão identificou diversas variáveis determinantes para a QV dos cuidadores, tais como, idade, sexo, sobrecarga, conhecimento das limitações dos doentes e satisfação conjugal. É de salientar que esta revisão sistemática incluiu estudos com cuidadores familiares no geral e estudos apenas com parceiros revelando uma associação negativa entre a idade, sobrecarga, satisfação conjugal e a QV dos cuidadores. Por sua vez, nos cuidadores do sexo feminino (77% eram esposas), níveis mais baixos de QV, pouco tempo para lazer e a presença de comorbilidades associaram-se a maior risco de sobrecarga (Azeez & Ambatipudi, 2024).

A hemodiálise impõe mudanças significativas na rotina dos pacientes, como fadiga constante e limitações físicas, que frequentemente exigem maior apoio por parte dos parceiros nas atividades diárias e cuidados gerais (Cabral et al., 2017), o que pode gerar sobrecarga nos cuidadores e, consequentemente, o surgimento de depressão e ansiedade (Pio et al., 2022; Shakya et al., 2017). Existe uma relação significativa e direta entre a sobrecarga dos cuidadores/parceiros e a morbilidade psicológica (Paschou et al., 2018; Pio et al., 2022; Shakya et al., 2017; Shukri et al., 2020).

Um estudo de Shakya et al. (2017) que envolveu 164 cuidadores (40.9% esposas), revelou que metade dos participantes reportava sobrecarga moderada a severa, enquanto 17% reportava sobrecarga severa. Por outro lado, 35% dos cuidadores apresentavam sintomas de depressão moderada a severa. Observou-se ainda que a sobrecarga era mais acentuada em indivíduos com idade mais avançada, com o nível de escolaridade menor e com suporte social reduzido. Verificou-se também que a sobrecarga se relacionou positivamente com a depressão nos cuidadores.

Além da elevada prevalência de sobrecarga nos cuidadores/parceiros, os sintomas de ansiedade e depressão também se mostram mais prevalentes quando comparados a populações normativas (e.g., Fu et al., 2021; Kampeyas et al., 2021; Khaira et al., 2012; Saeed et al., 2012). Saeed et al. (2012) sugerem que o estado civil e o estado profissional, particularmente, estar casado e desempregado, estão relacionados a níveis de sintomatologia depressiva mais acentuada. Khaira et al. (2012) destacam que parceiras que apresentam sintomatologia depressiva relatam dificuldades conjugais e uma pior QV em comparação àquelas sem sintomatologia. Por sua vez, Fu et al. (2021) num estudo com cuidadores, sem detalhar a relação que tinham com o paciente, verificaram que a depressão nos cuidadores (média de idades entre 60 a 70 anos e 43% a 57% mulheres) estava associada a níveis mais elevados de depressão nos pacientes, além de um maior risco de hospitalização.

4. RELAÇÃO DIÁDICA

Com a hemodiálise, a díade passa por uma mudança de papéis, onde o parceiro adquire o papel de cuidador, modificando a dinâmica conjugal (Moore et al., 2019; Teodoro & Almeida, 2021). Essa mudança pode impactar negativamente a QV dos pacientes (Hebel & Jaftuszevska, 2021) e a sobrecarga (Hoang et al., 2019) e QV (Gilbertson et al., 2019). No entanto, o impacto das variáveis dos parceiros no paciente, especialmente na sua QV, não foi suficientemente explorado na literatura (Alshraifeen et al., 2023). Alguns estudos destacam esta interação interdependente entre pacientes e parceiros, abrangendo aspectos como a satisfação conjugal, a morbidade psicológica, a sobrecarga e a QV (Al-Rawashdeh et al., 2020; Khalil et al., 2021; Khaira et al., 2012; Pruchno et al., 2009). De acordo com Driehuis et al. (2023) uma pior QV, no domínio mental, nos pacientes e a sobrecarga sintomatológica está associada a uma maior sobrecarga e menor QV nos cuidadores (77% esposas).

A qualidade da relação conjugal parece desempenhar um papel determinante durante o tratamento de hemodiálise (Al-Rawashdeh et al., 2020; Göriş et al., 2016). Os

sintomas experienciados pelos pacientes estão negativamente associados à qualidade da relação conjugal (Göriş et al., 2016), enquanto a satisfação conjugal parece contribuir positivamente para a QV dos pacientes (Al-Rawashdeh et al., 2020).

Estudos indicam que os níveis de satisfação e coesão conjugal são mais baixos em pacientes a realizar hemodiálise quando comparados a indivíduos saudáveis (Tavalaei et al., 2009). Nesta população, a satisfação conjugal tende a ser mais baixa em homens em tratamento, em pacientes mais jovens e com níveis de escolaridade mais elevados (Tavalaei et al., 2009). Além disso, a ansiedade e a depressão estão negativamente associadas à satisfação conjugal (Tavalaei et al., 2009).

O impacto da hemodiálise na dinâmica conjugal é significativo (Cabral et al., 2017; Teodoro & Almeida, 2021). Após o início do tratamento de hemodialise, verificam-se mudanças na dinâmica familiar, mais concretamente, o desenvolvimento do papel de cuidador e na privação de atividades de lazer dos cuidadores (Moore et al., 2019; Teodoro & Almeida, 2021). Em alguns casos, a fadiga generalizada experienciada pelos pacientes interfere no relacionamento conjugal, podendo resultar em separações (Cabral et al., 2017), sentimentos de frustração e culpa (Walker et al., 2015). Por outro lado, os parceiros assumem um papel ativo, culminando em proximidade reportada pelos pacientes (Cabral et al., 2017; Walker et al., 2015). Teodoro e Almeida (2021) sugerem que a família é a principal fonte de apoio para os pacientes a realizar hemodiálise, no entanto, a qualidade da relação conjugal não sofre alterações em algumas famílias.

O estudo qualitativo de Moore et al. (2019) destaca que na fase inicial do tratamento, tanto os pacientes como os parceiros referem que a prioridade é o doente, e que o parceiro fica com uma sobrecarga acrescida (e.g., tarefas de casa, trabalho adicional), além disso, ambos referem uma mudança na identidade (e.g., cuidador/pessoa cuidada) nomeadamente, uma transformação nos papéis marcada pela transição de cônjuge para cuidador e do doente para pessoa cuidada.

Em muitos casos, o parceiro assume novas responsabilidades para compensar as limitações do paciente, o que pode alterar as dinâmicas de interdependência no relacionamento (Gallego et al., 2013). De acordo com Jiang et al. (2015), e com o seu estudo realizado com 38 pacientes e respetivas parceiras, estas relataram menor satisfação conjugal negativamente associada aos níveis de stress. Por outro lado, as esposas que percecionavam um maior suporte emocional apresentaram uma melhor adaptação à condição crónica dos parceiros e ao contexto desafiante do tratamento de hemodiálise (Jiang et al., 2015).

A sobrecarga é muito prevalente nos parceiros de pacientes em hemodiálise, em particular nas esposas (Chhetri & Baral, 2020; Gilbertson et al., 2019), uma vez que a exigência de cuidados diários com os pacientes em hemodiálise é significativa (Cabral et al., 2017; Pio et al., 2022). Além disso, a relação entre a sobrecarga dos cuidadores/parceiros e a morbidade psicológica é evidente na literatura dos parceiros (Paschou et al., 2018; Pio et al., 2022; Shakya et al., 2017; Shukri et al., 2020). A depressão dos pacientes foi diretamente relacionada com a depressão dos seus parceiros (Khaira et al., 2012). Adicionalmente, o estudo de Khalil et al. (2021) que incluiu 28.3% de parceiros, evidenciou que a sintomatologia ansiosa e depressiva do paciente teve impacto na QV da díade, tanto no domínio físico como no psicológico. Além disso, apenas a depressão dos cuidadores mostrou ter impacto significativo na QV dos pacientes. Pruchno et al. (2009) sugerem que os sintomas depressivos, tanto dos pacientes como dos seus parceiros, estão relacionados com a sua própria satisfação conjugal, além de indicarem que a sintomatologia depressiva dos parceiros impacta a satisfação conjugal dos pacientes. De acordo com Khaira et al. (2012), níveis mais elevados de depressão estão associados a pior QV e maior stress conjugal. Curiosamente, parceiros do sexo masculino reportam níveis mais elevados de stress conjugal em comparação com parceiras.

De acordo com o estudo de Alshraifeen et al. (2023), que incluiu 27,3% de parceiras, a ansiedade e a depressão do cuidador têm impacto significativo no domínio das relações sociais da QV do paciente. Além disso, os pacientes e os cuidadores reportaram níveis moderados de ansiedade, mas os pacientes apresentaram níveis mais elevados de depressão quando comparados aos cuidadores. Também, a sintomatologia depressiva e ansiosa impactou significativamente todos os domínios da QV, tanto nos parceiros como nos pacientes.

As percepções dos pacientes e dos seus parceiros relativamente à hemodiálise apresentam tanto convergências como divergências (Finnegan- John & Tomas, 2013; Sousa et al., 2022). Estudos qualitativos destacam fatores diádicos comuns, tais como *distress* emocional, restrições na vida diária, impacto nas dinâmicas conjugal e necessidades não atendidas (Sousa et al., 2022).

No entanto, há diferenças nas vivências de pacientes e parceiros. Finnegan-John e Tomas (2013) sugerem que, para os pacientes, os principais temas incluem impacto psicológico, relacional e social, além das estratégias de *coping*. Já para os parceiros, sobressaem questões como sobrecarga psicológica e física.

5. MODELOS TEÓRICOS

5.1. IMPACTO NO DOENTE

5.1.1. Modelo Concetual de QV Relacionada com a Saúde de Ferrans et al. (2005)

Este modelo foi originalmente desenvolvido por Wilson e Cleary (1995) e posteriormente revisto por Ferrans et al. (2005), e permite compreender a interação entre distintos fatores incluídos na DRC, nomeadamente, fatores psicológicos, fatores biológicos, fatores ambientais e desenvolvimentais, incluindo aspetos emocionais, sociais e funcionais. Este modelo concetual inclui cinco dimensões de saúde com dois pólos: variáveis biológicas e fisiológicas e QVRS. Entre eles incluem-se: os sintomas, a funcionalidade e as percepções genéricas de saúde (Wilson & Cleary, 1995; Ferrans et al., 2005). Adicionalmente, as características do indivíduo e as características do ambiente encontram-se a influenciar todas as dimensões mencionadas anteriormente (Wilson & Cleary, 1995; Ferrans et al., 2005). O modelo permite, ainda, estabelecer associações causais (Ojelabi et al., 2017), mediações (Ojelabi et al., 2017) e moderações (Qiu et al., 2019).

No modelo original, as variáveis biológicas e fisiológicas incluem a função dos órgãos avaliada através de diversos indicadores, nomeadamente, exames e diagnósticos médicos. Os sintomas, de acordo com o modelo original, podem incluir sintomas físicos, psicofisiológicos, emocionais ou psicológicos e cognitivos. A funcionalidade diz respeito à capacidade do indivíduo para realizar determinadas tarefas. As percepções genéricas de saúde correspondem a uma classificação dos indivíduos acerca da sua saúde. As características do indivíduo podem incluir aspetos desenvolvimentais, psicológicos, demográficos, biológicos que têm impacto na saúde. As características do ambiente constituem características tanto sociais como físicas, como por exemplo, influências interpessoais ou sociais nos resultados de saúde (e.g., família, amigos, profissionais de saúde). E, por fim, a QV corresponde à forma como os indivíduos percebem o seu bem-estar nos domínios de saúde, excluindo aspetos políticos e culturais.

Este modelo aplicado aos pacientes a realizar HD enfatiza a necessidade de uma abordagem abrangente, direcionando intervenções e estratégias de tratamento adequadas às necessidades específicas desta população. O modelo destaca tanto os aspetos físicos da doença – como é o caso da fadiga, dor, câibras, entre outros sintomas físicos – como fatores emocionais e sociais com impacto na QV do doente. É um modelo que se foca, ainda o domínio funcional, que é especialmente importante devido à capacidade debilitante dos sintomas característicos da HD, e à sobrecarga sintomatológica. Através desta relação entre os vários fatores da vida dos pacientes, o Modelo Concetual de QV

relacionada com a saúde de Ferrans et al. (2005) permite orientar intervenções que incluam as necessidades e desafios específicos desta população.

O modelo conceitual de QV relacionada com a saúde de Ferrans et al. (2005) tem sido amplamente aplicado em estudos com pacientes em hemodiálise, oferecendo uma estrutura abrangente para compreender os múltiplos fatores que influenciam a sua QV. Jung e Kim (2020), por exemplo, aplicaram este modelo a uma amostra de 202 pacientes, demonstrando que variáveis como sintomas, suporte social, percepções gerais de saúde e características individuais explicavam até 78.6% da variância da QV. Além disso, Al Garni e Cooke (2021) também recorreram ao modelo para explorar a QV de pacientes em hemodiálise na Arábia Saudita, identificando a importância dos fatores incluídos no modelo na QV. Estes exemplos demonstram a relevância e a robustez do modelo de Ferrans et al. (2005) na compreensão e avaliação da QV no contexto da hemodiálise.

5.2. IMPACTO NOS PARCEIROS

5.2.1. Modelo de Stress nos Cuidadores (Pearlin, 1990)

Este modelo teórico pretende compreender o stress experienciado por cuidadores propondo quatro componentes principais: 1) antecedentes e fatores contextuais; 2) stressores primários e stressores secundários; 3) resultados; 4) mediadores.

Os antecedentes e fatores contextuais incluem as características sociodemográficas e contextuais do cuidador e da pessoa cuidada, como por exemplo, a duração da relação conjugal, a idade, a história da relação. Os stressores primários referem-se diretamente às exigências da prestação de cuidados, por exemplo, dificuldades e problemas experienciados, acompanhar o doente às sessões de hemodiálise, lidar com sintomas físicos emocionais do doente, adaptar a rotina diária às exigências do tratamento. Os stressores secundários dizem respeito a consequências indiretas do papel de cuidador, incluindo conflitos entre o papel de cuidador e outros papéis sociais, dificuldades financeiras, conflitos conjugais, alterações na intimidade do casal. Os mediadores referem-se a recursos que podem influenciar o impacto dos stressores nos resultados, por exemplo estratégias de *coping*, a qualidade da relação conjugal e o suporte social percebido. Por fim, os resultados dizem respeito às consequências do processo de stress para o cuidador. Esses podem incluir ansiedade, depressão, qualidade de vida, sobrecarga (Pearlin, 1990).

O Modelo de Stress dos Cuidadores de Pearlin (1990) tem sido amplamente utilizado para compreender a sobrecarga e o stress experienciado pelos cuidadores, incluindo os parceiros de pacientes em hemodiálise (e.g., Drieuhuis et al., 2024; Sugisawa

et al., 2019; Sousa et al., 2022). Sugisawa et al. (2019) aplicaram o modelo para analisar a sobrecarga e de cuidadores informais de pacientes em hemodiálise. Adicionalmente, Sousa et al. (2022), em Portugal, exploraram a relação entre propósito de vida, estratégias de *coping*, suporte social e sobrecarga em cuidadores de pacientes em hemodiálise (51.9% parceiras), identificando o propósito de vida como um importante recurso relevante a ser integrado no modelo, no contexto da hemodiálise. Paralelamente, os resultados do estudo de Driehuis et al. (2024), que incluiu pacientes e cuidadores (77.7% esposas), corroboram o modelo teórico citado, uma vez que os sintomas experienciados pelo doente representam um importante fator de stress para o bem-estar psicológico dos cuidadores.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA: INTERVENÇÃO

A DRC e a hemodiálise comprometem o estado funcional dos pacientes, particularmente ao nível da mobilidade, força muscular e independência nas atividades diárias (Cunha et al., 2009; Hebel & Jajtuszewska, 2021; Oller et al., 2012). Essa perda de funcionalidade aumenta o risco de complicações, hospitalizações e mortalidade (Garcia et al., 2017), além disso, impõe uma sobrecarga nos parceiros, que assumem novos papéis e tarefas no seu dia-a-dia (Gallego et al., 2013). Nesse sentido, é essencial implementar intervenções educacionais e de exercício físico (e.g., fortalecimento muscular, exercício aeróbico) para promover a funcionalidade do doente (Molina-Robles et al., 2018; Silva et al., 2013; Wang et al., 2024).

O estudo de Molina-Robles et al. (2018), verificou que uma intervenção hospitalar com uma componente educacional e de exercício físico, com pacientes com uma média de idades de 70 anos, resultou em melhorias significativas no bem-estar, na autonomia das atividades diárias e na força muscular após 12 semanas. Além disso, o estudo de Wang et al. (2024) destacou que o exercício aeróbico melhora a força muscular, a distância percorrida, e também a capacidade vital e a saturação de oxigénio no sangue. Ainda, Silva et al. (2013) indicam que fisioterapia direcionada para exercícios de fortalecimento muscular, alongamentos e bicicleta, apresentam resultados positivos no aumento da distância percorrida, no aumento da força muscular, na capacidade funcional e redução da dor.

Os programas de exercício físico, particularmente os realizados intradiálise (i.e., durante a sessão de hemodiálise) revelam-se eficazes e práticos, melhorando a força muscular, a mobilidade funcional e a QV física dos pacientes (Molina-Robles et al., 2018; Wang et al., 2024). Estratégias como a inclusão de fisioterapia supervisionada, treino com bicicleta ergonómica ou exercícios de resistência, devem ser integradas nas unidades de

diálise como intervenções regulares e adaptadas à condição física individual. Além disso, há evidência de que essas intervenções reduzem o número de hospitalizações (Mallamaci et al., 2022) e promovem maior autonomia (Molina-Robles et al., 2018).

Para mitigar o impacto da hemodiálise nos cuidadores/parceiros diversas abordagens têm sido implementadas como apoio psicológico que pode incluir sessões de grupo para gestão de *stress*, bem como programas de intervenção centrados na família, que envolvem simultaneamente pacientes e os seus familiares (Al-Agamy et al., 2022; Khouban-Shargh et al., 2024; Surani et al., 2021). As intervenções citadas envolvem cerca de 40% a 60% de parceiros, e são eficazes ao nível da melhoria da sobrecarga, do *stress* percebido e da QV (Al-Agamy et al., 2022; Khouban-Shargh et al., 2024; Surani et al., 2021). Adicionalmente, Hayati et al. (2023) evidenciaram a importância de intervenções centradas no cuidador, como estratégia eficaz para reduzir a sobrecarga associada ao cuidado de pacientes em hemodiálise. Através de um programa educacional baseado na promoção de comportamentos de saúde verificou-se uma redução significativa na sobrecarga (Hayati et al., 2023). Os comportamentos de saúde incluíam: adesão ao tratamento, alimentação equilibrada, atividade física leve, higiene pessoal e gestão de sono (Hayati et al., 2023).

Os parceiros de pacientes em hemodiálise enfrentam desafios particulares, não só ao nível do cuidado físico, mas também no domínio da intimidade, coesão conjugal, redefinição de papéis e partilha de responsabilidades (Teodoro & Almeida, 2021). Assim, dado o impacto da hemodiálise na dinâmica conjugal e a elevada interdependência entre o doente e o parceiro, nomeadamente, ao nível da depressão e ansiedade, com impacto na satisfação conjugal e QV de ambos (Khalil et al., 2021; Pruchno et al., 2009), torna-se fundamental o desenvolvimento de intervenções centradas na diáde.

Apesar da literatura sobre intervenções conjugais nesta população ser ainda limitada, alguns estudos pioneiros têm vindo a emergir. Figueiredo et al. (2023) conduziram um estudo piloto com metodologia mista, envolvendo quatro casais. Os resultados revelaram que através da intervenção utilizada – “*Connected We St@nd*” – os participantes melhoraram ao nível do *coping* diádico, da QV e do *distress* psicológico. Do ponto de vista qualitativo, os participantes reportaram melhorias na comunicação sobre o impacto da diálise na intimidade, e uma maior perceção de que os desafios da diálise podem ser enfrentados em conjunto. De forma complementar, Sousa et al. (2024) realizaram um estudo piloto com 16 pacientes em hemodiálise e 10 cuidadores familiares (dos quais seis eram parceiras), recorrendo à mesma intervenção. A intervenção incluiu um programa de intervenção online de autogestão que integra uma componente educativa e de apoio

psicossocial. As sessões envolveram vídeos educativos e sessões síncronas de apoio psicossocial em grupo (Sousa et al., 2024). Os participantes relataram melhorias ao nível do conhecimento sobre a doença, comunicação, estratégias de *coping*, e confiança para lidar com complicações da diálise e com as exigências do papel de cuidador.

7. ESTUDOS FUTUROS

O impacto da hemodiálise nos parceiros é amplamente reconhecido, mas ainda existem lacunas importantes na compreensão aprofundada deste fenómeno, especialmente no que diz respeito à sobrecarga exclusiva dos parceiros. Apesar da literatura incluir diversos estudos que abordam os parceiros, particularmente no que refere a variáveis conjugais, como por exemplo, a satisfação conjugal, a investigação que se dedica exclusivamente à sobrecarga dos parceiros é escassa. Muitos estudos agrupam parceiros com outros cuidadores informais, como filhos, dificultando a análise específica da sobrecarga conjugal (Chhetri & Baral, 2020; Sajadi et al., 2017). Estudos que se focam exclusivamente nos parceiros, como os de Rasmussen et al. (2020) e a de Michalopoulos et al. (2022), indicam que estes apresentam níveis elevados de sobrecarga, reforçando a necessidade de investigação específica. Em contrapartida, outros estudos com amostras heterogéneas, como Khalil et al. (2021), evidenciam que os parceiros constituem uma parte menor da amostra (cerca de 30%), o que limita a generalização dos resultados para esta população.

Em particular torna-se essencial que estudos futuros adotem um desenho longitudinal, de forma a acompanhar a evolução da QV dos pacientes e da sobrecarga dos parceiros ao longo das diferentes fases do tratamento (e.g., início da diálise e manutenção).

Adicionalmente, estudos futuros devem privilegiar o desenvolvimento de avaliação de intervenções centradas no casal, focadas na promoção da adaptação à doença, no fortalecimento da relação conjugal e na melhoria da QV da díada. Variáveis relacionais como a satisfação conjugal ou a comunicação no casal, devem ser exploradas como possíveis fatores moderadores capazes de mitigar o impacto negativo da hemodiálise. A inclusão o parceiro pode contribuir para uma compreensão mais integrada do impacto da doença e tratamento e promover o desenho de intervenções sensíveis ao contexto da díade conjugal.

