

VOL V

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



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

 EDITORA
ARTEMIS
2026

VOL V

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



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



EDITORA
ARTEMIS

2026



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*, 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 Albornoz, *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 Godinez, *Universidad Autónoma de Baja California*, México
Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Diaz, *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 Lúvia 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 Rodríguez, *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. Sergio 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)

C569 Ciências da Saúde [livro eletrônico] : investigação e prática V /
Organizadores Guillermo Julián González-Pérez, María Guadalupe
Vega-López. – Curitiba, PR: Artemis, 2026.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

Edição bilíngue

ISBN 978-65-81701-91-8

DOI 10.37572/EdArt_310326918

1. Ciências da Saúde – Pesquisa. 2. Cuidado comunitário. 3.
Saúde familiar. I. González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López,
María Guadalupe.

CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



PRÓLOGO

El volumen V de ***Ciências da Saúde: Investigação e Prática*** reúne un conjunto de investigaciones que reflejan la diversidad, complejidad y actualidad de los estudios en el campo de las Ciencias de la Salud. A través de distintos enfoques teóricos y metodológicos, los trabajos que aquí se integran abordan problemáticas relevantes que atraviesan tanto la práctica clínica como las dimensiones sociales, culturales y organizacionales de la salud.

Lejos de presentar una visión fragmentada, la obra propone una lectura articulada en torno a ejes temáticos que permiten comprender la salud como un fenómeno integral, en el que confluyen factores individuales, colectivos y estructurales. Esta organización no solo facilita el recorrido del lector, sino que también evidencia la riqueza de perspectivas que caracterizan a la investigación contemporánea en salud.

El primer eje, dedicado a la salud mental, el comportamiento y los contextos socioculturales, pone de relieve la importancia de comprender los procesos de salud y enfermedad desde miradas que integran lo psicológico, lo familiar y lo cultural. Los trabajos reunidos en esta sección invitan a reflexionar sobre experiencias de sufrimiento, aceptación y construcción de sentido, así como sobre prácticas cotidianas vinculadas a la salud, como los comportamientos alimentarios y las elecciones nutricionales en contextos colectivos, destacando la necesidad de enfoques sensibles a la diversidad de contextos y realidades.

El segundo eje aborda los sistemas de salud, la calidad de la atención, la mortalidad y los determinantes sociales, evidenciando que el acceso, la equidad y la experiencia de los usuarios, así como los indicadores sanitarios, no pueden analizarse al margen de las condiciones estructurales en las que se inscriben. Las investigaciones aquí presentadas contribuyen a comprender las tensiones existentes entre políticas, prácticas y realidades territoriales, los retos que plantean situaciones extremas como la pandemia de covid 19, así como los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en la búsqueda de una atención más justa y eficiente.

En el tercer eje, centrado en la gestión, los procesos y las prácticas en salud, se destacan estudios que analizan aspectos técnicos y organizacionales fundamentales para el funcionamiento de los sistemas sanitarios. A través de investigaciones vinculadas a la procuración, evaluación y optimización de recursos, se pone de manifiesto la importancia de fortalecer los procesos para garantizar calidad, seguridad y sostenibilidad en la atención.

Finalmente, el volumen se cierra con un eje dedicado al cuidado, la enfermería y los grupos específicos, donde se recupera la dimensión más humana de la salud. Las

contribuciones aquí reunidas abordan el acompañamiento a poblaciones en distintas etapas de la vida, subrayando la relevancia del cuidado centrado en la persona, la autonomía y el bienestar como pilares fundamentales de la práctica sanitaria.

La presencia en este volumen de trabajos realizados por autores de diversos países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú) y europeos (Portugal, Rumania) brinda al lector la posibilidad de conocer de primera mano no solo aspectos relevantes de la salud de nuestras naciones sino también tener una muestra de por dónde van las inquietudes investigativas en el campo de la salud en la actualidad.

En conjunto, esta obra ofrece una visión amplia y actual de las Ciencias de la Salud, integrando distintos niveles de análisis y destacando la necesidad de enfoques interdisciplinarios. Más que un compendio de estudios aislados, el volumen se presenta como un espacio de diálogo que invita a repensar las prácticas, fortalecer la investigación y contribuir a la construcción de sistemas de salud más humanos, equitativos y eficaces.