REFERÊNCIAS

Al Garni, R. S., & Cooke, M. (2021). The concept of HRQoL for patients on hemodialysis in Saudi Arabia: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01906-6>

Al-Agamy, H., Fouda, L., El Zeftway, A., & Mohammed, N. (2022). Effect of an educational intervention based on family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis Patients and Their Caregivers. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 26(3), 98-118. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2022.254404>

Alnazly, E. K. (2015). Burden and coping strategies among Jordanian caregivers of patients undergoing hemodialysis. *Hemodialysis International*, 20(1), 84-93. Portico. <https://doi.org/10.1111/hdi.12318>

Al-Rawashdeh, S., Alshraifeen, A., Rababa, M., & Ashour, A. (2020). Hope predicted quality of life in dyads of community-dwelling patients receiving hemodialysis and their family caregivers. *Quality of Life Research*, 29(1), 81-89. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02378-4>

Alshraifeen, A., Al-Rawashdeh, S., Alnuaimi, K., Tawalbeh, L., & Ashour, A. (2023). Depression and anxiety predicted quality of life in dyads of people receiving hemodialysis treatment and their family caregivers. *Current Psychology*, 43(10), 8839-8851. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04942-1>

Azeez, A., & Ambatipudi, S. (2024). Caregiver burden and quality of life among family caregivers of hemodialysis patients from South India. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_273_24

Barros, P. H. V., Fuzari, H. K. B., Medeiros, A. I. C. de, & Marinho, P. É. de M. (2019). Fatores preditores da capacidade funcional em pacientes com doença renal crônica sob hemodiálise. *ConScientiae Saúde*, 18(2), 149-155. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v18n2.8770>

Beerappa, H., & Chandrababu, R. (2019). Adherence to dietary and fluid restrictions among patients undergoing hemodialysis: An observational study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 7(1), 127-130. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2018.05.003>

Cabral, J. C., Paiva, S. S. C., & de Almeida, R. J. (2017). Hemodiálise e seus impactos psicossociais em mulheres em idade fértil. *Saúde (Santa Maria)*, 189-198. <https://doi.org/10.5902/2236583423662>

Chhetri, S. K., & Baral, R. (2020). Caregiver burden among caregivers of patient undergoing hemodialysis in tertiary care center: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Nepal Medical Association*, 58(223), 148-152. <https://doi.org/10.31729/jnma.4779>

Cunha, M. S., Andrade, V., Guedes, C. A. V., Meneghetti, C. H. Z., Aguiar, A. P. de, & Cardoso, A. L. (2009). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida em pacientes renais crônicos submetidos a tratamento hemodialítico. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(2), 155-160. <https://doi.org/10.1590/s1809-29502009000200011>

Driehuis, E., Janse, R. J., Roeterdink, A., Konijn, W., van Lieshout, T. S., Vogels, T. J. F. M., Goto, N. A., Broese van Groenou, M., Dekker, F. W., van Jaarsveld, B. C., & Abrahams, A. C. (2024). Informal caregiver burden in dialysis care and how it relates to patients' health-related quality of life and symptoms. *Journal of the American Society of Nephrology*, 35(10S). <https://doi.org/10.1681/asn.20242vckqxxk6>

Driehuis, E., Vogels, T., Konijn, W., Roeterdink, A., van Lieshout, T. S., Goto, N., van Groenou, M. B., Dekker, F. W., Van Jaarsveld, B., & Abrahams, A. C. (2023). #2814 What about the impact on informal caregivers? effects of dialysis patients' health-related quality of life and symptom burden on caregivers. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 38(Supplement_1). https://doi.org/10.1093/ndt/gfad063c_2814

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>

Figueiredo, D., Sousa, H., Paúl, C., Bártolo, A., Costa, E., Rodrigues, M., Ribeiro, F., & Ribeiro, O. (2023). WCN23-0156 'Connected We St@nd': Preliminary effects of an online couple-based intervention for adults on hemodialysis and their spouses. *Kidney International Reports*, 8(3), S368. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2023.02.831>

Finnegan-John, J., & Thomas, V. J. (2013). The psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: Findings from a needs assessment to shape a Service. *ISRN Nephrology*, 2013, 1-8. <https://doi.org/10.5402/2013/308986>

Fu, L., Wu, Y., Zhu, A., Wang, Z., & Qi, H. (2021). Depression of caregivers is significantly associated with depression and hospitalization of hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 26(1), 108-113. <https://doi.org/10.1111/hdi.12967>

Gallego, A. C., Soto, L. P. J., & Crespo, C. R. (2013). Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal [Analysis of the relationship between the level of dependence of the patient on hemodialysis and the burden of the primary caregiver]. *Enfermería Nefrológica*, 16, 44-50. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842013000500021>

Garcia, R. S. A., Lucinda, L. M. F., Ramos, F. A., Bueno, G. de S., de Oliveira, G. M. R., Bonisson, L. S., Silva, M. A., Zolli, T. I., Pinheiro, B. V., Paula, R. B., de Pazeli, J. M., & Reboredo, M. M. (2017). Factors associated with functional capacity in hemodialysis patients. *Artificial Organs*, 41(12), 1121- 1126. <https://doi.org/10.1111/aor.12938>

Gilbertson, E. L., Krishnasamy, R., Foote, C., Kennard, A. L., Jardine, M. J., & Gray, N. A. (2019). Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: A systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3), 332-343. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.09.006>

Göriş, S., Ceyhan, Ö., Taşçı, S., & Doğan, N. (2016). Do symptoms related to hemodialysis affect marital adjustment?. *Sexuality and Disability*, 34, 63-73. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9428-x>

Goto, N. A., van Loon, I. N., Boereboom, F. T. J., Emmelot-Vonk, M. H., Willems, H. C., Bots, M. L., Gamadia, L. E., van Bommel, E. F. H., Van de Ven, P. J.

G., Douma, C. E., Vincent, H. H., Schrama, Y. C., Lips, J., Hoogeveen, E. K., Siezenga, M. A., Abrahams, A. C., Verhaar, M. C., & Hamaker, M. E. (2019). Association of initiation of maintenance dialysis with functional status and caregiver burden. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 14(7), 10391-047. <https://doi.org/10.2215/cjn.13131118>

Hayati, M., Bagherzadeh, R., Mahmudpour, M., Heidari, F., & Vahedparast, H. (2023). Effect of teaching health-promoting behaviors on the care burden of family caregivers of hemodialysis patients: a four-group clinical trial. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01604-2>

Hebel, K., & Jałtuszevska, S. (2021). Evaluation of the quality of life and functional status of patients with chronic diseases. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 67(3), 23-29. <https://doi.org/10.21164/pomjlifesci.708>

Hoang, V. L., Green, T., & Bonner, A. (2018). Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed-methods systematic review. *Journal of Renal Care*, 44(2), 82-95. Portico. <https://doi.org/10.1111/jorc.12235>

Hoang, V. L., Green, T., & Bonner, A. (2019). Informal caregivers of people undergoing haemodialysis: Associations between activities and burden. *Journal of Renal Care*, 45(3), 151-158. <https://doi.org/10.1111/jorc.12280>

- Hsieh, R. L., Huang, H. Y., Chen, S. C., Lin, W. H., Wu, C. W., Chang, C. H., & Lee, W. C. (2010). Changes in physical functional performance and quality of life in hemodialysis patients in Taiwan: A preliminary study. *JN journal of nephrology*, 23(1), 41. PMID: 20091485.
- Jesus, L. A. da S. de, Lucinda, L. M. F., Colares, L. G., Freire, C. S. F., Campos, A. F. M., Borém, C. T., Coelho, L. O., & Reboredo, M. M. (2019). Equilíbrio postural de pacientes em hemodiálise comparados a indivíduos sem doença renal crônica: estudo transversal. *HU Revista*, 45(3), 261-269. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.28594>
- Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D., Ding, J., Lei, Z., Lu, Q., & Pan, F. (2015). Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress and Health*, 31(2), 166-174. <https://doi.org/10.1002/smi.2541>
- Joshi, U., Subedi, R., Poudel, P., Ghimire, P. R., Panta, S., & Sigdel, M. R. (2017). Assessment of quality of life in patients undergoing hemodialysis using WHOQOL-BREF questionnaire: A multicenter study. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 10, 195-203. <https://doi.org/10.2147/ijnrd.s136522>
- Jung, H. M., & Kim, H. Y. (2020). A health-related quality of life model for patients undergoing haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 613-625. <https://doi.org/10.1111/jocn.15113>
- Kaitelidou, D., Maniadaakis, N., Liaropoulos, L., Ziroyanis, P., Theodorou, M., & Siskou, O. (2005). Implications of hemodialysis treatment on employment patterns and everyday life of patients. *Dialysis & transplantation*, 34(3), 138-147. <https://doi.org/10.1017/s0266462305050051>
- Kampeyas, R. K., Unubol, H., Ozdogan, B., Keskin, R., Dogan, I. A., & Sayar, G. H. (2021). Depression, anxiety and anger levels in spouses of hemodialysis patients. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, 8(3), 217-221. https://doi.org/10.4103/jnbs.jnbs_6_21
- Karasneh, R., Al-Azzam, S., Altawalbeh, S. M., Alshogran, O. Y., & Hawamdeh, S. (2020). Predictors of symptom burden among hemodialysis patients: A cross-sectional study at 13 hospitals. *International Urology and Nephrology*, 52, 959-967. <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02458-2>
- Karnabi, P., Massicotte-Azarniouch, D., Ritchie, L. J., Marshall, S., & Knoll, G. A. (2023). Physical frailty and functional status in patients with advanced chronic kidney disease: A systematic review. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 10. <https://doi.org/10.1177/20543581231181026>
- Khaira, A., Mahajan, S., Khatri, P., Bhowmik, D., Gupta, S., & Agarwal, S. K. (2012). Depression and marital dissatisfaction among Indian hemodialysis patients and their spouses: Cross-sectional Study. *Renal failure*, 34(3), 316- 322. <https://doi.org/10.3109/0886022X.2011.647291>
- Khalil, A. A., Khalifeh, A. H., Al-Rawashdeh, S., Darawad, M., & Abed, M. (2021). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients and their caregivers: A dyadic analysis. *Japanese Psychological Research*, 53(1). <https://doi.org/10.1111/jpr.12339>
- Khouban-Shargh, R., Mirhosseini, S., Ghasempour, S., Basirinezhad, M. H., & Abbasi, A. (2024). Stress management training program to address caregiver burden and perceived stress among family caregivers of patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial study. *BMC Nephrology*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-024-03795-5>
- Kim, Y., & Evangelista, L. S. (2010). Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(3), 271. PMID: 20629465.

Levey, A. S., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E. P., Collins, A. J., Eckardt, K. U., Nahas, E. M., Jaber, B. L., Jadoul, M., Levin, A., Powe, N. R., Rossert, J., Wheeler, D. C., Lameire, N., & Eknoyan, G. (2007). Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney international*, 72(3), 247-259. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5002343>

Liu, C. K., Seo, J., Lee, D., Wright, K., Tamura, M. K., Moye, J., Weiner, D. E., & Bean, J. F. (2022). The impact of care partners on the mobility of older adults receiving hemodialysis. *Kidney Medicine*, 4(6), 100473. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100473>

Lowney, A. C., Myles, H. T., Bristowe, K., Lowney, E. L., Shepherd, K., Murphy, M., O'Brien, T., Casserly, L., McQuillan, R., Plant, W. D., Conlon, P. J., Vinen, C., Eustace, J. A., & Murtagh, F. E. (2015). Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: A collaborative study in England and Ireland. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(6), 778-785. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010>

Mallamaci, F., D'Arrigo, G., Tripepi, G., Lamberti, N., Torino, C., Manfredini, F., & Zoccali, C. (2022). Long-Term Effect of Physical Exercise on the Risk for Hospitalization and Death in Dialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(8), 1176-1182. <https://doi.org/10.2215/cjn.03160322>

Matsuzawa, R., Kamitani, T., Roshanravan, B., Fukuma, S., Joki, N., & Fukagawa, M. (2019). Decline in the functional status and mortality in patients on hemodialysis: Results from the Japan dialysis outcome and practice patterns study. *Journal of Renal Nutrition*, 29(6), 504-510. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2018.10.012>

Michalopoulos, S. N., Gauthier-Loiselle, M., Aigbogun, M. S., Serra, E., Bungay, R., Clynes, D., Cloutier, M., Kahle, E., Guérin, A., Farag, Y. M. K., & Wish, J. B. (2022). Patient and care partner burden in CKD patients with and without anemia: A US-Based survey. *Kidney Medicine*, 4(4), 100439. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100439>

Molina-Robles, E., Colomer-Codinachs, M., Roquet-Bohils, M., Chirveches- Pérez, E., Ortiz-Jurado, P., & Subirana-Casacuberta, M. (2018). Efectividad de una intervención educativa y de ejercicio físico sobre la capacidad funcional de los pacientes en hemodiálisis [Eficácia de uma intervenção educativa e de exercício físico na capacidade funcional de doentes em hemodiálise]. *Enfermería Clínica*, 28(3), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.003>

Moore, C., Skevington, S., Wearden, A., & Mitra, S. (2019). Impact of dialysis on the dyadic relationship between male patients and their female partners. *Qualitative Health Research*, 30(3), 380-390. <https://doi.org/10.1177/1049732319869908>

Nagasawa, H., Sugita, I., Tachi, T., Esaki, H., Yoshida, A., Kanematsu, Y., Noguchi, Y., Kobayashi, Y., Ichikawa, E., Tsuchiya, T., & Teramachi, H. (2018). The relationship between dialysis patients' quality of life and caregivers' quality of life. *Frontiers in Pharmacology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00770>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK]. (2017). *What is Chronic Kidney Disease?*. Retirado de: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/what-is-chronic-kidney-disease>

National Kidney Foundation. [NKF] (2015). *Hemodialysis*. <https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis#:~:text=Hemodialysis%20is%20a%20procedure%20where,entrance%2C%20into%20your%20blood%20vessels.>

NIDDK. (2018). *Hemodialysis*. Consultado em <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/hemodialysis>

Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 241. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001196>

Oller, O., Graziella A. S. A. de O. (2012). Independência funcional e capacidade para o autocuidado de pacientes em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 1033-1040. <https://doi.org/10.11606/d.22.2012.tde-05112012-185910>

Palmer, S. C., Hanson, C. S., Craig, J. C., Strippoli, G. F., Ruospo, M., Campbell, K., Johnson, D. W., & Tong, A. (2015). Dietary and fluid restrictions in CKD: A thematic synthesis of patient views from qualitative studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(4), 559-573. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.09.012>

Paschou, A., Damigos, D., Skapinakis, P., & Siamopoulos, K. (2018). The relationship between burden and depression in spouses of chronic kidney disease patients. *Depression Research and Treatment*, 2018, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2018/8694168>

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

Pio, T. M. T., Prihanto, J. B., Jahan, Y., Hirose, N., Kazawa, K., & Moriyama, M. (2022). Assessing burden, anxiety, depression, and quality of life among caregivers of hemodialysis patients in Indonesia: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4544. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084544>

Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., Cartwright, F. P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 573-584. <https://doi.org/10.1037/a0015878>

Qiu, C., Shao, D., Yao, Y., Zhao, Y., & Zang, X. (2019). Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and health-related quality of life among patients with hypertension in China.

Quality of Life Research, 28(9), 2585-2595. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02191-z>

Rasmussen, V. P. S. E., Eno, A., Bowring, M. G., Lifshitz, R., Garonzik-Wang, J. M., Al Ammary, F., Brennan, D. C., Massie, A. B., Segev, D. L., & Henderson, M. L. (2020). Kidney dyads: Caregiver burden and relationship strain among partners of dialysis and transplant patients. *Transplantation Direct*, 6(7), e566. <https://doi.org/10.1097/txd.0000000000000998>

Saeed, Z., Ahmad, A. M., Shakoar, A., Ghafoor, F., & Kanwal, S. (2012). Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 23(5), 946-952. <https://doi.org/10.1111/hdi.12967>

Sajadi, S. A., Ebadi, A., & Moradian, S. T. (2017). Quality of life among family caregivers of patients on hemodialysis and its relevant factors: A systematic review. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(3), 206. PMID: PMC5478741

Shakya, D., Tuladhar, J., & Poudel, S. (2017). Burden and depression among caregivers of hemodialysis patients. *Palliative Medicine & Care: Open Access*, 4(1), 1-6. <https://doi.org/10.15226/2374-8362/4/1/00131>

- Shin, S., Chung, H. R., Fitschen, P. J., Kistler, B. M., Park, H. W., Wilund, K. R., & Sosnoff, J. J. (2014). Postural control in hemodialysis patients. *Posture*, 39(2), 723-727. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2013.10.006>
- Shukri, M., Mustofai, M. A., Md Yasin, M. A. S., & Tuan Hadi, T. S. (2020). Burden, quality of life, anxiety, and depressive symptoms among caregivers of hemodialysis patients: The role of social support. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 55(6), 397-407. <https://doi.org/10.1177/0091217420913388>
- Silva, S. F. D., Pereira, A. A., Silva, W. A. H. D., Simões, R., & Barros Neto, J. D. R. (2013). Fisioterapia durante a hemodiálise de pacientes com doença renal crônica. *Brazilian Journal of Nephrology*, 35, 170-176. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20130028>
- Sluiter, A., Cazzolli, R., Jaure, A., Scholes-Robertson, N., Craig, J. C., Johnson, D. W., Gonzalez, A. M., Sautenet, B., Smith, B. J., & Manera, K. (2024). Experiences of social isolation and loneliness in chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 19(11), 1405-1416. <https://doi.org/10.2215/cjn.0000000000000529>
- Solaimanimoghaddam, R., Beydokhti, T. B., & Firouzkohi, M. R. (2024). Family caregivers' experiences of living with hemodialysis patients: A descriptive phenomenology. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(5), 535-541. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_276_22
- Sousa, H., Ribeiro, O., Bártolo, A., Costa, E., Ribeiro, F., Rodrigues, M., Paúl, C., & Figueiredo, D. (2024). The Connected We St@nd programme: A feasibility pilot study of an online self-management intervention for adults on in-centre haemodialysis and family caregivers. *British Journal of Health Psychology*, 29(3), 589-608. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12715>
- Sousa, H., Ribeiro, O., Silva, D., Christensen, A., & Figueiredo, D. (2022). Purpose in life and caregiver burden in kidney failure: Preliminary results from a hierarchical multiple regression analysis. *Journal of Statistics on Health Decision*, 4(1), 10-13. <https://doi.org/10.34624/jshd.v6i2.36913>
- Stevenson, J., Tong, A., Gutman, T., Campbell, K. L., Craig, J. C., Brown, M. A., & Lee, V. W. (2018). Experiences and perspectives of dietary management among patients on hemodialysis: An interview study. *Journal of Renal Nutrition*, 28(6), 411-421. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2018.02.005>
- Sugisawa, H., Shinoda, T., Shimizu, Y., Kumagai, T., Sugisaki, H., & Sugihara, Y. (2019). Caregiving for older adults requiring hemodialysis: A comparison study. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 24(4), 423-430. Portico. <https://doi.org/10.1111/1744-9987.13453>
- Surani, V., Elizadiani Suza, D., & Tarigan, M. (2021). The impact of family intervention programs on the caregiver burden of hemodialysis patients. *Kontakt*, 23(2), 138-145. <https://doi.org/10.32725/kont.2021.017>
- Tavalaee, S. A., Nemati, E., Khodami, V. H., Azizabadi, F. M., Moghani, L. M., & Asari, S. (2009). Marital adjustment in patients on long-term hemodialysis a case-control study. *Irian Journal of Kidney Diseases*, 3(3), 156-161. <https://sid.ir/paper/308749/en>
- Teodoro, P. C. S., & Almeida, B. R. (2021). O impacto do tratamento hemodialítico nas famílias de adultos diabéticos. *Revista de Psicologia*, 12(1), 112-126. <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.12.1.2021.9>
- Tsutsui, H., Nomura, K., Ishiguro, A., Tsuruta, Y., Kato, S., Yasuda, Y., Uchida, S., & Oshida, Y. (2017). Factors associated with employment in patients undergoing hemodialysis: A mixed methods study. *Renal Replacement Therapy*, 3, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41100-017-0105-z>

Walker, R. C., Hanson C. S., Palmer S. C., Howard K. M. R. L., Marshall M. R., Tong A. (2015). Patient and caregiver perspectives on home hemodialysis: A systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 65, 451-463. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.10.020>

Wang, D.-D., Cheng, M., & Chen, C.-Y. (2024). Intervention control of aerobic exercise in maintaining quality of life and pulmonary hypertension in hemodialysis patients. *World Journal of Clinical Cases*, 12(20), 4217-4229. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i20.4217>

Weisbord, S. D., Fried, L. F., Arnold, R. M., Fine, M. J., Levenson, D. J., Peterson, R. A., & Switzer, G. E. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(8), 2487-2494. <https://doi.org/10.1681/asn.2005020157>

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.273.1.59>

Yazawa, M., Kido, R., Ohira, S., Hasegawa, T., Hanafusa, N., Iseki, K., Tsubakihara, Y., & Shibagaki, Y. (2016). Early mortality was highly and strongly associated with functional status in incident Japanese hemodialysis patients: A cohort study of the large national dialysis registry. *Plos One*, 11(6), e0156951. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156951>

CAPÍTULO 9

INCERTEZA E LITERACIA EM SAÚDE NA FIBRILAÇÃO AURICULAR: IMPLICAÇÕES E ESTRATÉGIAS PARA UMA PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA¹

Data de submissão: 15/07/2025

Data de aceite: 25/07/2025

Ana Mónica Machado

Centro de Investigação em
Psicologia (CIPsi)

Escola de Psicologia

Universidade do Minho, Braga, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-9439-3540>

Fernanda Leite

i3S-Instituto de Investigação e

Inovação em Saúde, Porto, Portugal

Departamento de Hematologia Clínica

Centro Hospitalar e

Universitário de Santo António

Porto, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-7930-6066>

M. Graça Pereira²

Centro de Investigação em

Psicologia (CIPsi)

Escola de Psicologia

Universidade do Minho, Braga, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-7987-2562>

RESUMO: A fibrilação auricular é uma condição crónica complexa, cuja gestão eficaz exige uma abordagem que vá além do controlo eletrofisiológico, integrando dimensões psicossociais frequentemente negligenciadas. Este capítulo analisa o papel da incerteza e da literacia em saúde na vivência da fibrilação auricular e o seu impacto na qualidade de vida dos doentes. A incerteza, entendida como a dificuldade em compreender, prever ou atribuir significado à experiência da doença, surge como um elemento central na trajetória dos doentes com fibrilação auricular, com impacto direto na adesão terapêutica, no *distress* emocional e na perceção de controlo. A literacia em saúde, por sua vez, surge como um recurso crítico para interpretar a doença, comunicar com profissionais e tomar decisões informadas. A interação entre estas variáveis influencia significativamente a qualidade de vida, sobretudo em contextos de elevada complexidade clínica. Com base na literatura científica atual, é importante integrar a avaliação e promoção da literacia, bem como estratégias para reconhecer e mitigar a incerteza, no planeamento terapêutico e nos cuidados centrados na pessoa. São discutidas implicações para a prática clínica e propostas medidas concretas de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: fibrilação auricular; incerteza; literacia em saúde; qualidade de vida; cuidados centrados na pessoa.

¹ Este capítulo insere-se no estudo conduzido no Centro de Investigação de Psicologia (PSI/01662), Escola de Psicologia, Universidade do Minho, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) através dos Fundos Portugueses para a Investigação (Ref.: UIDB/PSI/01662/2020). A primeira autora (Ana Mónica Machado) foi financiada por fundos nacionais através da FCT (referência da bolsa: 2023.05576.BD), no âmbito do projeto com o identificador DOI <https://doi.org/10.54499/2023.05576.BD>. Sem conflito de interesse.

² Corresponding Author

UNCERTAINTY AND HEALTH LITERACY IN ATRIAL FIBRILLATION: IMPLICATIONS AND STRATEGIES FOR A PERSON-CENTRED PRACTICE

ABSTRACT: Atrial fibrillation is a complex chronic condition whose effective management requires an approach that goes beyond electrophysiological control, integrating psychosocial dimensions that are often neglected. This chapter analyses the role of uncertainty and health literacy in the experience of atrial fibrillation and its impact on patients' quality of life. Uncertainty, understood as the difficulty in understanding, predicting or attributing meaning to the experience of the disease, emerges as a central element in the trajectory of patients with atrial fibrillation, with a direct impact on therapeutic adherence, emotional distress and the perception of control. Health literacy, in turn, appears to be a critical resource for interpreting the disease, communicating with professionals and making informed decisions. The interaction between these variables significantly influences quality of life, especially in contexts of high clinical complexity. Based on current scientific literature, it is important to integrate the assessment and promotion of literacy, as well as strategies to recognise and mitigate uncertainty, into therapeutic planning and person-centred care. Implications for clinical practice are discussed and concrete intervention measures are proposed.

KEYWORDS: atrial fibrillation; uncertainty; health literacy; quality of life; person-centred care.

1. INTRODUÇÃO

A fibrilação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mais comum na prática clínica, afetando aproximadamente 60 milhões de pessoas em todo o mundo (Cheng et al., 2024), com prevalência crescente, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pela maior incidência de comorbilidades cardiovasculares (Hindricks et al., 2021; Lippi et al., 2021). Tradicionalmente, a abordagem à FA centrou-se nos objetivos clínicos clássicos, como a prevenção do acidente vascular cerebral (AVC), o controlo do ritmo ou da frequência e a redução da mortalidade (Lip, 2017). Contudo, nas últimas décadas, a investigação e a prática clínica têm vindo a reconhecer a importância de uma abordagem centrada na pessoa, que considere dimensões subjetivas, como a qualidade de vida (QV), a saúde mental, o funcionamento cognitivo e a experiência dos doentes (Machado et al., 2024; Van Gelder et al., 2024).

Neste contexto, a incerteza, a literacia em saúde e a QV emergem como constructos centrais para compreender como os doentes com FA interpretam a sua condição, lidam com o tratamento e se adaptam às exigências da vida com uma doença crónica. Embora tradicionalmente estudadas de forma isolada, estas dimensões interligam-se e podem influenciar de forma bidirecional o percurso clínico e psicológico dos doentes.

A **QV**, frequentemente comprometida nos doentes com FA (e.g. Aliot et al., 2014), reflete não apenas a sobrecarga física da doença, mas também o seu impacto emocional, social e funcional (Aliot et al., 2014; Rush et al., 2023). Por sua vez, a **literacia em saúde** influencia a capacidade de compreender, avaliar e aplicar informação relevante para a tomada de decisão em saúde (Arriaga et al., 2019; WHO, 2024). Do mesmo modo, a **incerteza**, enquanto experiência psicológica de não saber, compreender ou prever o curso da doença (Mishel, 1988; Skojec et al., 2025), pode exacerbar o sofrimento emocional e reduzir a perceção de controlo, sobretudo em contextos de sintomatologia intermitente e regimes terapêuticos complexos (Mishel, 1988; Bailey et al., 2007). Deste modo, tanto a literacia como a incerteza moldam significativamente a perceção de controlo e de segurança que são fatores essenciais para a preservação da QV.

Este capítulo propõe uma reflexão sobre a incerteza na FA, o papel da literacia em saúde e os efeitos conjunto destas variáveis na QV, oferecendo uma perspetiva que ultrapassa a dimensão biomédica da FA, valorizando os fatores psicossociais que sustentam a prática de cuidados centrada na pessoa.

2. FIBRILAÇÃO AURICULAR: DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO CLÍNICO

A FA é uma arritmia supraventricular caracterizada por uma atividade elétrica auricular desorganizada, resultando em contrações atriais ineficazes e, frequentemente, num ritmo ventricular irregular (January et al., 2019; Kirchhof et al., 2016; Van Gelder et al., 2024). A sua apresentação clínica é heterogénea, podendo variar desde episódios assintomáticos a manifestações graves com presença de sintomas como palpitações, dispneia, fadiga ou tonturas (Kirchhof et al., 2016; Van Gelder et al., 2024).

A prevalência da FA tem aumentado substancialmente nas últimas décadas, com estudos a indicar que poderá atingir 17 milhões de pessoas na União Europeia (Zoni-Berisso et al., 2014) e mais de 12 milhões nos Estados Unidos até 2030 (Colilla et al., 2013). Este aumento é atribuído não apenas ao envelhecimento populacional, mas também à maior incidência de fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus e apneia do sono (Schnabel et al., 2015; Freedman et al., 2020).

A FA associa-se a um risco significativamente aumentado de AVC, sendo estimado que este seja aproximadamente cinco vezes superior ao da população geral (Hindricks et al., 2021; Van Gelder et al., 2024). A literatura confirma que a FA está fortemente associada à progressão da insuficiência cardíaca, ao aumento das hospitalizações e a um risco aproximadamente duplicado de mortalidade por todas as causas (Benjamin et al., 2019; Odotay et al., 2016).

Do ponto de vista económico, a FA representa um encargo económico significativo para os sistemas de saúde, tanto pelos custos diretos relacionados com internamentos, consultas, terapêuticas e exames, como pelos custos indiretos associados à perda de produtividade, morbilidade e mortalidade precoce (Buja et al., 2024). Estimativas recentes apontam para um custo médio anual direto por paciente de cerca de €9 409, o que se traduz num impacto financeiro coletivo que pode ultrapassar os €660 milhões a €2.5 mil milhões por país europeu (Buja et al., 2024). Em Portugal, estudos anteriores sugerem uma despesa anual total com FA (direta e indireta) de cerca de €140 milhões, o que corresponde a aproximadamente 0,08% do PIB de 2013 (Gouveia et al., 2015). No Brasil, a FA representa um importante fardo económico para o sistema de saúde e para a sociedade. Em 2015, a FA foi responsável por custos diretos estimados em cerca de R\$ 3,9 bilhões (=USD 1,2 bilhão), incluindo hospitalizações, consultas, exames e terapêuticas, o que representa cerca de 7 % dos gastos com condições cardiovasculares (Stevens et al., 2018).

Estes valores destacam a urgência de estratégias de prevenção e gestão da FA que incorporem fatores psicossociais, não apenas para melhorar os resultados clínicos e a QV, mas também para conter o impacto económico da doença.

No entanto, a compreensão da doença deve integrar, para além dos aspetos eletrofisiológicos e hemodinâmicos, as repercussões psicossociais que afetam a vivência do doente (Van Gelder et al., 2024). A abordagem centrada exclusivamente no controlo do ritmo ou na prevenção do AVC negligencia a experiência subjetiva da doença, frequentemente marcada por medo, incerteza, dificuldades de adesão terapêutica e deterioração da QV (Van Gelder et al., 2024; McCabe & Barnason, 2012). Incorporar esta perspetiva psicossocial permite uma avaliação mais holística e, consequentemente, intervenções mais eficazes e humanizadas (Lip et al., 2012).

3. INCERTEZA NA FIBRILAÇÃO AURICULAR: UMA COMPONENTE TRANSVERSAL DA EXPERIÊNCIA DE DOENÇA

A incerteza constitui uma dimensão transversal da experiência da doença, com implicações relevantes na forma como os doentes percecionam a sua condição, tomam decisões em saúde e avaliam a sua QV (Kang et al., 2004; Dalteg et al., 2014). De acordo com a *Teoria da Incerteza na Doença Crónica*, proposta por Mishel (1988, 1990), a incerteza surge quando os indivíduos são confrontados com eventos clínicos difíceis de interpretar, prever ou contextualizar, o que se aplica de forma particularmente pronunciada à FA, que é marcada por episódios intermitentes, opções terapêuticas complexas e ausência de

uma trajetória clínica linear. A literatura tem demonstrado que a incerteza compromete o bem-estar psicológico, está associada a menor adesão terapêutica e interfere com a funcionalidade social dos doentes (Kang et al., 2004; Kang, 2005; Dalteg et al., 2014; Skojec et al., 2025).

Complementarmente, abordagens mais recentes à incerteza enquanto constructo psicológico têm contribuído para uma compreensão mais diferenciada deste fenómeno, nomeadamente através de instrumentos de avaliação. Neste sentido, a *Uncertainty Response Scale* (URS), desenvolvida por Greco & Roger (2001) é uma escala que avalia e operacionaliza a incerteza como uma resposta multidimensional, permitindo avaliar não apenas o grau de incerteza experienciado, mas também os modos específicos de lidar com ela (Casanova et al., 2019; Greco & Roger, 2011). A URS contempla três dimensões distintas: incerteza emocional, que capta reações afetivas negativas como ansiedade ou desconforto perante o desconhecido; incerteza cognitiva, relacionada com dificuldades na interpretação e integração da informação em saúde; e desejo de mudança, que expressa a tendência para evitar ou transformar situações ambíguas (Casanova et al., 2019; Greco & Roger, 2011). No contexto da FA, estas dimensões revelam-se particularmente úteis para compreender as múltiplas formas como os doentes experienciam e respondem à ambiguidade inerente à sua condição – seja na oscilação dos sintomas, na complexidade das decisões terapêuticas ou na incerteza quanto ao prognóstico.

Estudos qualitativos revelam que o sentimento de indefinição e imprevisibilidade característico da incerteza é central na experiência de vida na FA, acompanhando os doentes desde o diagnóstico até à adaptação aos regimes terapêuticos (Kang, 2002; Kang et al., 2004), passando pelos familiares (Dalteg et al., 2014). Estes fatores psicossociais como a ansiedade, hesitação em tomar decisões, redução na perceção de controlo, decorrem diretamente da incerteza, impactando negativamente o bem-estar emocional, a adesão ao tratamento e a funcionalidade diária (Hedberg et al., 2018; Wang et al., 2022).

De facto, esta experiência dos doentes com FA insere-se nos quatro antecedentes teóricos definidos por Mishel (1988, 1990): a ambiguidade relativa ao estado da doença (nomeadamente a presença de sintomas atípicos ou mesmo assintomáticos), a complexidade do sistema de tratamento e das decisões clínicas (como a escolha entre anticoagulação, cardioversão, controlo de ritmo ou de frequência), a ausência ou inconsistência da informação clínica recebida, e a imprevisibilidade da evolução ou da recorrência dos episódios.

Longe de ser um fenómeno transitório, a incerteza tende a persistir, assumindo um carácter recorrente que exige uma abordagem adaptativa, contínua e integrada (An et

al., 2022). Esta incerteza pode ser modulada, mas raramente é completamente eliminada, dado o caráter crônico e flutuante da FA (An et al., 2022).

Do ponto de vista clínico, a incerteza associa-se a uma variedade de desfechos negativos, incluindo menor adesão terapêutica, particularmente no que diz respeito à medicação anticoagulante, muitas vezes comprometida pela dúvida sobre a sua necessidade, segurança ou eficácia (Banerjee et al., 2019). A falta de compreensão clara da doença e das bases da terapia, amplificada por receios emocionais e informação incompleta, compõe um quadro em que a incerteza funciona como barreira ao tratamento eficaz (An et al., 2022).

Paralelamente, a incerteza contribui para um aumento do *distress*, com maior prevalência de ansiedade, sintomas depressivos e insônia entre os doentes que relatam dificuldades persistentes na compreensão da sua condição (Bang & Park 2023; Galli et al., 2017). A QV, em particular nos domínios físico, emocional e social, é muito afetada (Aliot et al., 2014), dado que muitos doentes optam por restringir atividades, evitam situações sociais ou vivem com medo constante da recorrência de episódios (Aliot et al., 2014; Thrall et al., 2006). Outro efeito relevante diz respeito à tomada de decisão partilhada, pois a incerteza pode gerar hesitação, insegurança e propensão à passividade, dificultando o envolvimento ativo do doente no seu plano terapêutico (Turchioe et al., 2013). Estas consequências adversas, como menor adesão terapêutica e *distress*, tornam-se mais pronunciadas em contextos de baixa literacia em saúde, ausência de suporte social significativo ou comunicação clínica deficiente (Boz & Çimen, 2025; Guo et al., 2023; Zou et al., 2023).

Na realidade, pacientes com literacia limitada têm menor compreensão dos sintomas, maior risco de internamento e não adesão terapêutica (Aronis et al., 2017; Guo et al., 2023). Por outro lado, determinantes como recursos socioeconómicos reduzidos e suporte familiar escasso estão associados a resultados negativos na FA (Aronis et al., 2017), o que reforça a necessidade de abordagens personalizadas, estruturadas e centradas na pessoa. A reconceptualização da teoria de Mishel (1990) oferece ainda uma lente adicional para compreender a variabilidade da resposta à incerteza, ao propor que esta pode ser experienciada como uma ameaça, quando o doente perceciona perda de controlo ou risco iminente, ou como uma oportunidade, quando a ambiguidade é interpretada como margem para recuperação ou esperança. A forma como o doente avalia a incerteza depende de múltiplos fatores, incluindo a sua capacidade de coping (Clarke et al., 2025; Hedberg et al., 2018; Le Grande et al., 2025), a presença de suporte familiar ou profissional, a experiência prévia com a doença e, de forma particularmente

relevante, o seu nível de literacia em saúde (Aronis et al., 2017). Neste sentido, a literacia emerge como uma variável crítica, capaz de transformar a incerteza experienciada em compreensão estruturada e em ação informada (Aronis et al., 2017). Doentes com maior literacia tendem a reinterpretar a ambiguidade clínica com menor carga emocional, a comunicar de forma mais eficaz com os profissionais de saúde e a adotar estratégias de adaptação mais ajustadas (Aronis et al., 2017). No entanto, este potencial só se concretiza plenamente quando acompanhado de uma comunicação clínica eficaz.

A comunicação entre profissionais de saúde e doentes desempenha um papel fundamental na gestão da incerteza. Evidências indicam que níveis elevados de incerteza estão associados a menor confiança dos doentes na tomada de decisões clínicas e nas mensagens de risco transmitidas pelos profissionais. Por outro lado, abordagens comunicacionais que incluem informação acessível, espaço para questões e reconhecimento aberto das incertezas promovem o engajamento do doente e fortalecem a perceção de controlo e apoio social (McCabe et al., 2011).

Em síntese, a incerteza vivida por estes doentes é uma experiência complexa, dinâmica e multifatorial, cujas implicações se estendem para além da esfera cognitiva, afetando profundamente a saúde psicológica, os comportamentos de autocuidado e as interações relacionais. O seu impacto não reside apenas na sensação subjetiva de insegurança, mas na forma como esta incerteza modela a perceção de controlo, a adesão terapêutica e o bem-estar geral (Mishel, 1988; 1990). A sua gestão eficaz exige mais do que a simples disponibilização de informação médica: requer uma abordagem centrada na pessoa, que reconheça a legitimidade desta vivência, integre os contextos emocionais e sociais em que ocorre, e promova ativamente a literacia em saúde como recurso adaptativo (Sørensen et al., 2012; McCabe et al., 2011). Para além disso, a comunicação terapêutica deve ser entendida como uma intervenção clínica por si só, capaz de atenuar a ambiguidade, reforçar a aliança terapêutica e mobilizar estratégias mais eficazes de coping (Ha et al., 2014). Assim, compreender e abordar a incerteza em contextos de FA constitui imperativo clínico, com implicações diretas nos resultados na saúde destes doentes, na sustentabilidade dos cuidados e na humanização da prática clínica.

4. LITERACIA EM SAÚDE COMO RECURSO

A literacia em saúde desempenha um papel crucial na gestão de doenças crónicas complexas, como a FA (Aronis et al., 2017; Magi et al., 2024).

Conceitualmente, refere-se à capacidade que um indivíduo possui para aceder, compreender, avaliar criticamente e aplicar informação relevante no processo de tomada

de decisão em saúde (Sørensen et al., 2012; WHO, 2013). Num contexto clínico marcado pela multiplicidade de opções terapêuticas, pela necessidade de monitorização regular e pela crescente valorização da decisão partilhada (Van Gelder et al., 2024), a literacia em saúde representa um elemento estruturante da capacidade de adaptação do doente e da eficácia das intervenções médicas e representa um dos principais determinantes do acesso equitativo e eficaz aos cuidados de saúde e à promoção da saúde (Arriaga et al., 2021).

A vivência da FA exige não apenas o cumprimento de regimes terapêuticos rigorosos, como a anticoagulação oral, mas também a capacidade de reconhecer sintomas, interpretar sinais de alarme, ponderar riscos e participar de forma ativa no plano terapêutico (Machado et al., 2025). Neste sentido, a literacia não é um atributo passivo, mas sim um conjunto de competências cognitivas, comunicacionais e relacionais que medeiam a relação do doente com a sua condição. A sua ausência ou limitação pode ter consequências clínicas relevantes (Aronis et al., 2017). Estudos demonstram que baixos níveis de literacia em saúde estão associados a menor compreensão do regime terapêutico, dificuldades persistentes na adesão à medicação anticoagulante, dependência excessiva de profissionais de saúde e maior incerteza em relação ao prognóstico e às decisões terapêuticas disponíveis (Bartollazi et al., 2021; Rolls et al., 2017).

Por outro lado, níveis adequados de literacia em saúde favorecem a apropriação do conhecimento sobre a doença e as suas implicações, permitindo ao doente avaliar de forma mais informada os riscos associados à FA, compreender os benefícios da anticoagulação e participar ativamente nas decisões clínicas (Arriaga et al., 2021; Aronis et al., 2017). Esta participação informada contribui para um maior sentido de controlo, reduzindo o impacto da incerteza e promovendo um envolvimento mais autónomo e seguro com o processo terapêutico. Neste sentido, a literacia atua como um verdadeiro fator protetor contra os efeitos desorganizadores da incerteza, funcionando como uma ponte entre a complexidade clínica da FA e a sua integração cognitiva e emocional por parte do doente (Nutbeam, 2008).

A evidência empírica tem confirmado esta relação. McCabe et al. (2011) demonstraram que doentes com maior literacia em saúde reportam níveis mais baixos de distress psicológico, uma capacidade de autocuidado mais desenvolvida e maior satisfação com os cuidados recebidos. Além disso, a literacia influencia significativamente a forma como os doentes processam informação ambígua ou contraditória, favorecendo interpretações mais coerentes e respostas mais adaptativas. Desta forma, pode ser considerada não apenas uma variável sociodemográfica ou educativa, mas um verdadeiro recurso clínico, com potencial para transformar a experiência de doença e os resultados em saúde.

Em suma, no contexto da FA, a literacia em saúde deve ser reconhecida como um pilar essencial da gestão integrada da doença. A sua avaliação sistemática e a promoção ativa junto dos doentes representam não apenas uma oportunidade educativa, mas uma estratégia de intervenção clínica com impacto direto na qualidade de vida, na adesão terapêutica e na capacidade de lidar com a incerteza associada à doença.

5. LITERACIA EM SAÚDE, INCERTEZA E QUALIDADE DE VIDA

A gestão clínica da FA exige mais do que o controlo eletrofisiológico da arritmia ou a redução do risco tromboembólico (Van Gelder et al., 2024). Trata-se, sobretudo, de compreender e responder à complexidade da experiência vivida pelos doentes, na qual variáveis psicossociais como a incerteza, a literacia em saúde e a QV se entrelaçam de forma profunda e determinante.

Estas três dimensões constituem um triângulo interdependente, cuja articulação influencia diretamente os comportamentos de saúde, a resposta emocional à doença e os resultados terapêuticos. Compreender a interseção entre estas variáveis não só permite identificar vulnerabilidades clínicas frequentemente negligenciadas, como também orienta intervenções mais eficazes, adaptadas e humanizadas.

A QV nos doentes com FA é influenciada por múltiplos fatores que vão além da sintomatologia da arritmia. A vivência da FA está frequentemente associada a alterações no bem-estar físico, emocional e social, com impacto direto na perceção de saúde e na funcionalidade quotidiana (Aliot et al., 2014; Rush et al., 2023; Thrall et al., 2006). De acordo com Thrall et al. (2006), a QV nos doentes com FA não depende exclusivamente da gravidade clínica da arritmia, mas é fortemente condicionada por elementos subjetivos, nomeadamente a forma como o doente compreende e lida com a doença.

Deste modo, a incerteza surge como uma variável central. Doentes que experienciam níveis elevados de incerteza, particularmente nos domínios cognitivo e emocional, tendem a apresentar pior QV, independentemente do tipo ou da frequência dos episódios de FA (McCabe et al., 2011). A imprevisibilidade dos sintomas, a ambiguidade das informações clínicas e a complexidade das decisões terapêuticas contribuem para um estado persistente de dúvida, insegurança e desconfiança em relação à capacidade de gerir eficazmente a própria condição (McCabe et al., 2011). A incerteza emocional, em particular, associa-se a piores pontuações em dimensões como vitalidade, função social e saúde mental, refletindo um padrão de sofrimento prolongado e uma quebra na perceção de controlo (Lane et al., 2009).

A incerteza surge, na FA, como uma consequência direta da imprevisibilidade dos sintomas, da complexidade das decisões terapêuticas e da ausência de uma trajetória clínica claramente definida. Tal como conceptualizado por Mishel (1988), a incerteza traduz-se na dificuldade do doente em atribuir significado aos acontecimentos relacionados com a sua condição. Quando não é adequadamente gerida, essa incerteza tende a reduzir a perceção de controlo sobre a doença, a aumentar os níveis de distress emocional, a comprometer a adesão terapêutica e a prejudicar tanto a funcionalidade como o bem-estar geral (Casanova et al., 2022; Kang, 2005).

Neste contexto, a incerteza funciona como uma variável importante entre a condição clínica objetiva e a perceção subjetiva do estado de saúde, sendo, por isso, determinante na definição da QV. É precisamente na interface entre conhecimento e perceção que a literacia em saúde adquire um papel estruturante. Não se trata apenas de uma competência de leitura ou compreensão de informação, mas de um conjunto de capacidades cognitivas, sociais e comunicacionais que permitem ao doente interpretar os sinais da doença, tomar decisões informadas e participar ativamente na gestão do seu tratamento (Sørensen et al., 2012). Quando presente em níveis adequados, a literacia atua como um fator de proteção, reduzindo o impacto da incerteza e transformando-a em ação: o doente sente-se mais confiante para fazer escolhas, compreender os riscos e comunicar de forma eficaz com os profissionais de saúde.

A literacia em saúde está associada a melhores desfechos em termos de adesão ao regime terapêutico, compreensão dos sintomas e *coping* com a doença (Sørensen et al., 2012). Além disso, intervenções que combinam educação estruturada com apoio emocional (centradas na promoção da literacia e na validação da experiência subjetiva do doente) têm mostrado efeitos significativos na redução da incerteza e na melhoria global da QV em pessoas com FA (McCabe et al., 2020).

Deste modo, a promoção da literacia em saúde não deve ser encarada como uma medida educativa acessória, mas como uma verdadeira intervenção clínica central, com impacto direto na forma como o doente interpreta, experiência e gere a sua doença. Ao permitir que o indivíduo transforme a imprevisibilidade da FA em compreensão e controlo, a literacia em saúde revela-se um instrumento determinante para a melhoria sustentada da qualidade de vida. Deste modo, a QV deve ser entendida como um resultado dinâmico da interação entre a forma como o doente compreende a sua doença e a maneira como lida com a sua imprevisibilidade. A FA, ao gerar incerteza, sobretudo em pessoas com reduzida capacidade para interpretar e integrar informação clínica, compromete a QV. Contudo, esta relação pode ser mitigada por níveis adequados de literacia, que oferecem

ao doente os recursos necessários para transformar a incerteza em compreensão, e a compreensão em ação.

A literacia em saúde desempenha um papel moderador no impacto da incerteza. Trata-se de uma competência cognitiva e funcional que permite ao doente aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde de forma autónoma e contextualizada (Sørensen et al., 2012). No caso da FA, indivíduos com maior literacia revelam maior capacidade para compreender a fisiopatologia da arritmia, interpretar corretamente os sintomas, distinguir situações de risco e participar ativamente nas decisões clínicas. Além disso, tendem a recorrer a estratégias de coping mais eficazes, transformando a incerteza em ação informada e diminuindo, assim, o seu impacto negativo na vida quotidiana (Ha et al., 2014). A literacia, ao reduzir a ambiguidade e ampliar a capacidade de antecipação e controlo, torna-se um recurso protetor que preserva a autonomia e promove uma adaptação mais eficaz à doença.

A QV, por sua vez, representa um desfecho integrador desta dinâmica, refletindo o equilíbrio, ou desequilíbrio, entre os fatores clínicos, emocionais e contextuais que moldam a experiência do doente. Entre os estudos que sustentam esta articulação, destaca-se a investigação de McCabe et al. (2011), que avaliou 146 doentes com FA, demonstrando que níveis mais elevados de incerteza emocional e cognitiva estavam significativamente associados a piores níveis de QV nos domínios físico e mental. Do mesmo modo, Banerjee et al. (2019) realizaram um estudo longitudinal com 382 doentes em terapêutica anticoagulante, onde se observou que dúvidas persistentes sobre a medicação estavam correlacionadas com menor adesão e maior distress. Por outro lado, o ensaio clínico conduzido por Daltge et al. (2016), com 115 participantes, demonstrou que programas de educação estruturada, combinados com apoio emocional, conduziram a uma redução significativa da incerteza e melhorias na QV, particularmente em doentes com baixa literacia inicial. Estes dados empíricos reforçam o papel da incerteza e o papel protetor da literacia na trajetória clínica e emocional dos doentes com FA. Assim, a evidência empírica é clara: níveis elevados de incerteza associam-se a piores indicadores de QV, sobretudo nos domínios físico, emocional e social (Thrall et al., 2006; Lane et al., 2009). Em contraste, níveis mais elevados de literacia em saúde correlacionam-se com maior autonomia, menor ansiedade e uma perceção global mais positiva da saúde (Nutbeam, 2008; Magnani et al., 2018). A articulação entre estas variáveis é crítica: a combinação de baixa literacia com elevada incerteza configura um perfil de risco para sofrimento psicológico significativo e má adaptação à condição crónica (Casanova et al., 2022).