Dr. Guillermo Julián González-Pérez

Dra. María Guadalupe Vega-López

SUMÁRIO

SAÚDE MENTAL, COMPORTAMENTO E CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS

CAPÍTULO 1..... 1

EL TRABAJO CON FAMILIAS Y SUS REPERCUSIONES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Milagros Guadalupe Murillo Benavides

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269181

CAPÍTULO 2..... 13

SUICIDIO ENTRE ADOLESCENTES WAORANI: UN CASO ETNOGRÁFICO EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA

Patricio Trujillo-Montalvo

Catalina Rivadeneira-Suárez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269182

CAPÍTULO 3.....25

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER – A REALITY

Ana Maria Cîmpeanu

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269183

CAPÍTULO 4..... 44

FOOD WASTE AND NUTRITIONAL INTAKE IN A UNIVERSITY CANTEEN: DIFFERENCES BY SEX AND AGE

Clara Gomez-Urios

Maria J Esteve

Jesús Blesa

Clara Cortés

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269184

SISTEMAS DE SAÚDE, QUALIDADE DE ATENÇÃO, MORTALIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS

CAPÍTULO 5..... 58

PERCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CENTRO DE SALUD TIPO C “EL PARAÍSO”

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Ryan Isak Macas Tapia

Máxima del Rocio Campoverde Ponce

Daniela Yolanda Torres Celi

Ariana Belén Ajila Sarango

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269185

CAPÍTULO 6.....70

CURSO DE VIDA COMO CONDICIONANTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019

Karen Andrea Pesse Sorensen

Oscar Germán Artega Herrera

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269186

CAPÍTULO 7 81

INEQUIDADES TERRITORIALES Y DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD EN TRES MUNICIPIOS COSTEROS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ COLOMBIA

Liliana Yadira Martinez-Parra

Yancy Lucetty Mena Torres

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269187

CAPÍTULO 8..... 95

¿POR QUÉ SE HA RECUPERADO LA ESPERANZA DE VIDA TRAS LA PANDEMIA EN MÉXICO?: UN ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

Guillermo Julián González-Pérez

María Guadalupe Vega-López

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269188

CAPÍTULO 9..... 106

DESCRIPCIÓN DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE MISIONES (2019-2022)

Daniel José Szewaga

Richard Malan

Luis Esquivel

Enrique J. Deschutter

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269189

CAPÍTULO 10..... 124

DESCARTE DE TEJIDO CORNEAL PROCURADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MISIONES, ARGENTINA: ANÁLISIS DE SEROLOGÍAS REACTIVAS, CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y FACTORES ASOCIADOS (2010–2019)

Silvia Andrea Zucco

Richard Malan

Luis Esquivel

Enrique J. Deschutter

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691810

CUIDADO, ENFERMAGEM E GRUPOS ESPECÍFICOS

CAPÍTULO 11..... 139

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Claudia Marcela Cantú Sánchez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691811

CAPÍTULO 12 162

AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DA PESSOA IDOSA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE

Mafalda Sofia Cardoso Inácio

Rosa Cândido Carvalho Pereira Melo

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691812

CAPÍTULO 13 176

RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REGISTOS DE ENFERMAGEM

Telma Marina Barros

Liliana Maria Monteiro Neto

Sónia Cristina Borges Leão Costa

 https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691813

SOBRE OS ORGANIZADORES 187

ÍNDICE REMISSIVO 188

CAPÍTULO 1

EL TRABAJO CON FAMILIAS Y SUS REPERCUSIONES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Data de submissão: 15/02/2026

Data de aceite: 03/03/2026

Milagros Guadalupe Murillo Benavides

Mg en Psicología Educativa
Universidad Católica de
Santa María Arequipa -Perú
Docente de pre-grado
Arequipa, Perú

<https://orcid.org/0000-0001-7047-7785>

RESUMEN: Este trabajo se realizó como parte de un proceso de evaluación integral de un grupo de estudiantes con discapacidad. El objetivo de la investigación consistió en diagnosticar, analizar y mejorar los niveles de aceptación de la discapacidad en diversas familias en las cuales había un miembro con discapacidad, entre los años 2013 y 2016. Para esto, se realizó una evaluación inicial de los niveles de aceptación que los padres mostraban hacia la discapacidad de sus hijos. Los resultados sirvieron para desarrollar un trabajo de escuelas de familia, organizando a estas en 4 grupos según la etapa de aceptación en la que se encontrasen. Con las familias en etapas de shock y negación se trabajó individualmente, mientras que con aquellas en las demás etapas se trabajó de manera grupal. Durante las sesiones,

se brindó acompañamiento emocional y asesoría, explicando a través de un lenguaje claro y sencillo los temas de discapacidad y sus características, el rol de la familia en la discapacidad, las fortalezas y debilidades de sus hijos y de ellos como familia. Las sesiones se realizaron mensualmente, aplicando técnicas como entrevistas, juego de roles, gráficos, dinámicas, brindar testimonios personales, debates y discusión, breves exposiciones elegidos según las necesidades de cada grupo. Los avances de los grupos se midieron anualmente a través de entrevistas y evaluaciones a todas las familias participantes. La evaluación final mostró que el 80% de las familias participantes contaban con un mayor conocimiento y aceptación de la discapacidad de sus hijos, habiendo avanzado en su proceso de aceptación. Estos resultados demuestran la efectividad del trabajo con familias como una herramienta para alcanzar una mayor y mejor comprensión de la discapacidad.