Este processo entre a forma como o doente compreende a sua doença e a maneira como lida com a sua imprevisibilidade pode ser conceptualizado como um ciclo

interdependente, no qual a FA desencadeia incerteza, que por sua vez tende a reduzir a qualidade de vida, a menos que seja eficazmente moderada pela literacia em saúde. A dinâmica resultante pode ser virtuosa – com literacia elevada, menor incerteza e melhor qualidade de vida – ou viciosa – com baixa literacia, incerteza crónica e deterioração do bem-estar – dependendo dos recursos individuais e contextuais disponíveis. Esta visão integrada oferece não apenas uma lente teórica robusta para interpretar as experiências dos doentes com FA, mas também um guia prático para a ação clínica. Ao reconhecer a interdependência entre literacia, incerteza e qualidade de vida, profissionais de saúde podem desenhar intervenções mais eficazes e personalizadas, promovendo, em última instância, uma gestão mais humana, informada e centrada na pessoa.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A compreensão da interseção entre incerteza, literacia em saúde e QV na FA tem implicações diretas e profundas para a prática clínica, particularmente no contexto dos cuidados centrados na pessoa e da gestão de doenças crónicas complexas. Ao reconhecer que a incerteza não é apenas um fenómeno emocional, mas um elemento estrutural da experiência do doente com FA (influenciado, em grande parte, pela sua literacia em saúde), torna-se evidente a necessidade de integrar estas dimensões no raciocínio clínico, na avaliação sistemática e nas estratégias de intervenção.

Propomos assim que a prática clínica deva evoluir de um modelo centrado exclusivamente na gestão da arritmia para um modelo mais abrangente, que contemple a dimensão subjetiva da vivência com FA. A avaliação da incerteza e da literacia em saúde deve ser incorporada nas consultas de seguimento, através de instrumentos validados e adaptados à realidade dos serviços e perfis sociodemográficos dos doentes. Identificar precocemente níveis elevados de incerteza ou défices significativos de literacia pode prevenir trajetórias de sofrimento evitável, desadaptação e uso ineficaz dos recursos em saúde (Levy & Janke, 2016; Shahid et al., 2022).

A avaliação da literacia em saúde e da incerteza na prática clínica deve ser incluída com recurso a instrumentos validados e sensíveis às especificidades dos doentes com FA. No domínio da literacia, destacam-se instrumentos como o Health Literacy Survey (HLS-EU PT), que avalia múltiplas dimensões da literacia funcional, comunicacional e crítica, e o Medical Term Recognition (METER)(Paiva et al., 2014; Rawson et al., 2009) uma ferramenta rápida e eficaz para avaliar a literacia em saúde funcional, nomeadamente a capacidade de reconhecer termos médicos. Relativamente à incerteza, a Uncertainty Response Scale (URS; Greco & Rofer, 2001), na sua versão portuguesa

validada por Casanova et al (2019), permite captar de forma diferenciada a incerteza cognitiva, emocional e o desejo de mudança, oferecendo um perfil psicossocial útil para orientar intervenções personalizadas. A utilização destes instrumentos permite não só a identificação precoce de fatores de risco psicossocial, como a monitorização do impacto das intervenções educativas e de suporte ao longo do tempo.

Adicionalmente, a educação terapêutica pode ser reformulada de forma a responder não apenas às necessidades cognitivas dos doentes, mas também às suas dúvidas, receios e percepções. Estratégias como o uso e a disponibilização de materiais visuais e acessíveis (Galmarini et al., 2024), a promoção da decisão partilhada (Stacey et al., 2017) e a presença ativa de equipas multidisciplinares (enfermagem, psicologia da saúde, medicina, farmácia clínica) (Van Gelder et al., 2024) são ferramentas valiosas para reduzir a incerteza e reforçar a literacia funcional e crítica. Tais intervenções devem ser particularmente sensíveis ao contexto sociocultural do doente, respeitando os seus valores, ritmos e significados atribuídos à doença (Machado et al., 2025).

Importa ainda destacar que a promoção da literacia em saúde transcende o nível individual implicando uma responsabilidade organizacional e sistémica: os serviços de saúde devem tornar-se mais compreensíveis, transparentes e inclusivos, garantindo que a informação prestada seja útil, inteligível e adaptada aos diversos perfis de utilizadores/doentes. Esta abordagem integradora promove a equidade no acesso à informação e contribui para uma gestão mais sustentável da doença crónica.

Em termos de políticas de saúde, os resultados disponíveis apontam para a necessidade de incluir indicadores de literacia e de impacto psicossocial nos modelos de monitorização da qualidade assistencial em FA (Aronis et al., 2017; Lathlean et al., 2022). A integração destas variáveis permitirá uma avaliação mais completa dos resultados em saúde, indo além dos marcadores biomédicos tradicionais (Van Gelder et al., 2024). Além disso, a avaliação da literacia em saúde constitui um elemento fundamental para o planeamento de intervenções orientadas à sua promoção, bem como para a formulação de políticas de saúde alinhadas com as necessidades e características específicas da população (Arriaga et al., 2021; Pelikan et al., 2020).

A operacionalização de uma abordagem integrada centrada na pessoa, têm vindo a ser desenvolvidas intervenções estruturadas que combinam educação em saúde, suporte emocional e coordenação multidisciplinar. Um exemplo notável é o modelo AF-Care (Van Gelder et al., 2024), que propõe uma gestão integrada da FA baseada na triagem sistemática de fatores psicossociais, apoio educacional contínuo e envolvimento ativo do doente nas decisões terapêuticas (Van Gelder et al., 2020; Lip et al., 2021).

Este modelo enfatiza a literacia em saúde como pilar para a decisão partilhada e para a adaptação funcional à doença, incorporando estratégias psicossociais como consultas de enfermagem centradas no doente, intervenções motivacionais breves, e suporte à autorregulação e coping. Ensaios clínicos recentes demonstraram que este tipo de abordagem não só melhora a adesão terapêutica e a QV, como reduz significativamente hospitalizações e eventos adversos relacionados com a FA (e.g. Pastori et al., 2019). Estas evidências reforçam a necessidade de incorporar intervenções psicossociais validadas nos protocolos assistenciais, reconhecendo a literacia e a incerteza como alvos terapêuticos legítimos.

Ao articular incerteza, literacia em saúde e QV, este capítulo fornece uma base sólida para o desenvolvimento de novos modelos de cuidados personalizados, centrados na pessoa e orientados por indicadores psicossociais relevantes. Mais ainda, pode servir de alicerce para a criação de protocolos interdisciplinares que envolvam equipas multidisciplinares em estratégias educativas, comunicacionais e terapêuticas ajustadas às reais necessidades dos doentes, promovendo, assim, uma gestão mais eficaz, humana e sustentável da FA (Proietti et al., 2021; Van Gelder et al., 2024).

7. CONCLUSÃO

A compreensão da FA deve ir além dos seus mecanismos eletrofisiológicos e implicações hemodinâmicas, integrando as dimensões psicossociais que moldam profundamente a experiência vivida pelos doentes. Neste capítulo, argumentou-se que a incerteza, a literacia em saúde e a QV constituem elementos centrais e interdependentes na trajetória de adaptação à FA. A incerteza, enquanto experiência subjetiva de ambiguidade e imprevisibilidade, revela-se um fator com impacto direto no bem-estar emocional, na adesão terapêutica e na participação ativa nos cuidados. A literacia em saúde, por sua vez, constitui um recurso clínico essencial, que permite aos doentes compreenderem melhor a sua condição, comunicarem eficazmente com os profissionais de saúde e tomarem decisões mais informadas e seguras. Quando promovida de forma sistemática, pode atenuar a carga emocional associada à incerteza e potenciar um envolvimento mais autónomo na gestão da doença (Sørensen et al., 2012; Shao et al., 2023).

A articulação entre estas dimensões tem repercussões práticas significativas. A avaliação rotineira da literacia e da incerteza, com instrumentos validados, deve ser considerada parte integrante do seguimento clínico. Do mesmo modo, a educação terapêutica deve ser adaptada aos perfis cognitivos e emocionais dos doentes, e sustentada numa comunicação clara, empática e bidirecional, que promova a compreensão

mútua e o envolvimento ativo no processo de cuidado (Ownby & Caballero, 2025; Loyal et al., 2023). Ao reconhecer estas variáveis como determinantes da QV, abre-se espaço para intervenções mais humanas, eficazes e alinhadas com os princípios dos cuidados centrados na pessoa.

Em conclusão, integrar a literacia em saúde e a gestão da incerteza na abordagem à FA é uma oportunidade para melhorar os resultados em saúde, reforçar a autonomia dos doentes e construir sistemas de cuidados mais sustentáveis e responsivos às reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- Aliot, E., Botto, G. L., Crijns, H. J., & Kirchhof, P. (2014). Quality of life in patients with atrial fibrillation: How to assess it and how to improve it. *Europace*, 16(6), 787–796. <https://doi.org/10.1093/europace/eut369>
- An, Y., Zhang, Y., Wang, L., Chen, C., & Fan, X. (2022). The relationship between uncertainty in illness and quality of life in patients with heart failure: Multiple mediating effects of perceived stress and coping strategies. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 257–265. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000799>
- Aronis, K. N., Edgar, B., Lin, W., Martins, M. A. P., Paasche-Orlow, M. K., & Magnani, J. W. (2017). Health literacy and atrial fibrillation: Relevance and future directions for patient-centred care. *European Cardiology*, 12(1), 52–57. <https://doi.org/10.15420/ecr.2017:2:2>
- Arriaga, M. T., Santos, B., Costa, A. S., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C. R., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sørensen, K., Dietscher, C., & Freitas, G. (2021). *Níveis de literacia em saúde – Portugal 2021*. Direção- Geral da Saúde.
- Bailey, D. E., Jr., Wallace, M., & Mishel, M. H. (2007). Watching, waiting and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 734–741. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01545.x>
- Banerjee, A., Benedetto, V., Gichuru, P., Burnell, J., Antoniou, S., Schilling, R. J., Strain, W. D., Ryan, R., Watkins, C., Marshall, T., & Sutton, C. J. (2020). Adherence and persistence to direct oral anticoagulants in atrial fibrillation: A population-based study. *Heart*, 106(2), 119–126. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315307>
- Bang, C., & Park, S. (2023). Symptom clusters, psychological distress, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Healthcare*, 11(9), 1353. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091353>
- Bartolazzi, F., Ribeiro, A. L. P., de Sousa, W. J. F. N., Vianna, M. S., da Silva, J. L. P., & Martins, M. A. P. (2021). Relationship of health literacy and adherence to oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation: A cross-sectional study. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 52(4), 1074–1080. <https://doi.org/10.1007/s11239-021-02432-4>
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Das, S. R., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Jordan, L. C., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2019). Heart disease and stroke statistics–2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e56–e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>

- Boz, M. K., & Çimen, M. (2025). The effect of e-health literacy and patient- physician relationship on treatment adherence. *Healthcare*, 13(6), 632. <https://doi.org/10.3390/healthcare13060632>
- Buja, A., Rebba, V., Montecchio, L., Renzo, G., Baldo, V., Cocchio, S., Ferri, N., Migliore, F., Zorzi, A., Collins, B., Amrouch, C., De Smedt, D., Kypridemos, C., Petrovic, M., O'Flaherty, M., & Lip, G. Y. H. (2024). The cost of atrial fibrillation: A systematic review. *Value in Health*, 27(4), 527–541. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.12.015>
- Cheng, S., He, J., Han, Y., Han, S., Li, P., Liao, H., & Guo, J. (2024). Global burden of atrial fibrillation/atrial flutter and its attributable risk factors from 1990 to 2021. *Europace*, 26(7), euae195. <https://doi.org/10.1093/europace/euae195>
- Clarke, S. T., Murphy, B. M., Hester, R., & Jackson, A. C. (2025). Fear of recurrence and progression in people with heart disease: Risk factors and implications for emotional support. *Behavioral Sciences*, 15(4), 479. <https://doi.org/10.3390/bs15040479>
- Colilla, S., Crow, A., Petkun, W., Singer, D. E., Simon, T., & Liu, X. (2013). Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. *The American Journal of Cardiology*, 112(8), 1142–1147. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.05.063>
- Dalteg, T., Benzein, E., Sandgren, A., Fridlund, B., & Malm, D. (2014). Managing uncertainty in couples living with atrial fibrillation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(3), E1–E10. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a180da>
- Freedman, B., Potpara, T. S., & Lip, G. Y. H. (2020). Stroke prevention in atrial fibrillation. *The Lancet*, 396(10265), 113–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31257-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31257-0)
- Galli, F., Borghi, L., Carugo, S., Cavicchioli, M., Faioni, E. M., Negroni, M. S., & Vegni, E. (2017). Atrial fibrillation and psychological factors: A systematic review. *PeerJ*, 5, e3537. <https://doi.org/10.7717/peerj.3537>
- Galmarini, E., Marciano, L., & Schulz, P. J. (2024). The effectiveness of visual- based interventions on health literacy in health care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 24, 718. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11138-1>
- Gouveia, M., Costa, J., Alarcão, J., Augusto, M., Caldeira, D., Pinheiro, L., Vaz Carneiro, A., & Borges, M. (2015). Burden of disease and cost of illness of atrial fibrillation in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 34(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.08.005>
- Greco, V., & Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 519–534. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00156-2)
- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Zhu, W., Zhou, Y., Ge, X., & Yu, D. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: A cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12872-023- 03117-x>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner Journal*, 10(1), 38–43.
- Hedberg, B., Malm, D., Karlsson, J. E., Årestedt, K., & Broström, A. (2018). Factors associated with confidence in decision making and satisfaction with risk communication among patients with atrial fibrillation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(5), 446–455. <https://doi.org/10.1177/1474515117741891>

Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G. A., Dilaveris, P. E., Fauchier, L., Filippatos, G., Kalman, J. M., La Meir, M., Lane, D. A., Lebeau, J. P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., Thomas, G. N., ... ESC Scientific Document Group. (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 42(5), 373–498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

January, C. T., Wann, L. S., Calkins, H., Chen, L. Y., Cigarroa, J. E., Cleveland, J. C., Jr., Ellnor, P. T., Ezekowitz, M. D., Field, M. E., Furie, K. L., Heidenreich, P. A., Murray, K. T., Shea, J. B., Tracy, C. M., & Yancy, C. W. (2019). 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(1), 104–132. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.011>

Kang, Y. (2005). Effects of uncertainty on perceived health status in patients with atrial fibrillation. *Nursing in Critical Care*, 10(4), 184–191. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00100.x>

Kang, Y., Daly, B. J., & Kim, J. S. (2004). Uncertainty and its antecedents in patients with atrial fibrillation. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 770–783. <https://doi.org/10.1177/0193945904265815>

Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., Ahlsson, A., Atar, D., Casadei, B., Castella, M., Diener, H. C., Heidbuchel, H., Hendriks, J., Hindricks, G., Manolis, A. S., Oldgren, J., Popescu, B. A., Schotten, U., Van Putte, B., Vardas, P., & ESC Scientific Document Group. (2016). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*, 37(38), 2893–2962. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>

Lip, G. Y., Tse, H. F., & Lane, D. A. (2012). Atrial fibrillation. *The Lancet*, 379(9816), 648–661. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61514-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61514-6)

Lane, D. A., Langman, C. M., Lip, G. Y., & Nouwen, A. (2009). Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 203–210. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.007>

Lathlean, T., Kieu, D., Franke, K. B., O'Callaghan, N., Boyd, M. A., & Mahajan, R. (2022). Impact of health literacy and its interventions on health outcomes in those with atrial fibrillation: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 12(12), e065407. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065407>

Le Grande, M. R., Salvacion, M., Shwaita, L., Murphy, B. M., Jackson, A. C., & Alvarenga, M. E. (2024). Does coping style mediate the relationship between knowledge and psychosocial outcomes in women with atrial fibrillation? *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1328111. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1328111>

Levy, H., & Janke, A. (2016). Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication*, 21(sup1), 43–50. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131776>

Lip, G. Y. H. (2017). The ABC pathway: An integrated approach to improve AF management. *Nature Reviews Cardiology*, 14(11), 627–628. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.153>

Lippi, G., Sanchis-Gomar, F., & Cervellin, G. (2021). Global epidemiology of atrial fibrillation: An increasing epidemic and public health challenge. *International Journal of Stroke*, 16(2), 217–221. <https://doi.org/10.1177/1747493019897870>

Loyal, D., Ricci, L., Villegente, J., Ayav, C., Kivits, J., & Rat, A. C. (2023). Healthcare providers' perception of therapeutic patient education efficacy according to patient and healthcare provider characteristics. *Chronic Illness*, 19(1), 233–249. <https://doi.org/10.1177/1742395321105841>

Casanova, L., Pacheco, M., Costa, L. S., Lawthom, P., & Coimbra, J. L. (2019). Factorial validity and measurement invariance of the Uncertainty Response Scale. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0135-2>

Machado, A. M., Leite, F., & Pereira, M. G. (2025). Integrated care in atrial fibrillation: A multidisciplinary approach to improve clinical outcomes and quality of life. *Healthcare*, 13(3), 325. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030325>

Magi, C. E., Bambi, S., Rasero, L., Longobucco, Y., El Aoufy, K., Amato, C., Vellone, E., Bonaccorsi, G., Lorini, C., & Iovino, P. (2024). Health literacy and self-care in patients with chronic illness: A systematic review and meta-analysis protocol. *Healthcare*, 12(7), 762. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070762>

Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cene, C. W., Vaughan-Sarrazin, M., Wang, Y., & Heidenreich, P. A. (2018). Health literacy and cardiovascular disease: Fundamental relevance to primary and secondary prevention. *Circulation*, 138(2), e48–e74. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>

McCabe, P. J., & Barnason, S. A. (2012). Illness perceptions, coping strategies, and symptoms contribute to psychological distress in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(5), 431–444. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821e7ab1>

McCabe, P. J., Kumbamu, A., Stuart-Mullen, L., Hathaway, J., & Lloyd, M. (2020). Exploring patients' values and preferences for initial atrial fibrillation education. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(5), 445–455. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000716>

McCabe, P. J., Schumacher, K., & Barnason, S. A. (2011). Living with atrial fibrillation: A qualitative study. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 336–344. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820019b9>

Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Odutayo, A., Wong, C. X., Hsiao, A. J., Hopewell, S., Altman, D. G., & Emdin, C. A. (2016). Atrial fibrillation and risks of cardiovascular disease, renal disease, and death: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 354, i4482. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4482>

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Ownby, R. L., & Caballero, J. (2025). Change in stress among individuals with chronic health conditions and low health literacy using a tailored communication app promoting self-management. *Behavioral Sciences*, 15(6), 783. <https://doi.org/10.3390/bs15060783>

Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Ferreira, P., Santos, O., Lunet, N., & Azevedo, A. (2014). Cross-cultural adaptation and validation of the health literacy assessment tool METER in the Portuguese adult population. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.024>

Pastori, D., Pignatelli, P., Menichelli, D., Violi, F., & Lip, G. Y. H. (2019). Integrated care management of patients with atrial fibrillation and risk of cardiovascular events: The ABC (Atrial fibrillation Better Care) pathway in the ATHERO-AF study cohort. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(7), 1261–1267. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.022>

Pelikan, J. M., Straßmayr, C., & Ganahl, K. (2020). Health literacy measurement in general and other populations: Further initiatives and lessons learned in Europe (and beyond). *Studies in Health Technology and Informatics*, 269, 170–191. <https://doi.org/10.3233/SHTI200031>

Proietti, M., Lip, G. Y. H., Laroche, C., Fauchier, L., Marin, F., Nabauer, M., Potpara, T., Dan, G. A., Kalarus, Z., Tavazzi, L., Maggioni, A. P., Boriani, G., & ESC-EORP Atrial Fibrillation General Long-Term Registry Investigators.

Group. (2021). Relation of outcomes to ABC (Atrial Fibrillation Better Care) pathway adherent care in European patients with atrial fibrillation: An analysis from the ESC-EHRA EORP Atrial Fibrillation General Long-Term (AFGen LT) Registry. *Europace*, 23(2), 174–183. <https://doi.org/10.1093/europace/eaab274>

Rawson, K. A., Gunstad, J., Hughes, J., Spitznagel, M. B., Potter, V., Waechter, D., & Rosneck, J. (2010). The METER: A brief, self-administered measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1), 67–71. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1158-7>

Rolls, C. A., Obamiro, K. O., Chalmers, L., & Bereznicki, L. R. E. (2017). The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation. *Cardiovascular Therapeutics*, 35(6), e12304. <https://doi.org/10.1111/1755-5922.12304>

Rush, K. L., Seaton, C. L., Burton, L., Loewen, P., O'Connor, B. P., Moroz, L., Corman, K., Smith, M. A., & Andrade, J. G. (2023). Quality of life among patients with atrial fibrillation: A theoretically-guided cross-sectional study. *PLOS ONE*, 18(10), e0291575. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291575>

Schnabel, R. B., Yin, X., Gona, P., Larson, M. G., Beiser, A. S., McManus, D. D., Newton-Cheh, C., Lubitz, S. A., Magnani, J. W., Ellinor, P. T., Seshadri, S., Wolf, P. A., Vasan, R. S., Benjamin, E. J., & Levy, D. (2015). 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: A cohort study. *The Lancet*, 386(9989), 154–162. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61774-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61774-8)

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>

Shao, Y., Hu, H., Liang, Y., Hong, Y., Yu, Y., Liu, C., & Xu, Y. (2023). Health literacy interventions among patients with chronic diseases: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 114, 107829. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107829>

Skojec, T. A., Davidson, T. M., & Kelechi, T. J. (2025). The relationship between uncertainty in illness and psychological adjustment to chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 30(4), 622–637. <https://doi.org/10.1177/13591053241249861>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Stacey, D., Hill, S., McCaffery, K., Boland, L., Lewis, K. B., & Horvat, L. (2017). Shared decision making interventions: Theoretical and empirical evidence with implications for health literacy. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 263–283.

Stevens, B., Pezzullo, L., Verdian, L., Tomlinson, J., George, A., & Bacal, F. (2018). The economic burden of heart conditions in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(1), 29–36. <https://doi.org/10.5935/abc.20180104>

Thrall, G., Lane, D., Carroll, D., & Lip, G. Y. (2006). Quality of life in patients with atrial fibrillation: A systematic review. *The American Journal of Medicine*, 119(5), 448.e1–448.e19. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.057>

Van Gelder, I. C., Rienstra, M., Bunting, K. V., Casado-Arroyo, R., Caso, V., Crijns, H. J. G. M., De Potter, T. J. R., Dwight, J., Guasti, L., Hanke, T., Jaarsma, T., Lettino, M., Løchen, M. L., Lumbers, R. T., Maesen, B., Mølgaard, I., Rosano, G. M. C., Sanders, P., Schnabel, R. B., Suwalski, P., ... ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 45(36), 3314–3414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

Wang, J., Liu, S., Bao, Z., Gao, M., Peng, Y., Huang, Y., Yu, T., Wang, L., & Sun, G. (2022). Patients' experiences across the trajectory of atrial fibrillation: A qualitative systematic review. *Health Expectations*, 25(3), 869–884. <https://doi.org/10.1111/hex.13451>

Zoni-Berisso, M., Lercari, F., Carazza, T., & Domenicucci, S. (2014). Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. *Clinical Epidemiology*, 6, 213–220. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S47385>

Zou, H., Liu, J., Jiang, D., Hou, L., Wang, W., & Zhang, L. (2024). The effect of health literacy on disease management self-efficacy in chronic disease patients: The mediating effects of social support and the moderating effects of illness perception. *Patient Preference and Adherence*, 18, 657–666. <https://doi.org/10.2147/PPA.S447320>

CAPÍTULO 10

CAÍDA DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN PERÚ POR EFECTO DEL COVID 19, PERIODO 2020-2022

Data de submissão: 14/07/2025

Data de aceite: 25/07/2025

Luis Alberto Meza Santa Cruz¹

RESUMEN: En el caso de Perú, la pandemia del Covid-19 fue una pandemia urbana, el gran porcentaje de defunciones se dieron en las grandes ciudades y en sus áreas periféricas aledañas. su efecto fue devastador a pesar del confinamiento obligatorio decretado por el Gobierno, y es que no sólo intervenía el confinamiento, sino una buena y suficiente infraestructura para atenciones de salud, además de personal de salud calificado suficiente, medicamentos y oxígeno, ya que desde antes del inicio de la república no ha existido una real política pública de salud para atender al total de la población. Para el presente estudio se ha considerado para los años 2000 a 2022, a) la data de defunciones del Sistema Nacional de Defunciones (SiNaDef), y, b) para la población objetivo se ha tomado la estructura de la data del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), por ser un registro más actualizado correspondiente

¹ Miembro de la Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP); de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP); y, del International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Ex Demógrafo del INEI-PERÚ.

a la distribución de la población por sexo y edad, ya que se derivan de la expedición y actualización de los documentos de identidad nacional (DNI), que incluye a los recién nacidos. En el año 2020 la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) para ambos sexos en Perú habría caído 3,5 años de vida, al descender de un estimado de 76,7, a 73,2 años de vida al nacer. Para el año 2021, se ahonda más la caída de la EVN llegando a 4,7 años de vida. Al 2022 la EVN en Perú se recupera, lográndose obtener una diferencia de tan solo un año menos de vida (76 años de vida) con respecto al estimado pre-pandemia (77 años de vida). Si bien es cierto que el diferencial por sexo de la EVN fue mayor en el 2020, ésta se acorta en el 2021 y 2022, ya que se incrementaron las muertes femeninas con respecto al 2020.

PALABRAS CLAVE: Covid-19; Esperanza de Vida Al Nacer; exceso de defunciones; SiNaDef; infraestructura hospitalaria.

DECLINE IN LIFE EXPECTANCY AT BIRTH IN PERU DUE TO THE IMPACT OF COVID-19, 2020-2022

ABSTRACT: In Peru, the Covid-19 pandemic was largely an urban phenomenon, with the majority of deaths occurring in major cities and their surrounding peripheral areas. Its impact was devastating despite the mandatory lockdown imposed by the government. This was due not only to the lockdown itself but also to the lack of adequate healthcare infrastructure, a shortage of qualified

healthcare personnel, and limited access to essential medicines and oxygen. Since the early days of the Republic, there has never been a truly comprehensive public health policy to serve the entire population. This study covers the period from 2000 to 2022 and considers: a) mortality data from the National Death Information System (SiNaDef), and b) population structure data from the National Registry of Identification and Civil Status (RENIEC), as it offers the most up-to-date demographic information, including sex and age distribution derived from the issuance and updating of national identity documents (DNI), which also includes newborns. In 2020, Life Expectancy at Birth (LEB) for both sexes in Peru is estimated to have dropped by 3.5 years, falling from 76.7 to 73.2 years. In 2021, the decline in LEB deepened further, reaching a total loss of 4.7 years. By 2022, Peru saw a recovery in LEB, with the gap narrowing to just one year less than the pre-pandemic estimate (76 years compared to 77 years). Although the gender gap in LEB was more pronounced in 2020, it narrowed in 2021 and 2022 due to an increase in female mortality compared to 2020.

KEYWORDS: Covid-19; Life Expectancy at Birth; excess mortality; SiNaDef; hospital Infrastructure.

1. INTRODUCCIÓN

Durante el Siglo XX, y luego de la pandemia mundial de la influenza, que duró de 1918 a 1920, y que ocasionó en sólo un año la muerte de más de 20 millones de personas en todo el mundo, se estima entre 50 y 100 millones de muertes durante todo el periodo que duró la pandemia; pueden haber habido muchos avances científicos y tecnológicos en todo el mundo, pero la infinidad de logros obtenidos, dada su restringida implementación en todo el mundo, debido sobre todo a los costos que conlleva ello, no pudieron menguar y desafiar a la gran pandemia del Sigo XXI, el Covid-19; hasta los países más desarrollados sufrieron grandes estragos en lo social, económico y principalmente en la salud y vida de sus poblaciones. A mayo del 2022, la OMS estima para los años 2020 y 2021 en alrededor de 15 millones las muertes producidas directa o indirectamente por el Covid-19. A ciencia cierta no se sabe la real cantidad de defunciones que directa o indirectamente esta pandemia ha ocasionado en todos los países del mundo, solo sabemos qué gracias a la implementación de las vacunas especialmente preparadas para este suceso, se pudieron salvar cientos o miles de millones de vidas.

La presente investigación, presenta una serie de tres años, que es la culminación de varios estudios que se han realizado sobre la Pandemia del Covid-19 a lo largo de más de 4 años, como el trabajo inicial que se presentó en el IX Congreso Virtual de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) en diciembre 2020, con datos recogidos al 30 de junio de dicho año; y, el estudio para los años 2020 y 2021 presentados en Lima-Perú en el II Seminario de la Red Andino Amazónica en Estudios de Población (RAAEP): “Población y Covid-19 en los Países Andino Amazónicos (Bolivia, Ecuador y Perú)” del 16

al 18 de noviembre 2022, en el Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA) y la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

El nivel de la mortalidad se mide a través de la esperanza de vida al nacer (EVN), que da luces sobre la morbilidad en cualquier país del mundo, y por ende sobre la situación de la salud de una población. Para obtenerla es necesario construir una tabla de mortalidad por sexo y edad. A nivel mundial la EVN fue incrementándose con más velocidad en las últimas décadas, sin embargo, nadie esperaba la pandemia del Covid-19, que afectó en diferentes magnitudes a las poblaciones de todo el mundo, sobre todo a los países en vías de desarrollo, y trayendo abajo las expectativas de vida de las poblaciones involucradas en esta pandemia, dejando cierta incertidumbre sobre el retorno a los valores pre-pandémicos de la EVN.

Por todos es sabido que la pandemia del Covid-19 ha ocasionado un sinnúmero de bajas en las poblaciones de todos los países, sobre todo en el Perú, donde se tuvieron las tasas de mortalidad más altas del mundo por cada 100 mil habitantes (al 4 de junio 2021 era 658,2 muertes), su efecto fue devastador, a pesar del confinamiento obligatorio decretado por el Gobierno. Y es que no sólo era necesario el confinamiento, sino también que exista una buena y suficiente infraestructura pública para atenciones en salud, además de personal calificado suficiente, medicamentos y oxígeno, de lo cual el país adolece desde antes del inicio de la República, ya que nunca ha existido una real política pública de salud para poder atender a toda la población; lo que más han proliferado son instituciones privadas de salud (clínicas, policlínicos, etc.) cuyo objetivo principal fue y es el lucro, y no un espíritu de solidaridad.

Se puede decir que el Covid-19 fue una pandemia urbana, en Perú más del 80 % de la población radica en áreas catalogadas como urbanas o periferia urbana; debido a ello el gran porcentaje de muertes se dieron en las grandes ciudades, y con mayor énfasis en las áreas periféricas de éstas.

Tal vez Perú fue uno de los muy pocos países que logró registrar la gran mayoría de las defunciones por todas las causas de muerte, es que desde 2016 el Estado comenzó a implementar paulatinamente el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SiNaDef), que permitía el registro de defunciones en menor tiempo, y porque se sistematizaron por medios informáticos las causas de muerte, para facilitar el ingreso de las defunciones ocurridas y que se extendió a la gran mayoría de las grandes ciudades del país. Lamentablemente a partir de 2022 decayó esta mejora.

En el presente trabajo, se han utilizado las estadísticas oficiales de defunciones por sexo y edad, publicadas en la página web del Ministerio de Salud (MINSA) y

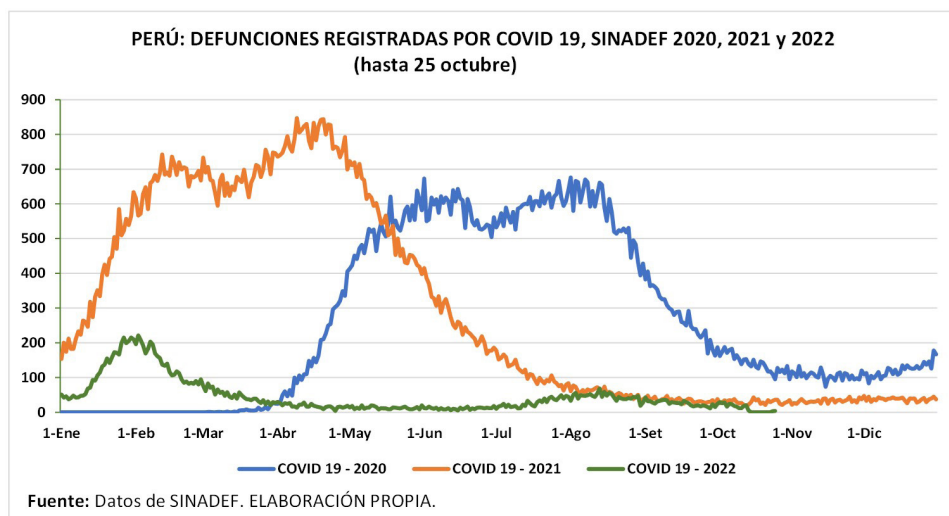
correspondientes al SiNaDef, y que dada la pandemia del Covid-19, se ha tenido logros significativos en la cobertura de las muertes para los años 2020 y 2021, de fuentes del propio MINSA, calculaban tan sólo entre un 10 a 15 por ciento la omisión en el registro de defunciones para esos 2 años, y que casi coincidieron con los cálculos hechos en el presente trabajo. Para el año 2022 la omisión subió a cerca del 40 por ciento.

Así incompleta la data siempre se ha sostenido, que en la praxis es factible su utilización, pues mediante la aplicación de métodos demográfico-matemáticos de completitud, se puede obtener aproximadamente la magnitud total de las defunciones.

Según avanzaba el año 2020, el número de defunciones en el Perú se fue incrementando, pero no solo en Perú, pues en todos los países del mundo ocurrió lo mismo, a pesar de que la economía del país había crecido, teniendo altos valores macroeconómicos (3,2% de PBI promedio anual en el periodo 2015-2019)² que comparado con otros países de la región y del mundo era mayor que en la gran mayoría de ellos; pero a nivel microeconómico, las familias tenían bajos ingresos, y casi un 80% de los peruanos en edad de trabajar laboran de manera informal.

Los picos de las olas fueron impresionantes sobre todo en la segunda ola donde entre febrero y mediados de mayo 2021 se llegaron a producir entre 500 y más de 800 decesos por Covid-19 al día. En el caso de la primera ola los picos más altos fueron entre mediados de mayo y mediados de agosto 2020, donde se produjeron entre 500 y casi 700 muertes por día.

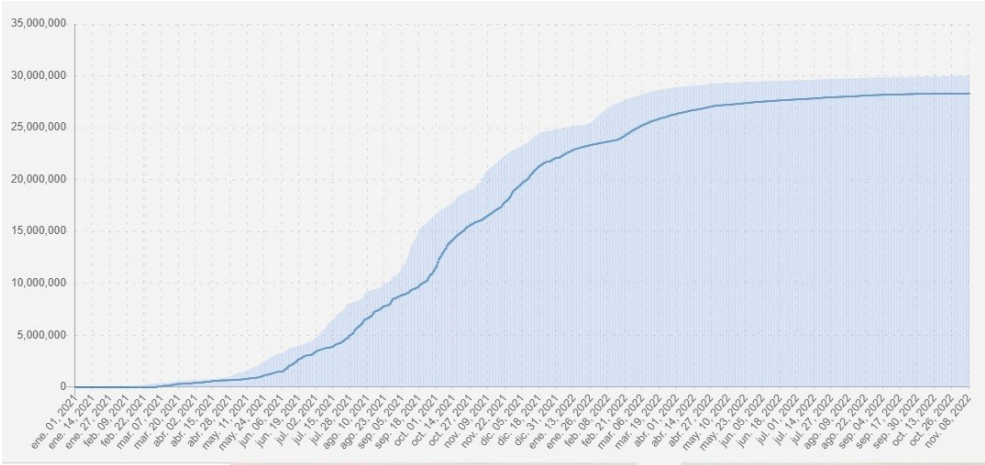
La tercera ola se produjo entre mediados de enero y mediados de febrero 2022 donde las muertes oscilaron entre 100 a 200 por día.



² INEI. (2020). Nota de Prensa N° 061 | 11 mayo 2020.

A mediados de abril 2021 las defunciones por Covid-19 comenzaron a descender, pues el proceso de vacunación se había iniciado en el mes de marzo de dicho año, dirigido inicialmente a todo el personal médico y paramédico, también a los miembros del ejército y la policía, así como a los bomberos, llegado un momento el Gobierno decide ampliar la vacunación a toda la población, empezando por la población más afectada que eran los adultos mayores de 60 años, primero con las personas mayores de 80 años, luego personas mayores de 70 años, seguidamente a mayores de 60 años, y así sucesivamente. La cobertura sobre todo a los adultos mayores ocurrió en el periodo de gobierno de Sagasti quién gobernó hasta el 28 de julio de 2021, cuando las muertes por Covid-19 habían disminuido a alrededor de 100 por día. Se pudo lograr esto porque en cada semana se llegó a recibir hasta alrededor de un millón de vacunas, principalmente las vacunas de Pfizer, además de Sinopharm y Moderna; al 26 de junio de 2021 el Minsa informa al país que ya había recibido 9 millones 600 mil dosis de vacunas, asimismo informó que más de 7 millones de dosis contra la Covid-19 ya se habían aplicado, y exhortaba a la población llamada a vacunarse (programada previamente por del MINSA) para acudir a los centros de vacunación para completar su segunda dosis. Los mayores de 60 años y más, sumaban 4 millones 299 mil 517 personas³, que fueron inmunizados con gran parte de dichas vacunas llegadas a Perú.

PERÚ: EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19, DE MARZO 2021 AL 8 DE NOVIEMBRE 2022.



Tomado de https://rodillo.org/estadisticas-coronavirus/peru/?gclid=Cj0KCQjwwfiaBhC7ARIsAGvcPe7jVjabhvl7Pf_V5vK-ugNeb3eH69U3Ub1g0VZ30yc68FoxkfT088MaAnPHEALw_wcB

³ INEI. (2019). *Perú: estimaciones y proyecciones de la población nacional, por año calendario y edad simple, 1950-2050*. Boletín Especial N° 24. Lima: INEI.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se ha centrado principalmente en la elaboración de tablas de mortalidad por sexo y edad “estimadas” pre-pandemia para los años 2019 a 2022; y, la elaboración de tablas de mortalidad por sexo y edad “observadas” en pandemia para los años 2020 a 2022.

La base para elaborar una tabla de mortalidad es contar con una estructura de muertes, distribuidas por sexo y edad.

Para obtener las tablas de mortalidad por sexo y edad “estimadas” se procedió a interpolar linealmente las defunciones por sexo y edad obtenidas de las tablas de mortalidad “estimadas” pre-pandemia para los quinquenios 2015-2020 y 2020-2025, y se obtuvieron defunciones pre-pandemia por sexo y edad para los años 2019, 2020, 2021 y 2022, que aplicados a las correspondientes poblaciones por sexo y edad “estimadas” previamente a la pandemia, permitieron obtener tasas de mortalidad por sexo y edad, con las cuales se construyeron las tablas de mortalidad “estimadas” pre-pandemia para los años 2019, 2020, 2021 y 2022.

Luego, para obtener las tablas de mortalidad por sexo y edad “observadas” en pandemia para los años 2020 a 2022, se calcula en primer lugar las tasas de mortalidad por sexo y edad y para ello se dispuso de 2 fuentes de datos:

- a) Las defunciones por sexo y edad publicadas por el SiNaDef, que incluían las muertes por Covid-19 para los años 2020 a 2022.
- b) La población por sexo y edad registrada en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) de los años 2020 a 2022; esto debido a que esta fuente nos daría la estructura de la población por sexo y edad más actualizada a estos años, ya que el último Censo Nacional fue el año 2017, y la estructura de población obtenida en ese entonces era estática y sólo para el momento censal, y se necesitaba una estructura dinámica, más aún en época de la pandemia.

Con estas 2 fuentes se tuvo el numerador y denominador de las tasas de mortalidad por sexo y edad, para los años 2020, 2021 y 2022. Con las cuáles se procedió a la elaboración de las tablas de mortalidad “observadas” en pandemia para los años del periodo 2020 a 2022.

Es necesario aclarar que la hipótesis que siempre se ha manejado con respecto a la elaboración de las estructuras de mortalidad por sexo obtenidas de las defunciones registradas en el Perú, es de que a pesar de la omisión que adolece los registros de defunciones, éstas no se modificarán significativamente si se hubiera tenido el 100% de

cobertura en los registros de defunciones. Para el presente estudio resultado de aplicar la metodología demográfico-matemática de la Ecuación de Equilibrio de William Brass, se han obtenido una omisión promedio para ambos sexos del registro de defunciones de 15% para el año 2020, 10% para el año 2021 y, 40% para el año 2022.

Esta investigación se basa en la teoría de la ciencia demográfica, además se ha utilizado las diversas metodologías matemáticas y demográfico-matemáticas para obtener los resultados que se presentan. Para conseguir las tablas de mortalidad por sexo se ha utilizado el módulo LIFTB del Software MORTPAK versión 4.3 de Naciones Unidas, que son de libre acceso.

Con este estudio no se pretende ser exactos sino solamente aproximativos a los valores reales de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) devenidos de los efectos del Covid-19, pero lo que afirmamos es que este estudio puede dar valores mínimos de la caída de la EVN para los años 2020 al 2022, como consecuencia de la pandemia del Covid-19.

Una vez calculadas las tablas de mortalidad para el año 2019 “estimada”, y los años 2020 a 2022 “estimadas y observadas”, se procedió con el análisis de los resultados obtenidos, comparándose en primer lugar la EVN por sexo; y luego, los cambios surgidos en la estructura de la mortalidad por sexo como consecuencia de la pandemia, lo que se visualiza en las gráficas de las tasas de mortalidad por sexo y edad; también se presentan las gráficas con el exceso de defunciones producidas por el Covid-19, según fue evolucionando la pandemia y el proceso de vacunación.

3. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. UNA GRAN INCÓGNITA

La gran incógnita que se tiene no sólo en Perú, sino en todos los países del mundo, es ¿cuántos murieron por Covid-19 o como consecuencia del impacto de ella, en el período 2020-2022?, **un dato muy importante para lograr unas nuevas estimaciones y proyecciones de población tanto del país, como de las regiones, provincias y distritos, y, que sean cercanas a la realidad vivida entre los años 2020 y 2022;** y, que para el componente mortalidad se tengan estructuras de defunciones que incluyan las muertes por Covid-19, distribuidas por sexo y edad, porque las estructuras de la población por sexo y edad podrían haberse visto afectadas, más aún si son muertes femeninas en edad de procrear; nomás veamos que se tiene más de 100 mil niños huérfanos de padre, madre o de ambos, en todo el país; además la razón de masculinidad de hecho se ha visto afectada.

3.2. LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER

En Perú como consecuencia de la pandemia del Covid-19 la EVN para el año 2020, comparado con lo estimado, habría caído 3,5 años de vida, en el caso de hombres sería un descenso de 4,3 años y en el caso de las mujeres el descenso fue 2,7 años.

PERÚ: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, ESTIMADA Y OBSERVADA CON EFECTO COVID 19, AÑO 2020			
FUENTES	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
EVN ESTIMADA	74,1	79,5	76,7
EVN CON EFECTO COVID 19	69,8	76,8	73,2
CAÍDA DE EVN COMO EFECTO DEL COVID 19 PARA AÑO 2020	-4,3	-2,7	-3,5

ELABORACIÓN PROPIA.

Para el año 2021, la EVN habría caído 4,7 años, lo cual se corrobora con el gran incremento de las muertes por covid-19 en dicho año. La caída de la EVN masculina habría sido 5,0 años y la EVN de las mujeres 4,3 años. En este año vemos que la caída de la EVN si bien en el año 2020, fue diferencial por sexo, en el año 2021 podría no serlo.

PERÚ: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, ESTIMADA Y OBSERVADA CON EFECTO COVID 19, AÑO 2021			
FUENTES	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
EVN ESTIMADA	74,3	79,6	76,9
EVN CON EFECTO COVID 19	69,3	75,3	72,2
CAÍDA DE EVN COMO EFECTO DEL COVID 19 PARA AÑO 2021	-5,0	-4,3	-4,7

ELABORACIÓN PROPIA.

En 2022 la EVN sólo habría caído 1,0 año con respecto al estimado pre-pandemia, siendo en las mujeres (1,7), más alta la caída que en los hombres (0,4). Comparado con 2020 y 2021, aquí la mortalidad femenina parece que se distanció de la masculina, entre otros por lo que las mujeres son en muchos casos el sostén de los hogares con menores recursos, y su actividad laboral es independiente y/o informal, lo

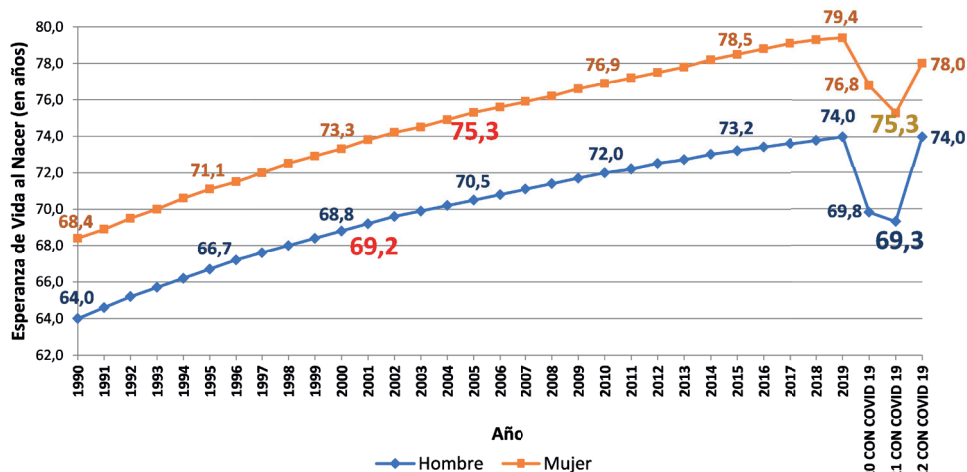
que la hace más riesgosa para su salud, ellas salían a las calles a buscarse el sustento propio y para sus familias: vendiendo comida, comprando y revendiendo diferentes productos, etc.

PERÚ: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, ESTIMADA Y OBSERVADA CON EFECTO COVID 19, AÑO 2022			
FUENTES	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
EVN ESTIMADA	74,4	79,7	77,0
EVN CON EFECTO COVID 19	74,0	78,0	76,0
CAÍDA DE EVN COMO EFECTO DEL COVID 19 PARA AÑO 2021	-0,4	-1,7	-1,0
ELABORACIÓN PROPIA.			

Analizando la evolución de la EVN tanto masculina como femenina a lo largo del periodo 1990-2022, se observa una fuerte caída en los años 2020 y 2021 producto de la pandemia del Covid-19. En el caso de los varones de tener una EVN de 74,0 años en el 2019, esta cae a 69,8 años en el 2020, y a 69,3 años en el año 2021, retrocediendo a la EVN masculina estimada para el año 2001, y en caso de las mujeres de tener una EVN de 79,4 años en el 2019, baja a 76,8 en el 2020 y a 75,3 en el 2021, retrocediendo al valor de la EVN estimada para el año 2005.

Más rápido de lo esperado, para el 2022, se observa una gran recuperación de la EVN tanto masculina (74,0 años) como femenina (78,0 años), con una diferencia de solo 1,0 año respecto a la EVN “estimada” de ambos sexos. En el caso de los varones, vuelven a recuperar la EVN “estimada” que tenían en el 2019 año previo a la pandemia, mientras que las mujeres recuperan la EVN “estimada” que tenían en el año 2014.

PERÚ: ESPERANZA DE VIDA AL NACER, ESTIMADA 1990-2019 Y OBSERVADA 2020-2022 (CON EFECTO COVID 19)

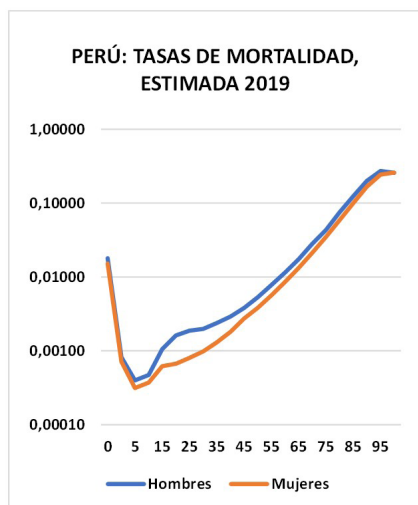


Fuente: INEI-Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, Por Año Calendario y Edad Simple, 1950-2050. Boletín Especial N° 24, y, Tablas COVID 19 elaboración propia preparadas para este estudio.
ELABORACIÓN PROPIA.

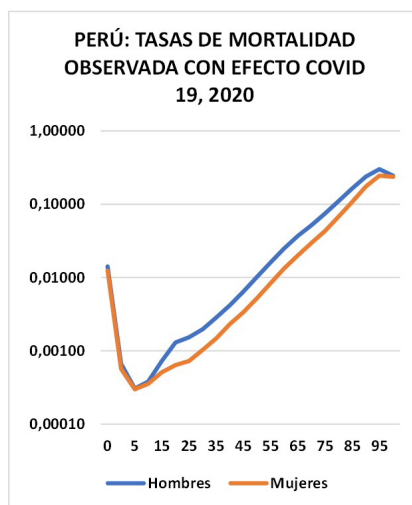
3.3. TASAS DE MORTALIDAD POR SEXO Y EDAD

Con respecto a las tasas de mortalidad por sexo y edad, se puede distinguir la gran diferencia entre las gráficas del 2019 año anterior a la pandemia, con las del 2020 donde las curvas se separan abruptamente debido a las altas tasas de mortalidad masculina; y, en el 2021 se visualiza una disminución de la brecha entre las tasas de mortalidad masculinas y femeninas, esto debido a que para este año se incrementaron significativamente las tasas de mortalidad femeninas; ya para el 2022 como que las tasas de mortalidad por sexo vuelven a su forma pre-pandemia, las muertes por Covid-19 para este año fueron mucho menores que en los 2 años anteriores.

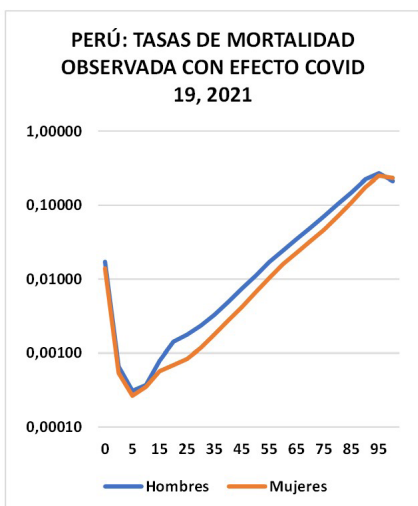
Jhon Graunt ya había hecho un seguimiento al comportamiento de los componentes demográficos naturales luego de las pestes del Siglo XVII, habiendo observado que en el caso de los nacimientos estos comenzaron a normalizarse en cantidad luego de 2 o 3 años, pasada las pestes.



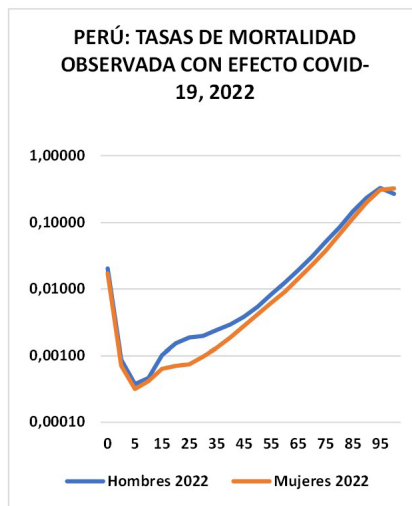
ELABORACIÓN PROPIA



ELABORACIÓN PROPIA



ELABORACIÓN PROPIA



ELABORACIÓN PROPIA

3.4. EXCESO DE DEFUNCIONES

Comparando las defunciones “estimadas” con las defunciones registradas por el SINADEF, ambas para los años 2020 al 2022, se observa lo que se puede llamar el “exceso de defunciones”, las cuales corresponderían en principio a las muertes por Covid-19, ahora es preciso que se tenga en cuenta que una cantidad no precisa, pero algo significativa de ellas, puedan ser consecuencia de la falta de atención médica y/o fármacos al resto de pacientes de otras enfermedades, es decir pueden ser muertes no

previstas ocasionadas indirectamente por efectos del Covid-19, entre estas se tienen las enfermedades oncológicas, cardíacas, renales, incluso podrían ser muertes infantiles y muertes maternas, etc. ya que los servicios de salud estuvieron dedicados exclusivamente a “salvar vidas” con Covid-19.

El “exceso de muertes” para los años estudiados de la pandemia son visiblemente claros en las gráficas que se presentan: con respecto a las defunciones masculinas se puede observar un incremento paulatino, sobre todo en las edades adultas entre los 40 y 84 años de edad, acrecentándose del 2020 al 2021, hasta “desaparecer” en el 2022; y, en el caso de las defunciones femeninas ocurre algo semejante e igualmente entre las edades 40 a 84 años, en este caso un fuerte incremento al pasar del año 2020 al 2021, y un descenso rápido para el 2022, pero sin desaparecer como en el caso de los varones.

Al terminar el 2022 se observa la consecuencia del Covid-19 en los varones, donde al parecer el exceso de muertes de varones en el 2020 y 2021, que en volumen fue mayor al de las mujeres, se ha generado un menor número de muertes “observadas” en el 2022; lo que no ocurre con las mujeres donde todavía hay un pequeño exceso de muertes en las edades comprendidas entre los 40 y 99 años.

Además, para el 2021 hay cambios, se observa que el diferencial por sexo debido al “exceso de muertes” se acorta, además los efectos del Covid-19 se comienzan a observar también en los jóvenes a partir de los 15 años; Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres el “exceso de muertes” se inicia a partir de los 15 hasta los 84 años, concentrándose el grueso de muertes entre los 50 y 79 años de edad.

Es importante destacar que en nuestro país las mujeres muchas veces son el sostén económico de los hogares peruanos, sobre todo en los estratos socioeconómicos medio y bajo, y mayormente su actividad laboral es independiente y/o informal, lo cual las hicieron más vulnerables al contagio y/o descuido de su propia salud. Llegó un momento en plena pandemia donde muchas de ellas, sobre todo las trabajadoras informales, se vieron en el apuro de salir a las calles a realizar sus labores cotidianas (venta ambulante de productos, comidas en una buena proporción), obligadas por la necesidad de conseguir el sustento diario de sus hogares.

La población habría disminuido por efectos de las muertes provocadas directa o indirectamente por la pandemia del Covid-19, en aproximadamente 70 mil personas en el año 2020; algo más de 150 mil en el año 2021; y, unas 15 a 20 mil en el año 2022, lo que dada las características etarias de dichas muertes, podría llevar a un “ligero” rejuvenecimiento de la población del país, contraria a la tendencia en la gran mayoría de los países sobre todo desarrollados donde se está manifestando desde hace décadas la transición hacia el envejecimiento de sus poblaciones.

Cabe aclarar que estas muertes fueron aparte de las que se producen anualmente en el Perú que están en alrededor de 200 mil defunciones cada año.



3.5. ¿QUÉ HAY DE LA FECUNDIDAD Y DE LA MIGRACIÓN INTERNA EN ÉPOCA DE LA PANDEMIA?

Con respecto a la fecundidad todavía no se tienen luces, pero pareciera que hubo un incremento de abortos y que los nacimientos “reales” podrían no haber bajado sino más bien subido, motivado por esta pandemia, ya que no se prestaron durante la pandemia los servicios de salud sexual y reproductiva, que además de la información brindada a las parejas por los agentes de salud, se les proporcionaba los diversos métodos anticonceptivos disponibles en el MINSA. Igualmente, la migración interna fue desastrosa para alrededor de 200 mil compatriotas que decidieron retornar,

sino definitivamente, por lo menos temporalmente a sus distritos de origen, de donde migraron a las grandes ciudades, una de las características principales de estos migrantes retornantes fue que o bien estaban empleados mayormente en pequeñas o medianas empresas, también muchos de ellos se dedicaban al trabajo informal, donde ellos obtenían un sustento diario a través de diferentes actividades de subempleo o el trabajo “ambulante”. Casi el 80% de la población económicamente activa pertenece al sector informal.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. El exceso de defunciones calculado en este estudio para el periodo 2020-2022 es de alrededor de 240 mil muertes ocasionadas por el Covid-19; desagregándose en 70 mil en el año 2020, 150 mil en el año 2021 y alrededor de 20 mil en el año 2022.
2. Nunca en el Perú, en los entes gubernamentales correspondientes, ha habido una discusión seria e implementación real de una política pública para la salud de la población, en la que se contemple la construcción de infraestructura hospitalaria de primer nivel, su equipamiento adecuado y completo, de acuerdo al volumen poblacional del área geográfica a la que serviría, la implementación de concursos públicos para incorporar más médicos, la oportunidad para que se especialicen en las enfermedades transmisibles y pandémicas, todo se ha dejado al azar, habían muchos lugares que no contaban con un servicio adecuado de oxígeno, muchas de las muertes se debieron a la falta de oxígeno y medicinas en cantidades clínicas aceptables. No se tiene previsto prepararse para una posible nueva pandemia mundial, los legisladores del Congreso solo discuten y aprueban leyes con intereses políticos, y de economía, más no hay interés por la salud y su prevención.
3. Con respecto a la evolución de la EVN en el periodo 2000-2020, como consecuencia de la pandemia del COVID-19, esta se habría reducido de 5,6 años de vida ganados a sólo 2,1 años de vida.

PERÚ: GANANCIA DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER SIN Y CON EFECTO COVID 19, 2000-2020.

AÑO CALENDARIO SELECCIONADO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
GANANCIA 2000 A 2020 SIN EFECTO COVID 19	5,3	6,2	5,6
GANANCIA 2000 A 2020 CON EFECTO COVID 19	1,0	3,5	2,1

ELABORACIÓN PROPIA.

4. Según las estimaciones de la EVN la brecha por sexo debería de estar alrededor de 5,3 años de vida. Sin embargo, con motivo de la pandemia del Covid-19, esta se ha visto afectada grandemente, y como resultado de su efecto en la EVN, para el año 2020 se tiene una brecha de 7,0 años de vida, para el 2021, baja a 6,0 años y para el 2022 esta se reduce a sólo 4,0 años de vida; lo que estaría indicando qué si bien al inicio murieron más hombres que mujeres (una proporción de 60 y 40), al final esta diferencia disminuyó drásticamente (53 y 47).

PERÚ: BRECHA DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO (en años), ESTIMADA Y OBSERVADA, AÑOS 2020 A 2022

AÑO	BRECHA ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO (en años)	
	ESTIMADA	OBSERVADA
2020	5,4	7,0
2021	5,3	6,0
2022	5,3	4,0

ELABORACIÓN PROPIA.

5. Como se ha podido constatar una de las políticas públicas a implementar urgentemente por el Gobierno, debe ser la ampliación de la infraestructura hospitalaria, así como de los implementos necesarios para la hospitalización tales como camas hospitalarias, camas UCI, y los generadores de oxígeno, que tanta falta hicieron durante la pandemia del Covid-19. Asimismo, tener las reservas necesarias de medicinas; y, la formación del personal médico y paramédico necesarios para hacer frente a epidemias y/o pandemias.

6. Los Gobiernos Regionales (la gran mayoría de ellos reciben sobre todo el canon minero que les corresponde) deben implementar sus correspondientes políticas públicas de salud, porque la razón de ser elegidos a esos puestos de gobierno son el servicio para mejorar la calidad y condiciones de vida de sus conciudadanos, entre los principales puntos a tomar en cuenta están la necesidad urgente de implementar y/o potenciar la infraestructura hospitalaria acorde a los volúmenes de su población, y así evitar muchas muertes como las que ocurrieron en las diferentes regiones del país.
7. Las causas de muerte, registradas en los informes de defunciones, son un dato muy importante, lamentablemente ello no es tomado muy en cuenta por la mayoría de los médicos. Su descuido sea por no registrarlos, informar incorrectamente, o delegar a otro personal el llenado del Acta de Defunción, producen errores en dichos registros y perjudican la posible aplicación de políticas públicas específicas en cada ámbito del Estado, que tiene tres regiones naturales bien diferenciadas y con características diferentes. Además, mucho se han descuidado los sistemas informáticos para el registro de las defunciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aburto, J.M., Kashyap, R., Schöley, J., Angus, C., Ermisch, J., Mills, M.C., Beam Dowd, J. (2020). *Estimating the burden of COVID-19 on mortality, life expectancy and lifespan inequality in England and Wales: A population-level analysis*. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.16.20155077>.

Chackiel, J. (1981). *El modelo de mortalidad de Brass*. Costa Rica: Artes Gráficas de Centroamérica S.A.

Coale, A., Demeny, P., with Vaughan, B. (1983). *Regional Model Life Tables and Stable Populations*. New York: Academic Press, Inc.

Goldstein, J.R., Lee, R.D. (2020). *Demographic perspectives on mortality of COVID-19 and other epidemic*. Working Paper 27043 <http://www.nber.org/papers/w27043>. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA. USA.

INEI. (2020). En las últimas 7 décadas economía peruana creció a un promedio anual de 3,8%. Lima: Nota de Prensa N° 061 | 11 mayo 2020.

INEI-CELADE/CEPAL-UNFPA. (2019). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, 1950-2070*. Boletín de Análisis Demográfico N° 38. Lima: INEI.

INEI-CELADE/CEPAL-UNFPA. (2019). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, Por Año Calendario y Edad Simple, 1950-2050*. Boletín Especial N° 24. Lima: INEI.

Lossio, J., Cruz, M. (2022). *¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al Covid-19*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos e Instituto Riva Agüero.

Meza, L. (2020). *El nivel de la mortalidad en el Perú hasta el Covid-19*. Virtual: IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), 9 al 11 de diciembre 2020.

Meza, L. (2022). *Desastre demográfico en Perú ocasionado por el Covid-19*. II Seminario de la Red Andino Amazónica en Estudios de Población (RAAEP): "Población y Covid-19 en los Países Andino Amazónicos (Bolivia, Ecuador y Perú)" del 16 al 18 de noviembre 2022, en el Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA) y la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), Lima-Perú.

Ortega, A. (1987). *Tablas de mortalidad*. San José, Costa Rica: Centro Latinoamericano de Demografía.

Trias-Llimós, S., Bilal, U. (2020). *Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain)*. *Journal of Public Health*, Volume 42, Issue 3, September 2020, Pages 635–636, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa087>.

UU.NN. (2013). *Mortpak for Windows (Versión 4.3)*. New York. <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2021/setiembre/ri-setiembre-2021-recuadro-5.pdf> <https://rpp.pe/peru/actualidad/pongo-el-hombro-minsa-peru-supera-los-7-millones-de-dosis-contra-la-covid-19-aplicadas-noticia-1344319>

CAPÍTULO 11

DEL MIEDO AL CUMPLIMIENTO: VIOLENCIA ESTRUCTURAL Y SALUD EN MUJERES MÉDICAS RESIDENTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO¹

Data de submissão: 15/07/2025

Data de aceite: 25/07/2025

Dra. Rocío Fuentes Valdivieso

Instituto Politécnico Nacional
Ciudad de México

<https://orcid.org/0000-0001-5192-1369>

RESUMEN: El presente capítulo analiza las experiencias de mujeres médicas residentes en México durante la primera fase de la pandemia por COVID-19. A través de entrevistas en profundidad, se examinan los miedos, tensiones emocionales y desigualdades de género que enfrentaron en el ámbito hospitalario. La investigación muestra cómo la sobrecarga laboral, el miedo al contagio y las exigencias institucionales agudizaron la violencia estructural y emocional, especialmente en aquellas con responsabilidades de maternidad. Las vivencias expuestas permiten comprender las formas en que el sistema de salud reproduce jerarquías patriarcales y desigualdad, incluso en contextos de emergencia.

PALABRAS CLAVE: mujeres médicas; pandemia; trabajo; salud; patriarcado; violencia estructural.

¹ Este capítulo derivó de una investigación financiada por el Instituto Politécnico Nacional (SIP:20200142). Agradezco profundamente la confianza de las médicas residentes que compartieron sus testimonios, a pesar de haber atravesado momentos de dolor e incertidumbre.

FROM FEAR TO COMPLIANCE:
STRUCTURAL VIOLENCE AND HEALTH
AMONG FEMALE MEDICAL RESIDENTS
DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN
MEXICO

ABSTRACT: This chapter analyzes the experiences of female medical residents in Mexico during the first phase of the COVID-19 pandemic. Based on in-depth interviews, it explores the fears, emotional strain, and gender inequalities they faced in hospital settings. Findings reveal that increased workloads, fear of infection, and institutional pressure exacerbated structural and symbolic violence, particularly among those with caregiving responsibilities. The testimonies highlight how the health system reproduces patriarchal hierarchies and neglects the emotional well-being of women, even in crisis contexts. This study underscores the need for a gender-sensitive and bioethical approach to medical training and labor conditions.

KEYWORDS: female physicians; pandemic; work; health; patriarchy; structural violence.

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo analiza las vivencias de médicas residentes en México durante la primera fase de la pandemia por COVID-19, un periodo que expuso y agudizó las desigualdades estructurales del sistema de

salud. A partir de un enfoque socioantropológico y de género, se examinan los miedos personales, las tensiones profesionales, las condiciones laborales impuestas por las instituciones hospitalarias, así como el impacto emocional derivado del cumplimiento institucional en contextos marcados por violencia formativa, jerarquías rígidas y exigencias patriarcales. La presente investigación es de corte cualitativo. Las técnicas utilizadas consistieron en entrevistas semiestructuradas aplicadas por medios electrónicos a quince médicas residentes de distintas especialidades, cuyas edades oscilaban entre los 26 y 32 años. Se indagaron sus experiencias personales y profesionales durante el confinamiento, prestando especial atención a quienes laboraban en áreas críticas como urgencias y neumología, o en contacto directo con pacientes graves de COVID-19. El análisis se estructuró a partir de tres categorías clave: miedo, cumplimiento y trabajo. Estas permitieron comprender cómo se vivieron las exigencias profesionales en medio de una emergencia sanitaria sin precedentes, y cómo se entrelazaron con los mandatos de género, las responsabilidades de cuidado y los roles tradicionalmente asignados a las mujeres. Ser médica residente durante la pandemia implicó no solo cumplir con funciones clínicas y formativas, sino también enfrentar una sobrecarga física y emocional derivada de estructuras institucionales que invisibilizan el bienestar de las mujeres trabajadoras.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: LA PANDEMIA Y SUS EFECTOS EN EL SISTEMA HOSPITALARIO

La pandemia por COVID-19 y sus efectos en los entornos hospitalarios deben analizarse como un fenómeno complejo y multidimensional. Desde una perspectiva socioantropológica, es posible observar no solo el colapso de los sistemas sanitarios, sino también la emergencia de nuevas formas de sufrimiento, desigualdad y violencia estructural. Este enfoque permite acceder a las experiencias subjetivas de las médicas residentes, quienes se vieron atravesadas por una multiplicidad de tensiones: el miedo al contagio, la sobrecarga laboral, la presión institucional y las demandas de cuidado familiar.

Este capítulo propone una interpretación densa de estas experiencias, en el sentido planteado por Clifford Geertz (2001), para comprender cómo las médicas residentes resignificaron sus roles, cuerpos y afectos en un contexto de incertidumbre extrema. Muchas de ellas, además de enfrentar jornadas extenuantes en hospitales saturados, tuvieron que asumir responsabilidades de crianza, cuidado y sostenimiento emocional de sus familias, incluso en condiciones materiales precarias.

La crisis sanitaria reveló las limitaciones estructurales del sistema hospitalario mexicano. La escasez de insumos médicos, la improvisación en protocolos de atención

y la falta de preparación institucional evidenciaron la fragilidad del modelo de atención, así como el abandono del personal médico, en particular del personal en formación. Aunque las médicas residentes contaban con conocimientos técnicos, el choque con la realidad hospitalaria fue profundamente desestabilizador. A ello se sumaron experiencias de violencia simbólica y jerárquica ejercida por parte de médicos adscritos, quienes reproducen, muchas veces de forma consiente e inconsciente, modelos de enseñanza autoritarios, verticales y excluyentes.

La figura del médico residente, al encontrarse en una zona límite entre estudiante y trabajador, queda especialmente expuesta a la precarización (Mc Phail, 2010). Esta ambigüedad se vuelve aún más peligrosa cuando denunciar maltratos o abusos implica riesgos concretos: reprobación, represalias, aislamiento institucional o incluso la exclusión del programa. En este contexto, el miedo y el silencio se convierten en mecanismos de sobrevivencia que refuerzan la lógica de sumisión. Acceder a una residencia médica en México implica aprobar un examen nacional altamente competitivo y someterse a una formación rigurosa (Casas, 2013). Sin embargo, renunciar a una especialidad no solo significa perder años de esfuerzo, sino también exponerse al estigma, al veto informal en otros espacios formativos y a la exclusión del mercado laboral formal. Por ello, las médicas residentes conforman un grupo particularmente vulnerable, sometido a presiones institucionales, sociales y familiares que se intensificaron durante la pandemia.

2.1. LA PANDEMIA COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y CRISIS GLOBAL

La pandemia por COVID-19, declarada oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, alteró profundamente la vida personal, social e institucional en todos los continentes (Wearing, Rohani, Keeling, 2005). En México, el 23 de marzo se suspendieron las clases y se limitaron las actividades de grupos vulnerables; el 30 de marzo se declaró la emergencia sanitaria nacional (INEGI, (2020). Desde una mirada antropológica, la pandemia no puede ser comprendida únicamente como un evento biológico, sino como una construcción social que evidenció fallas estructurales en salud pública, desigualdad de género, distribución de los cuidados y acceso a derechos (Butler, 2020).

La OMS define pandemia como la propagación global de una enfermedad infecciosa nueva, frente a la cual la mayoría de la población no tiene inmunidad previa. No obstante, diversos estudios han advertido que fenómenos como el cambio climático, la contaminación ambiental y la globalización sin regulaciones sanitarias han contribuido

al surgimiento de enfermedades emergentes como el SARS-CoV-2 (ECLAC, 2020; Sojo, 2020). La magnitud de la crisis sorprendió a gobiernos e instituciones sanitarias, y en muchos casos, dejó en evidencia la ausencia de sistemas de prevención efectivos. No todas las personas vivieron la pandemia del mismo modo. Mientras ciertos sectores sociales minimizaron sus riesgos o incluso negaron su existencia, otros – como el personal médico en formación – enfrentaron sus consecuencias en la primera línea, sin garantías laborales ni apoyos institucionales. La pandemia fue vivida como una experiencia límite, atravesada por la desinformación, el miedo, la sobrevivencia y la precariedad.

Las médicas residentes, al formar parte de un grupo que sostiene la operación cotidiana del sistema de salud sin contar con autonomía plena ni derechos laborales equiparables, fueron particularmente afectadas. A ellas se les exigió compromiso, sacrificio y resistencia, sin considerar sus condiciones personales, emocionales o familiares. En un entorno de posverdad, catastrofismo y crisis de confianza institucional, sus voces quedaron relegadas.

2.2. HACIA UNA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación se desarrolló a partir de un enfoque cualitativo, con el objetivo de comprender las experiencias vividas por médicas residentes durante la primera fase de la pandemia por COVID-19 en México. Se adoptó una perspectiva interpretativa que permite acceder a las dimensiones subjetivas de la realidad social, partiendo de la premisa de que las vivencias, emociones y significados construidos por las personas son elementos fundamentales para el análisis de fenómenos complejos como la salud, el trabajo y la violencia estructural (Tarrés, 2018; Vasilachis, 2007).

El trabajo de campo se realizó mediante entrevistas en profundidad de tipo semiestructurado, aplicadas a través de medios electrónicos, dadas las restricciones de movilidad impuestas durante el confinamiento. Las entrevistas fueron diseñadas con base en un guion flexible que permitió indagar en torno a tres grandes categorías: miedo, cumplimiento y trabajo. Se entrevistó a quince médicas residentes, con edades entre 26 y 32 años, que cursaban distintas especialidades médicas en hospitales públicos de México. Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional, con base en su disposición a participar, así como querer compartir sus experiencias en la atención directa o indirecta de pacientes con COVID-19. Entre las especialidades representadas se encuentran urgencias, neumología, gineco-obstetricia y medicina interna, campos que se vieron especialmente exigidos durante la emergencia sanitaria. El diseño metodológico consideró las siguientes dimensiones de análisis: 1. Condiciones laborales: horarios,

cargas de trabajo, accesos a insumos médicos, protocolos institucionales. 2. Relaciones jerárquicas: vínculos con médicos adscritos, trato institucional, experiencias de subordinación y violencia formativa. 3. Vida personal y emocional: experiencias de miedo, angustia, conflicto emocional, equilibrio entre vida laboral y familiar y 4. Género y cuidados: análisis de las exigencias sociales sobre el rol de madre, mujer y médica en un contexto de crisis. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas con base en el análisis temático, permitiendo identificar patrones comunes y divergentes en las narrativas. Se resguardó en todo momento la confidencialidad y anonimato de las participantes, utilizando seudónimos y eliminando cualquier dato que pudiera comprometer su identidad. La investigación se condujo bajo principios éticos de consentimiento informado, respeto a la autonomía y cuidado del bienestar emocional de las entrevistadas.

3. RESULTADOS

Las entrevistas realizadas a las quince médicas residentes evidencian un aumento sostenido de la carga laboral durante la pandemia por COVID-19, particularmente en aquellas que atendieron directamente a pacientes con diagnóstico confirmado. La primera etapa de la emergencia sanitaria fue vivida con confusión, desinformación y miedo. Muchas de las participantes relataron haber trabajado sin lineamientos claros y con escasos recursos de protección, lo que generó ansiedad, angustia y una sensación profunda de abandono institucional. A ello se sumó el temor constante a enfermar o contagiar a sus familiares, especialmente a sus hijas e hijos. Los relatos muestran que el miedo no se limitó a lo biológico, sino que se entrelazó con tensiones laborales y emocionales más amplias. Las residentes que eran madres enfrentaron una imposibilidad real de conciliar el trabajo hospitalario con el cuidado de sus hijos, lo que en varios casos las llevó a abandonar temporal o definitivamente su proceso formativo. Para otras, la solución fue improvisar redes de apoyo con familiares mayores – a menudo también en situación de vulnerabilidad – o contratar cuidadoras externas, quienes en algunos casos también se contagiaron. Esto generó una cadena de consecuencias emocionales y prácticas que agudizaron la sensación de sobrecarga y soledad.

Uno de los casos más ilustrativos fue el de una médica residente que, al quedar embarazada en los primeros meses de la pandemia, solicitó su incapacidad correspondiente. Esta decisión, aunque legalmente protegida, generó reacciones negativas por parte de sus colegas, quienes interpretaron su retiro temporal como una evasión deliberada de la responsabilidad. La entrevistada expresó una profunda culpa por

estar en casa mientras otros compañeros se enfermaban o fallecían, lo que muestra cómo el mandato de sacrificio en el ámbito médico se impone incluso por encima del derecho a la salud y la maternidad. Las médicas narraron experiencias marcadas por la tristeza, la impotencia, el agotamiento físico y mental, y el miedo constante. Una urgencióloga describió cómo, en un solo día, vio morir a múltiples pacientes, muchas de ellas mujeres jóvenes preocupadas por dejar a sus hijos solos. La carga emocional se intensificó con la ausencia de medicamentos y equipo médico, y con la falta de acompañamiento psicológico institucional.

Otro hallazgo relevante fue la violencia simbólica ejercida hacia las médicas residentes sin hijos o pareja, a quienes se les asignaban turnos extendidos bajo el argumento de que “tenían menos que perder”. Esta forma de discriminación también se manifestó en comentarios y actitudes de jefes y colegas varones que descalificaban sus capacidades o decisiones personales. No obstante, también surgieron tensiones entre mujeres, especialmente cuando se esperaba de ellas una actitud de “resistencia” o fortaleza emocional frente al dolor, como parte del ideal profesional del deber médico. En el ámbito doméstico, las entrevistadas describieron una rutina marcada por la multiplicidad de tareas: jornadas hospitalarias extensas, atención a sus hijos en edad preescolar o primaria, preparación de alimentos, limpieza del hogar, e incluso apoyo emocional a sus parejas. En muchos casos, el hogar dejó de ser un espacio de descanso para convertirse en una extensión del agotamiento. Varias mencionaron haber cedido espacios como el uso de la televisión, la sala o el comedor a otros miembros de la familia, priorizando las necesidades de los demás por encima de las propias. Esto provocó una sensación generalizada de despersonalización y pérdida de autonomía. Una médica en su último año de residencia relató cómo su red de apoyo familiar colapsó tras el contagio de su madre y de la cuidadora contratada. Al mismo tiempo, su esposo también médico, se contagió y requirió hospitalización. Durante ese periodo, ella continuó trabajando mientras su hijo fue enviado con familiares. Esta experiencia, marcada por el miedo, la culpa y la resiliencia forzada, resume la intensidad de las vivencias compartidas por muchas de las entrevistadas. Los testimonios permiten afirmar que el miedo – a enfermar, a fallar, a ser sancionada o excluida – se constituyó en un eje estructurador de sus decisiones cotidianas. A su vez, el cumplimiento institucional y las exigencias laborales se vivieron como dispositivos de control que limitaban la capacidad de negociación, incluso en contextos personales críticos como la maternidad, la enfermedad o el duelo. La experiencia de las médicas residentes durante la pandemia no fue únicamente la de enfrentar una crisis sanitaria, sino también la de sostener el sistema hospitalario desde una posición vulnerable, invisibilizada y sobre exigida.

4. DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación permiten comprender cómo la pandemia por COVID-19 intensificó las desigualdades estructurales preexistentes, particularmente en el caso de las médicas residentes. Las entrevistas revelaron no solo una sobrecarga laboral extrema, sino también una doble carga vinculada a las responsabilidades domésticas y de cuidado. Este fenómeno no es aislado: la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (ECLAC, 2020) ya había advertido que las mujeres en la primera línea de respuesta a la pandemia, especialmente en empleos poco calificados o feminizados, enfrentaron mayores riesgos de desempleo y precarización, en parte debido a la automatización y en parte por la histórica división sexual del trabajo. En el ámbito hospitalario, las médicas residentes se encontraron atrapadas entre la exigencia institucional y el mandato social del cuidado (WHO, 2020). La cultura patriarcal, lejos de ceder durante la emergencia sanitaria, se reconfiguró en nuevas formas de control y vigilancia. Como lo documentan Sepúlveda-Vildósola et al. (2017), la residencia médica en México está marcada por prácticas naturalizadas de abuso, jerarquías rígidas y una violencia formativa que, lejos de limitarse al aula, se reproduce en la vida hospitalaria cotidiana. A ello se suma el peso emocional de la maternidad y los cuidados familiares, los cuales fueron asumidos casi exclusivamente por las mujeres, como muestran también las experiencias recogidas. La violencia formativa – entendida como una forma institucionalizada de humillación, castigo o exclusión durante los procesos de enseñanza – no puede desligarse de la dimensión intersubjetiva y generacional. Chodorow (2003), Meler (2012) y Segato (2018) han analizado cómo la reproducción del patriarcado se sustenta en patrones aprendidos en el núcleo familiar, donde hombres y mujeres interiorizan roles de dominación o sumisión. No basta con una educación formal para desactivar estos mecanismos; la cultura patriarcal se reproduce incluso en personas con altos niveles de escolaridad, como se evidenció en las relaciones jerárquicas hospitalarias y en los relatos sobre discriminación y abuso emocional. Una de las formas más invisibilizadas de esta violencia es el llamado acoso maternal o *mobbing* por maternidad (OIT, 2016; OPS, 2020), que afecta a mujeres que solicitan licencias, ajustes de horario o facilidades para ejercer su maternidad. Las médicas residentes que fueron madres durante la pandemia, o que ya lo eran, se enfrentaron a prácticas hostiles por parte de superiores y colegas: fueron aisladas, ignoradas o sobrecargadas bajo el supuesto de que su compromiso profesional era menor. La maternidad, en este contexto, se convirtió en un motivo de sospecha y exclusión.

Este fenómeno fue más agudo para aquellas que, además de su labor médica, asumieron tareas escolares, alimenticias, de aseo, atención a personas mayores o

con discapacidad, sin una red efectiva de apoyo. Este contexto también mostró cómo las clases sociales influyen en los arreglos reproductivos. Mientras algunas médicas de clase media o alta pudieron contar con redes de apoyo económico o familiar, otras se vieron forzadas a abandonar sus estudios por no tener quien cuidara a sus hijos. Como lo plantea Ángeles Sánchez Bringas (2009), la maternidad en contextos populares se asume como obligación naturalizada, mientras que en sectores medios y altos puede postergarse como parte de un proyecto de vida. Esta desigualdad se hizo especialmente evidente durante la pandemia. Por otro lado, como señala Elizabeth Badinter (1981), la maternidad no siempre es vivida con plenitud. Algunas mujeres entrevistadas expresaron sentimientos ambivalentes, incluso de culpa o frustración, al no poder desarrollarse profesionalmente. Este tipo de emociones son frecuentemente reprimidas o condenadas, dado que la cultura patriarcal impone una visión idealizada de la maternidad como sacrificio incondicional (Meler, 2012; Moruno, 2012). El trabajo profesional, y en especial el trabajo médico, representa también una forma de autonomía y realización para muchas mujeres.

La discusión presentada permite afirmar que las experiencias de las médicas residentes no pueden ser entendidas como individuales, sino como parte de un entramado estructural de desigualdad, violencia y silenciamiento.

5. CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 profundizó las desigualdades estructurales y de género en el sistema hospitalario mexicano. Las médicas residentes entrevistadas enfrentaron una doble condición: ser profesionales en formación y trabajadoras sujetas a normativas que invisibilizaban su bienestar físico, emocional y familiar. El miedo – al contagio, al fracaso o a la exclusión – operó como dispositivo de control articulado con las lógicas patriarcales del deber, el sacrificio y el silencio.

Las experiencias recogidas muestran que la pandemia no fue solo una crisis sanitaria, sino también personal y estructural. Las exigencias institucionales en condiciones extremas revelan las dinámicas de poder que atraviesan la formación médica, especialmente hacia mujeres en situación de cuidado. Aunque el estudio se limita a un número reducido de entrevistas, permite visibilizar los efectos colaterales de la pandemia en la salud mental, los vínculos familiares y las trayectorias profesionales.

Estos hallazgos subrayan la urgencia de replantear la formación médica desde una perspectiva bioética y feminista, que reconozca el derecho al autocuidado, a una maternidad libre de penalización y a condiciones laborales más justas. Dar visibilidad

a estas voces resulta fundamental para el diseño de políticas públicas con enfoque de género y respeto por la dignidad de quienes sostienen – desde la primera línea y en condiciones de desigualdad – el sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben, G., et al, (2020), *Sopa de Wuhan*, Editorial ASPO.

Badinter, Elizabeth, (1981), *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX.* Paidós, España.

Butler, Judith, 2020, “El capitalismo tiene sus límites Butler (19 de marzo)”, en: Agamben, G., Zizek, S., Nancy, J. L., Berardi, F., López, S., Butler, J., Badiou, A., Harvey, D., Han, B., Zibechi, R., Galindo, M., Gabriel, M. Yañez, G., Manrique, P., Preciado, P., (Comps.), 2020 *Sopa de Wuhan*, editorial ASPO. Disponible en: (Consultado el 25 de septiembre de 2020).

Casas, P., Rodríguez, A., Casas, I., & Galeana, C. (2013). Médicos residentes en México: ¿Tradición o humillación? *Medwave*, 13(7), e5764. <https://doi.org/10.5867/medwave.2013.07.5764>

ECLAC, (2020), *The economic autonomy of women in a sustainable recovery with equality*, Especial Report COVID 19 Response No. 9. UNITED NATIONS.

Ge H, Wang X, Yuan X, et al. “The epidemiology and clinical information about COVID-19.” *Eur J. Clin Microbiol Infect Dis*. 2020; 39(6):1011-1019.

Geertz, Clifford, (2001), *La interpretación de las culturas*, Gedisa Editorial, España.

INEGI, (2020), *Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo (ETOE) Medidas Sanitarias*, junio 2020, México.

Lu L, Zhong W, Bian Z, et al. A comparison of mortality-related risk factors of COVID-19, SARS, and MERS: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*. 2020; 81(4):e18-e25. doi:10.1016/j.jinf.2020.07.002

Meler Irene, (2012), “Construcción de la subjetividad y actitudes ante el trabajo: diferencias y similitudes entre los géneros”. En, *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 16, No. 2, pág. 70-94 ISSN impreso: 1666-244X ISSN electrónico: 1852-7310.

Sojo, Ana, (2020). “Pandemia y/o pandemónium Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global,” *Documentos de Trabajo 37/20*, 2ª época, Fundación Carolina.

Sepúlveda et al. (2017). “Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México”. *Rev Med IMSS*.

Mc Phail, E., (2010), *El tiempo libre como derecho humano. Políticas de comunicación*. Disponible en Internet: (Consultado el 11 mayo de 2010).

Moruno, Jorge., (2018), *No tengo tiempo geografías de la precariedad*. España: Ediciones Akal.

OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2016), *Documentos de base para Reunión de expertos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo*, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

OMS (Organización Mundial de la Salud), (2002), Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud Washington, D.C.

OPS (Organización Panamericana de la Salud), (2020) COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos. Fecha: 27 de marzo de 2020.

Royal College of Obstetrics and Gynecologists (2020) Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Versión 6 Fecha: 3 de abril de 2020.

Sánchez, B., Ángeles, (2009) "Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad," en: Revista de Perinatología y Reproducción Humana, vol. 23, núm. 4, pp. 237-246.

Schwartz, D. (2020) An Analysis of 38 Pregnant Women with COVID-19, Their Newborn Infants, and Maternal-Fetal Transmission of SARS-CoV-2: Maternal Coronavirus Infections and Pregnancy Outcomes. Archives of Pathology & Laboratory Medicine InPress. <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>

Segato, Rita, (2018), Contra-Pedagogías de la crueldad, Prometeo Libros, Argentina.

Sepúlveda-Vildósola, A. C., Mota-Nova, A. R., Fajardo-Dolci, G. E., & Reyes-Lagunes, L. I. (2017). Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: Un fenómeno poco percibido. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 55(Supl 1), S92–S101.

Sojo, A. (2020). Pandemia y/o pandemónium. Fundación Carolina.

Tarrés, M., Luisa, (2018), Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social, FLACSO, El Colegio de México, México.

World Health Organization (WHO), (2020) Director-general's statement on the emergency committee on novel coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/statement/20-nCoV), (Consultado el 1 de diciembre de 2020).

CAPÍTULO 12

LA EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO ENTRE 1990 Y 2023: ¿HAY UN ESTANCAMIENTO?

Data de submissão: 15/07/2025

Data de aceite: 28/07/2025

Guillermo Julián González-Pérez

Centro Universitario de

Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

México

<https://orcid.org/0000-0003-2307-0186>

María Guadalupe Vega-López

Centro Universitario de

Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

México

<https://orcid.org/0000-0002-1781-2596>

Agustín Vega-López

Centro Universitario de

Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

México

<https://orcid.org/0000-0003-1091-3383>

María Ana Valle-Barbosa

Centro Universitario de

Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

México

<https://orcid.org/0000-0003-0224-6437>

RESUMEN: Este estudio analiza la evolución de la esperanza de vida de hombres y mujeres en la Frontera Sur (FS) de México entre 1990 y 2023, identifica los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) por causas seleccionadas en dicho lapso y compara el comportamiento por edades de los AEVP al comienzo y final del período estudiado. A partir de la información oficial se construyeron tablas de vida abreviadas por sexo para la FS para cada trienio comprendido entre 1990 y 2022 y para el año 2023 lo que permitió estimar la esperanza de vida temporaria (EVT) entre 0 y 85 años para cada trienio/año estudiado. Se estimaron los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) entre 0 y 85 años por causas seleccionadas en cada trienio/año. La EVT entre 0 y 85 años fue siempre mayor en mujeres que en hombres a lo largo del periodo estudiado. La EVT en hombres se incrementó 1,21 años entre 1990-1992 y 2023 y en mujeres en 1,9 años. En ambos sexos, los AEVP por enfermedades infecciosas intestinales se redujeron en más del 90% y los provocados por COVID-19, tras alcanzar altas cifras en 2020-2022, se redujeron drásticamente en 2023. Por el contrario, se ha incrementado en ambos sexos el número de AEVP por diabetes mellitus y enfermedades isquémicas del corazón. Los AEVP por homicidios en hombres parecen asociarse con los cambios observados en la evolución de la EVT masculina. La reducción de los AEVP por enfermedades infecciosas intestinales en las primeras edades no impide que el incremento de los AEVP por causas

de muerte violentas y enfermedades crónico-degenerativas, incluso en edades más tempranas, ralentice el aumento de la EVT. Los hallazgos del estudio apuntan a un cambio de perfil epidemiológico en la mortalidad de la FS, que no parece estar acompañado de un incremento relevante en la esperanza de vida, sobre todo masculina.

PALABRAS CLAVE: esperanza de vida; años de esperanza de vida perdidos; causas de muerte; mortalidad; México.

THE EVOLUTION OF LIFE EXPECTANCY ON MEXICO'S SOUTHERN BORDER BETWEEN 1990 AND 2023: IS THERE A STAGNATION?

ABSTRACT: This study analyzes the evolution of life expectancy for men and women along Mexico's Southern Border (SB) between 1990 and 2023, identifies the years of life expectancy lost (YLEL) due to selected causes during this period, and compares the age-specific behavior of YLEL at the beginning and end of the study period. Based on official information, abbreviated life tables by sex were constructed for the SB for each three-year period between 1990 and 2022 and for the year 2023, allowing for the estimation of temporary life expectancy (TLE) between 0 and 85 years for each three-year period studied. Years of life expectancy lost (YLEL) between 0 and 85 years due to selected causes being estimated for each three-year period. The TLE between 0 and 85 years was always higher in women than in men throughout the study period. TLE in men increased by 1.21 years between 1990-1992 and 2023, and in women by 1.9 years. In both sexes, YLELs due to intestinal infectious diseases decreased by more than 90%, and those caused by COVID-19, after reaching high levels in 2020-2022, decreased dramatically in 2023. In contrast, the number of YLELs due to diabetes mellitus and ischemic heart disease has increased in both sexes. YLELs due to homicide in men appear to be associated with the changes observed in the evolution of male TLE. The reduction in YLELs due to intestinal infectious diseases in early ages does not prevent that the increase in YLELs due to violent causes of death and chronic degenerative diseases, even at younger ages, slowing the increase in TLE. The study's findings point to a change in the epidemiological profile of FS mortality, which does not appear to be accompanied by a significant increase in life expectancy, especially among men.

KEYWORDS: life expectancy; years of life expectancy lost; causes of deaths; mortality; Mexico.

1. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida al nacer (EVN) es un indicador del nivel de salud de la población ampliamente reconocido a nivel internacional, en tanto resume el comportamiento de la mortalidad sin estar afectado por la estructura de edades de la población. Por ello también es un reflejo de las condiciones de vida de los habitantes de un territorio determinado.

Si bien en México como en el resto de América Latina ha sido patente el incremento de la EVN desde 1950 a la fecha, en México este proceso parece haberse ralentizado en las últimas décadas, sobre todo en el caso de los hombres. De acuerdo

con la División de Población de la Naciones Unidas (2024), la EVN de los hombres mexicanos pasó de 42.3 años en 1950 a 66.1 años en 1990 y 66.9 años en 2020. Para las mujeres, la EVN pasó de 45.5 años en 1950 a 72 años en 1990 y 74.1 en 2020. Aun a sabiendas de que la pandemia de COVID-19 contrajo la esperanza de vida en prácticamente todas las naciones, el avance observado en México entre 1990 y 2020 es sumamente limitado, sobre todo si se compara con otros países latinoamericanos (Colombia, Chile) y europeos (España), en los cuales la EVN creció en más de 3 años en cada sexo entre 1990 y 2020.

A nivel nacional, poco se ha estudiado el comportamiento de la esperanza de vida por regiones a lo largo de las últimas décadas (CONAPO, 2024). Es el caso de la Frontera Sur (FS) de México, en donde si bien algunos estudios han apuntado a que la esperanza de vida de esta región es ligeramente inferior a la media nacional, no se ha analizado su tendencia ni el impacto de la evolución de las causas de muerte en su comportamiento. Dado que la ganancia o la pérdida de años de esperanza de vida en un territorio evidencian la mejoría o deterioro en la calidad de vida de sus residentes, parece necesario analizar el papel desempeñado por ciertas causas de muerte en el posible estancamiento de la esperanza de vida antes mencionado.

En tal sentido, este estudio analiza la evolución de la esperanza de vida de hombres y mujeres en la FS de México entre 1990 y 2023, identifica los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) por causas seleccionadas en dicho lapso y compara el comportamiento por edades de los AEVP al comienzo y final del período estudiado.

2. MÉTODOS

En el presente estudio se ha asumido como Frontera Sur el conjunto conformado por los cuatro estados (Chiapas, Campeche, Tabasco y Quintana Roo) que limitan geográficamente con Guatemala y Belice, países ubicados al sur de México. Tradicionalmente, estos estados han tenido un grado de desarrollo socioeconómico relativamente menor al resto del país, exhibiendo una mayor marginación social y una mayor proporción de población indígena, acompañado esto de una infraestructura sanitaria y educativa mucho más limitada que la de otras regiones de México.

Con la información oficial existente sobre defunciones (INEGI, 2024) y población (CONAPO, 2019), se construyeron para el conjunto de estados que conforman la FS tablas de mortalidad abreviadas por sexo en cada trienio estudiado entre 1990 y 2022: 1990-1992, 1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2004, 2005-2007, 2008-2010, 2011-2013, 2014-2016, 2017-2019 y 2020-2022 e igualmente para el año 2023. Para construir

las tablas de mortalidad se utilizó el modelo Oeste, indicado por Coale y Demeny (1966) para países con tasas de mortalidad similares a México. La construcción de tablas de mortalidad trienales tuvo el propósito de reducir posibles variaciones aleatorias de la mortalidad que pudieran distorsionar la tendencia de su comportamiento.

La construcción de las tablas de mortalidad permitió calcular -de acuerdo con el método propuesto por Arriaga (1984)- tanto la esperanza de vida temporaria (EVT) entre 0 y 85 años como los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) entre las dos edades por sexo y causa seleccionada en cada trienio. Ambos indicadores fueron calculados mediante el programa EPIDAT v3.1 (2006).

El método de Arriaga ha sido explicado detalladamente en la literatura (Arriaga, 1996; Bocco, 1996, Boleda y Arriaga, 2000; Dávila-Cervantes, Pardo-Montaño, 2014; González-Pérez, Vega-López, Flores-Villavicencio, 2017b). En tal sentido, los AEVP representan la diferencia entre el máximo posible de años que se pueden vivir entre dos edades (o sea, 85 años en este caso) y la EVT, que es el promedio de años vividos por la población entre esas edades; esto significa que los AEVP son los años no vividos. La suma de estos años no vividos, por grupos de edad, permitió obtener los AEVP en total, así como los atribuibles a cada causa analizada para la FS. Así, los AEVP por causa pueden considerarse un indicador robusto del nivel de la mortalidad por cada causa de muerte en los trienios analizados.

En este estudio se calcularon los AEVP asumiendo una mortalidad nula entre 0 y 85 años. Este supuesto facilita la interpretación del indicador: el total de AEVP entre las edades “0” y “85” es igual a la diferencia entre el número máximo de años que se pueden vivir entre ambas edades si se elimina la mortalidad (en este caso 85 años) y la EVT entre “0” y “85” (o sea, el promedio de años que realmente se viven).

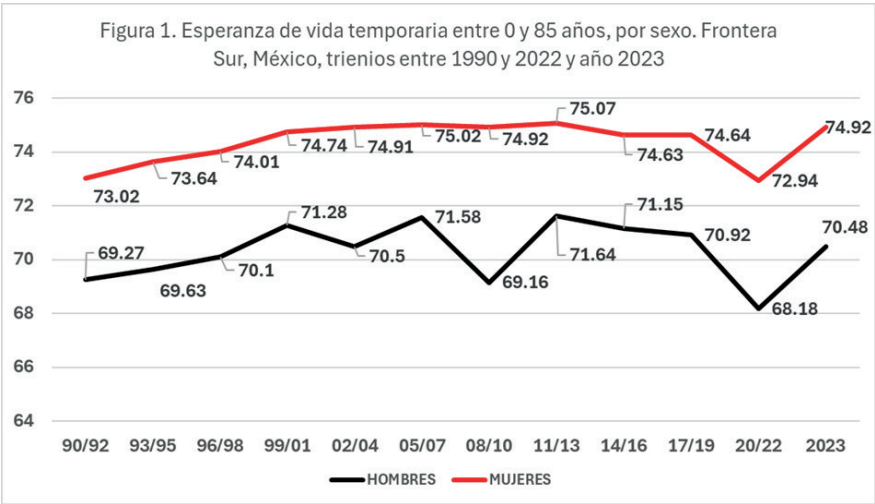
En la presente investigación, las causas de muerte analizadas -seleccionadas dada su relevancia a lo largo del período estudiado- se asumieron de acuerdo con lo establecido en la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Así, se recopiló información de las defunciones por diabetes mellitus -E10-E14-, enfermedades isquémicas del corazón (I21-I25), homicidios (X85-Y09, Y87.1), suicidios (X60-X84), accidentes de tráfico de vehículo motor [V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9], enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09) y Covid-19 (U07.1, U07.2 y U10.9)

Este artículo -y el proyecto del cual se deriva, “Mortalidad por causas en Jalisco y México”, aprobado por el Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano de

la Universidad de Guadalajara, se desarrolla en concordancia con los lineamientos éticos expuestos en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de México, en tanto se considera como “investigación sin riesgo”, dado que solo se trabaja con datos secundarios, utilizándose técnicas y métodos de investigación documental –con datos protegidos- que no afectan a ningún individuo.

3. RESULTADOS

La Figura 1 muestra la evolución de la esperanza de vida temporaria (EVT) en ambos sexos en el período estudiado, para los estados que conforman la FS.]



Fuente: de esta y todas las Figuras: Elaboración de los autores a partir de la información oficial de INEGI y CONAPO.

En primer lugar, es evidente que la EVT de las mujeres supera claramente a la de los hombres en cada trienio, con una diferencia que alcanza su máximo valor en 2009, -y hacia el último tramo del lapso analizado- y que nunca es menor a 3.4 años.

A su vez, la figura pone de manifiesto el leve incremento observado en la EVT en ambos sexos, 1.9 años en las mujeres y 1.21 en el caso de los hombres, en los 34 años que comprende el período estudiado.

Asimismo, se puede apreciar que mientras la evolución de la EVT femenina tiene un comportamiento relativamente estable (salvo el marcado descenso observado en el trienio 2020-2022, provocado sustancialmente por la pandemia de COVID-19), en el caso de los hombres esto no es así, observándose variaciones importantes a lo largo de los años: descensos notables en los trienios 2002-2004 y el 2008-2010, además del esperado en 2020-2022. Por último, vale señalar que la EVT observada tanto por

mujeres como por hombres en el trienio 2011-2013 -en cada caso la más elevada de todo el período estudiado- no ha sido alcanzada nuevamente.

En la Figura 2 se presenta información sobre los AEVP por hombres y mujeres, según causas estudiadas, en cada trienio y en el año 2023. En este mapa de calor, mientras mayor es el número de AEVP por una causa, la celda correspondiente se torna de un rojo más intenso, y a la inversa, los valores más bajos tendrán un color cada vez más verde.

En primer lugar, cabe mencionar que las enfermedades infecciosas intestinales, la causa que provocó un mayor número de AEVP en ambos sexos en el trienio 1990-1992, ha pasado a tener una importancia marginal en los últimos años del período, pues tanto en ambos sexos los AEVP se han reducido en más del 90% entre 1990-1992 y 2023, aunque vale la pena señalar que entre las mujeres, las enfermedades infecciosas intestinales continúan causando más AEVP que los homicidios o suicidios. En la práctica, de las causas de muerte analizadas con presencia durante todo el intervalo estudiado, solo en ésta se observa una disminución en los AEVP.

La otra reducción apreciable tiene que ver con COVID-19: tras cifras muy elevadas de AEVP en ambos sexos por esta causa en el trienio 2020-2022 (mucho mayor en hombres que en mujeres), el número de AEVP por COVID-19 en 2023 cayó notoriamente.

Figura 2. Años de esperanza de vida perdidos entre 0 y 85 años por causas de muerte seleccionadas, según sexo. México, Frontera Sur. Trienios 1990-92 a 2020-2022 y 2023.

HOMBRES	90/92	93/95	96/98	99/01	02/04	05/07	08/10	11/13	14/16	17/19	20/22	2023
HOM	0.712	1.030	0.931	0.570	0.472	0.409	0.548	0.484	0.623	1.039	0.897	0.882
SUIC	0.259	0.264	0.280	0.278	0.260	0.321	0.382	0.355	0.360	0.290	0.289	0.337
ATVM	0.720	0.742	0.669	0.475	0.498	0.631	0.815	0.759	0.856	0.691	0.628	0.863
DM	0.500	0.622	0.723	0.880	1.337	1.228	1.639	1.470	1.741	1.816	2.136	1.805
ElsqC	0.792	0.863	0.950	0.937	1.121	0.911	1.153	1.097	1.254	1.429	2.135	1.975
EII	1.441	0.772	0.509	0.307	0.284	0.269	0.214	0.163	0.183	0.140	0.144	0.123
COVID-19	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	2.064	0.028
MUJERES	90/92	93/95	96/98	99/01	02/04	05/07	08/10	11/13	14/16	17/19	20/22	2023
HOM	0.094	0.115	0.120	0.075	0.084	0.061	0.067	0.082	0.089	0.120	0.114	0.099
SUIC	0.041	0.048	0.053	0.050	0.048	0.054	0.059	0.075	0.081	0.056	0.078	0.077
ATVM	0.172	0.151	0.155	0.111	0.114	0.137	0.137	0.140	0.165	0.140	0.122	0.177
DM	0.787	1.010	1.141	1.387	1.611	1.717	1.826	1.860	2.125	2.214	2.447	2.071
ElsqC	0.555	0.664	0.710	0.658	0.633	0.614	0.645	0.689	0.796	0.905	1.386	1.232
EII	1.326	0.730	0.481	0.291	0.280	0.238	0.180	0.156	0.164	0.127	0.115	0.111
COVID-19	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1.296	0.022

A diferencia de las enfermedades infecciosas intestinales, tanto la diabetes mellitus como las enfermedades isquémicas del corazón han aumentado notablemente

su relevancia, convirtiéndose desde comienzos del siglo XXI en las causas que más AEVP provocan entre los hombres de la FS. Las cifras de AEVP más que se triplican en el caso de la diabetes mellitus entre 1990 y 2023, con incrementos importantes en 2002-2004, 2008-2010 y 2020-2022. De igual modo, los AEVP por enfermedades isquémicas del corazón se incrementan claramente en el período, alcanzando en 2020-2022 una cifra superior a 2 años (al igual que la diabetes).

En el caso de las mujeres, se aprecia una situación similar, con la diabetes mellitus situándose como la causa que más AEVP provoca desde 1993-1995 -con cifras mayores a 2 años desde 2014-2016- valores estos que rebasan en cada trienio lo observado en los hombres; las enfermedades isquémicas del corazón, a pesar del marcado aumento visto en los AEVP- más que se duplican entre el inicio y el final del intervalo analizado -, presentan cifras inferiores a la de los hombres en todos los trienios.

El análisis de los AEVP por homicidios permite observar claras diferencias en el comportamiento de esta causa entre hombres y mujeres: los AEVP por hombres por homicidio como mínimo quintuplican los AEVP por mujeres en cualquiera de los trienios estudiados, llegando a ser casi 8 veces más en 1993-1995, 2017-2019 y 2023. Destacan, entre los hombres, que los homicidios fueran la principal causa de AEVP en el trienio 1993-1995, los relativamente altos valores observados desde 2017 y el pequeño repunte del trienio 2008-2010 (comparado con los dos trienios previos). Entre las mujeres, las cifras de AEVP por homicidio varían poco en el transcurso del período en estudio, pero no descienden.

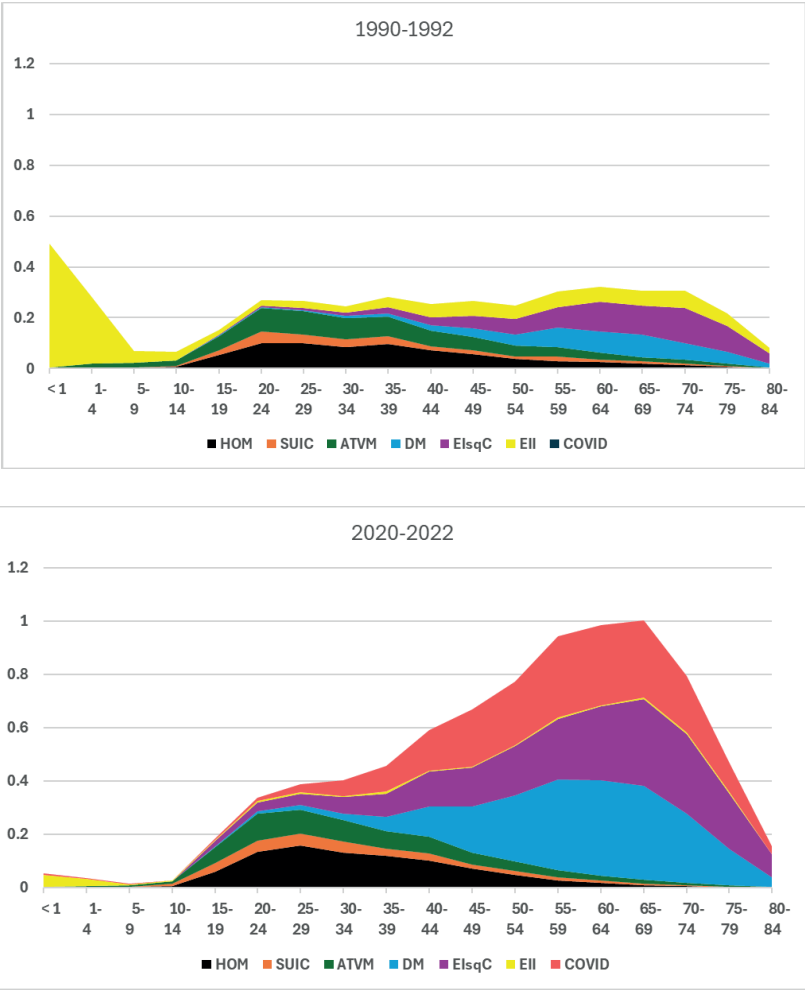
En lo relativo a suicidios, al igual que en el caso de los homicidios, el número de AEVP por hombres es mayor al de las mujeres en todo el período, notándose en ambos sexos un leve aumento en los AEVP por esta causa a lo largo de los años estudiados, aunque las cifras son relativamente pequeñas. Las cifras más elevadas se observan en los hombres en el trienio 2008-2010 y en las mujeres en 2014-2016.

De igual modo, el número de AEVP a causa de los accidentes de tráfico de vehículo de motor en el sexo masculino es definitivamente mayor al de las mujeres en todo el período. En ninguno de los dos sexos las cifras de AEVP observadas varían de forma drástica a lo largo del tiempo, aunque es de destacar que los valores más altos se observan en 2023; este incremento debe ser evaluado con cautela, al tratarse de un solo año (y no trienios, como en el resto del lapso que se investiga).

En la Figura 3 se compara el comportamiento por grupos de edad de las AEVP por hombres según causa entre los dos trienios extremos, 1990-1992 y 2020-2022. Como se puede apreciar, en el trienio 1990-1992 hubo un alto número de AEVP por

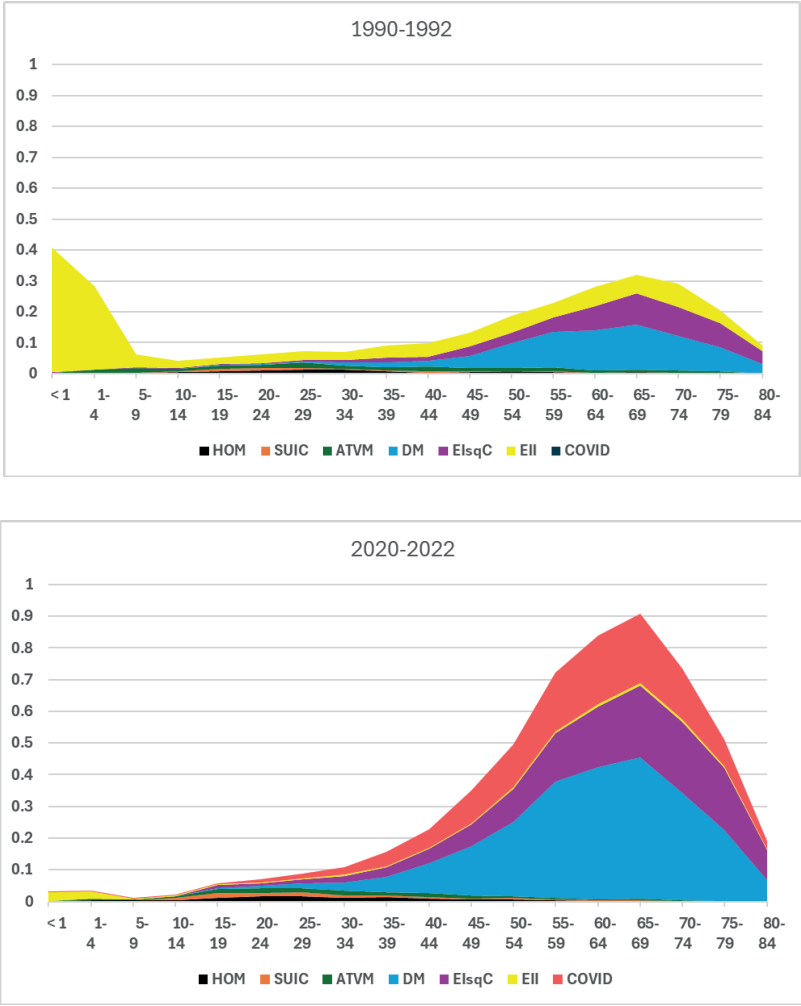
enfermedades infecciosas intestinales, sobre todo en las primeras edades, algo que prácticamente se ha eliminado en el trienio 2020-2022; por su parte, los AEVP por causas de muerte violentas (homicidios, suicidios y accidentes de tráfico) se elevan en la franja etaria de 15 a 34 años en ambos trienios, sin embargo el incremento es mucho más marcado en 2020-2022; asimismo, los AEVP por las enfermedades crónico-degenerativas presentan en 2020-2022 cifras claramente más altas que en 1990-1992, comenzando su impacto en edades más tempranas que en 1990-1992, a lo que se suma el alto número de AEVP por COVID-19 desde edades tempranas.

Figura 3. Años de esperanza de vida masculina perdidos por causas de muerte seleccionadas, según edad. México, Frontera Sur. Trienios 1990-1992 y 2020-2022.



La Figura 4 presenta información similar a la anterior, pero para el sexo femenino. En términos generales, el comportamiento por edades de los AEVP en las mujeres tiene cierta semejanza con el de los hombres.

Figura 4. Años de esperanza de vida femenina perdidos por causas de muerte seleccionadas, según edad. México, Frontera Sur. Trienios 1990-1992 y 2020-2022.



Destacan en tal sentido la drástica reducción de los AEVP por enfermedades infecciosas intestinales -en particular en las edades más jóvenes- en 2020-2022 en comparación con 1990-1992; el leve incremento de AEVP por causas de muerte violentas en 2020-2022 entre los 15 y 34 años y el notable aumento de los AEVP por enfermedades isquémicas de corazón y sobre todo por diabetes mellitus -desde edades más tempranas

que en 1990-1992- aunado esto al impacto del COVID-19, que se refleja en cifras elevadas de AEVP por esta causa.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Los hallazgos presentados previamente ponen de manifiesto un cambio de perfil epidemiológico en la región sur del país, que por una parte se refleja en la marcada disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales -y por ende, la drástica reducción de AEVP por esta causa en ambos sexos-, sobre todo en las edades más jóvenes, y por otra, en el notorio crecimiento de los AEVP por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón en el transcurso del período analizado.

En especial, el evidente incremento de los AEVP por diabetes y las enfermedades isquémicas del corazón en años recientes se ha acentuado con la pandemia de COVID-19, ya sea porque el COVID-19 provoca un mayor riesgo de muerte en pacientes diabéticos o con problemas cardiovasculares, o porque la atención destinada por los servicios de salud a estas enfermedades se redujo en aras del control de la pandemia.

Sin embargo, este cambio de perfil epidemiológico no parece estar acompañado de un incremento relevante en la esperanza de vida, pues tras 34 años -los transcurridos entre 1990 y 2023- los incrementos en la EVT entre 0 y 85 años de 1.9 en mujeres y 1.21 en hombres son realmente exigüos, aún cuando se puede apreciar en 2023 una recuperación de la EVT tras la pandemia. Este estancamiento de la esperanza de vida en la FS de México no parece ser ajeno a la situación del país: de acuerdo con las Naciones Unidas (2024), entre 1990-1992 y 2020-2022 la esperanza de vida al nacer en México habría aumentado 1.6 años en hombres y 2.5 en mujeres, una situación muy diferente a la que muestran otros países en igual lapso: Chile (aumento de 5.8 años en hombres y 4.8 en mujeres), Colombia (6.9 y 4.7) o España (6.1 y 5.4), por solo citar algunos casos.

A diferencia de la esperanza de vida femenina -cuya evolución es más estable-, en el estancamiento de la esperanza de vida masculina tanto a nivel nacional como en la FS, las muertes violentas, y en especial los homicidios tienen un impacto particular. La evolución de la EVT masculina en la FS revela que los AEVP por homicidio alcanzan su cifra más alta en el trienio 2017-2019- trienio en el cual se observa una reducción de la EVT-; la segunda cifra más elevada, en 1993-1995, coincide con la rebelión zapatista en Chiapas en 1994; y el repunte observado en los AEVP en 2008-2010 -cuando la EVT en la FS cae notoriamente- tiene lugar en el contexto de la “Guerra contra el narcotráfico” desarrollada entre 2008 y 2012 por el estado mexicano contra los carteles de la droga, aun cuando el impacto de esta estrategia fue mayor en el norte de México.

Los aspectos expuestos previamente ayudan a comprender -a partir del análisis de la mortalidad en más de tres décadas- el contexto epidemiológico de la FS y el comportamiento de la esperanza de vida en este territorio, permitiendo identificar el impacto de ciertas causas de muerte en la misma. No obstante, debe tenerse en cuenta que no se puede considerar esta región como un todo homogéneo, dado que sin dudas existen zonas de mayor desarrollo que otras, como es el caso del desarrollo turístico en el norte del estado de Quintana Roo. Esto implica que las consideraciones aquí expresadas deben verse con cautela, ante la diversidad existente en el conjunto de estados estudiados. Aun así, el estudio brinda elementos valiosos para elaborar estrategias que favorezcan el incremento de la esperanza de vida en ambos sexos en la FS del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arriaga, E. (1996). Los años de vida perdidos: Su utilización para medir el nivel y el cambio de la mortalidad. *Notas Población*, 24(63), 7-38.

Bocco, M. (1996). La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. *Notas Población*, 24, 39-60.

Boleda, M. & Arriaga, E. (2000). América Latina: Mortalidad por accidentes y por violencia contra las personas. *Notas Población*, 28, 87-119.

Coale, A.J. & Demeny, P. (1966). *Regional model life tables and stable populations*. Princeton University Press.

Consejo Nacional de Población (2019). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y Conciliación Demográfica de México, 1950 -2015. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Consejo Nacional de Población (2024). El futuro demográfico y poblacional en la frontera Sur-Sureste de México. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/el-futuro-demografico-y-poblacional-en-la-frontera-sur-sureste-de-mexico>

Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montaño AM. (2014) Magnitud y tendencia de la mortalidad por homicidios en Colombia y México, 2000-2011. *Rev Panam Salud Pública*; 36(1):10-16.

González-Pérez GJ, Vega-Lopez MG, Flores-Villavicencio ME. (2017) The increase of firearm mortality and its relationship with the stagnation of life expectancy in Mexico. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(9): 2861-2872.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2024). Mortalidad. Conjunto de datos: Defunciones registradas (mortalidad general), 1990-2023. https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospect 2024, Online Edition. <https://population.un.org/wpp/downloads?folder=Standard%20Projections&group=Mortality>

SOBRE OS ORGANIZADORES

Guillermo Julián González-Pérez- Sociólogo, Demógrafo y Doctor en Ciencias de la Salud. Orientación socio-médica. Profesor-Investigador Titular "C" y responsable del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1993 del Sistema Nacional de Investigadores de México auspiciado por CONAHCYT (actualmente Nivel III) y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias desde 2002. Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas indizadas del campo de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, diversos libros como autor, editor o coordinador y dirigido más de 50 tesis de posgrado.

María Guadalupe Vega-López- Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Salud Pública; Maestra en Sociología y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica. Profesora-Investigadora Titular "C" y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1999 del Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente Nivel II); integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano". Ha publicado más de 60 artículos científicos en revistas indizadas del área de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, así como diversos libros como autora y coordinadora, de carácter internacional. Es revisora en varias revistas científicas de carácter internacional.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Años de esperanza de vida perdidos 137, 138, 139, 140, 142

B

Bienestar psicológico 41, 47

C

Causalidad 28, 29, 30

Causas de muerte 112, 125, 137, 138, 139, 140, 142, 144, 145, 147

Ciudad de México 8, 59, 60, 66, 67, 68, 127

Condiciones de Vida y Salud Mental 59, 61, 67

Covid-19 58, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144, 146

Cuestionario COVYSMAM-LJ 59, 60, 62, 67

Cuidados centrados na pessoa 90, 101, 104

Cuidados Intensivos 1, 13, 39

D

Demanda atencional 21, 22

Depressão 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 69, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 81

Dificultad respiratoria 1, 3, 4, 7, 10, 11

Doença renal crónica 69, 70, 83, 85, 88

Dupla-tarefa 21

E

Educación médica 41, 43, 48, 49

Enfermagem 51, 53, 54, 55, 56, 87, 102, 103

Esperanza de vida 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147

Esperanza de Vida al Nacer 110, 112, 116, 117, 138, 146

Estrategias de Salud Globales 28, 29, 30

Estructura y alcances 59

Estudantes de profissões da saúde 51, 52, 53, 57

Estudiantes de medicina 40, 41, 42, 43, 47, 49, 50

Exceso de defunciones 110, 116, 117, 120, 123

F

Farmacorresistencia Microbiana 28, 29, 30

Fibrilação auricular 90, 91, 92, 93

H

Hemodiálise 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88

I

Idosos 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Impacto Agregado y Salud Pública 28, 29

Impacto da doença 69, 82

Incerteza 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Infraestructura hospitalaria 110, 123, 124, 125

Integración 44, 48, 59, 60, 61

Intervenções 22, 25, 51, 53, 54, 57, 72, 78, 79, 80, 81, 82, 93, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104

L

Literacia em saúde 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

M

México 8, 13, 38, 39, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 127, 129, 130, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147

Mortalidad 9, 12, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 112, 115, 116, 117, 119, 125, 126, 138, 139, 140, 146, 147

Mujeres médicas 127

P

Pacientes 8, 10, 12, 17, 30, 37, 38, 45, 46, 63, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 95, 120, 128, 130, 131, 132, 146

Pandemia 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 141, 146

Parceiros 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82

Patriarcado 127, 133

Prematurez 1, 17

Presión académica 41, 42, 43

Prevalência 51, 52, 54, 56, 63, 75, 91, 92, 95

Prevenção de quedas 21, 25, 26

Prevenção 15, 19, 27, 28, 29, 34, 37, 123, 130

Q

Qualidade de vida 22, 27, 52, 69, 71, 79, 83, 90, 91, 98, 99, 101

R

Recién nacido 1, 2, 3, 4, 11, 17

S

Salud 1, 20, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 110, 111, 112, 118, 121, 122, 123, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 146, 147

Salud Mental 43, 45, 48, 49, 50, 52, 58, 59, 61, 63, 65, 66, 67, 134

Saúde mental 51, 53, 54, 56, 57, 91, 98

SiNaDef 110, 111, 112, 113, 115, 120

T

Tensión académica 41, 44

Toxoplasma gondii 15, 16, 17, 19

Toxoplasmosis 15, 16, 17, 18, 19, 20

Trabajo 13, 14, 15, 19, 20, 48, 61, 66, 111, 112, 113, 123, 127, 128, 130, 131, 133, 134, 135

V

Violencia estructural 127, 128, 130

Z

Zoonosis 15, 16, 20