PALABRAS CLAVE: discapacidad; familia; proceso de aceptación.

WORKING WITH FAMILIES AND ITS IMPACT ON THE ACCEPTANCE OF DISABILITY

ABSTRACT: This work was part of an integral assessment to a group of students with disabilities. The purpose of such a study was to diagnose, analyze and increase the levels of acceptance of disabilities in different families -

all of the families having a member with a specific disability. The study took place between 2013 and 2016. The initial assessment was worked with the parents of disabled children in order to evaluate their level of acceptance. Results helped in developing a series of Family-school workshops, organizing families in 4 different groups according to their level of acceptance. Those experiencing the shock and denial stages received individual support, while those experiencing the other stages worked in groups. In the sessions, emotional support and counseling was given, using a clear language when explaining disabilities-related subjects, the role of family and their strengths and weaknesses. Sessions took place monthly, including the use of techniques like interviews, role-playing, graphics, personal testimonies, debates and discussions, briefs presentations develop according to the need of each group. The progress of the groups was assessed annually through interviews and questionnaires of the families. The final evaluation showed that 80% of families experienced an increase in their knowledge and acceptance of their children's disabilities, experiencing a progress in their acceptance process. These results show the effectiveness of working with families as a tool to reach a better understanding of disability.

KEYWORDS: disability; family; acceptance process.

1. INTRODUCCION

La autora se propuso a través de este trabajo, no solo conocer e identificar los niveles de aceptación de la discapacidad por parte de las familias de alumnos con discapacidad intelectual ,sino brindar un acompañamiento emocional a cada una de ellas a fin de que de manera gradual puedan comprender que la discapacidad es un camino largo pero que no define como ser humano, pues existe muchas formas de superarla y lograr la realización personal, meta trascendental en la vida de todo ser humano.

En cuanto a la pregunta que dio origen a la presente investigación esta fue ¿cuál es el efecto de lograr mayores niveles de aceptación familiar de la discapacidad en el desarrollo integral de los niños y jóvenes con discapacidad intelectual?

Con respecto a la justificación para realizar la presente investigación podemos decir que existen novedad y relevancia científica ya que existen muy pocos estudios previos sobre este tema igualmente la presente investigación brinda un análisis profundo sobre la aceptación de la discapacidad en la familia de igual forma debe mencionarse que existe una motivación personal importante para realizar la presente investigación basada en las vivencias personales de la autora al ser está una persona con discapacidad

Así pues, la presente investigación brinda un mayor conocimiento sobre la realidad del niño y de la adolescente con discapacidad y los desafíos en la aceptación de la misma por parte de la familia.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Diagnosticar analizar y mejorar los niveles de aceptación de la discapacidad en diversas familias en las cuales había un miembro con discapacidad entre los años 2013 -2016.

3. BREVE MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

La discapacidad es un trastorno que se caracteriza por limitaciones de carácter funcional y que impiden un desarrollo normal como consecuencia de una perturbación sensorial o física, de una dificultad en el aprendizaje o también de una adaptación social deficiente (Heward, 1998).

Para la realización del presente estudio la dio inicio la creación de materiales e instrumentos para niños con discapacidad_ se encuentra fundamentalmente la discapacidad de tipo intelectual, caracterizada por tratarse de un trastorno de tipo cognitivo y que incluye limitaciones en la conducta adaptativa – el conjunto de las respuestas esperadas en una persona de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra – (Deutsch, 2003). Así, la mayor parte de los alumnos presentan Síndrome de Down, autismo y parálisis cerebral, los cuales afectan sus habilidades cognitivas y/o sociales de manera importante.

El síndrome de Down consiste en una alteración genética causada por la presencia de un cromosoma 21 adicional en las células, este cromosoma se encuentra, en la mayoría de casos, en todas las células de quien presenta dicho síndrome. El síndrome de Down va acompañado por una combinación de defectos de nacimiento y que incluye un cierto grado de retraso mental, al igual que rasgos faciales distintivos – como son el occipital prominente y los ojos rasgados - (Stratford, 1998; citado por Morales & López, 2006).

El autismo consiste en una discapacidad del desarrollo que usualmente se presenta durante los 3 primeros años de vidas. Se cree que tiene su origen en un trastorno de tipo neurológico y que afectaría el funcionamiento del cerebro, impidiendo así el desarrollo normal de las áreas cerebrales relacionadas con los procesos de comunicación e interacción social; esto hace que quienes lo padecen tengan problemas para relacionarse con otros, para comunicarse verbal y no verbalmente y para interactuar en contextos sociales (Sociedad Americana de Autismo, 1999; citado en Deutsch, 2003).

La parálisis cerebral tiene su origen en una lesión en el cerebro o en una anomalía en el desarrollo del mismo, dicho trastorno impide o dificulta que los mensajes enviados por el cerebro lleguen a los músculos, dificultando o impidiendo -

según sea el caso - su movimiento. La parálisis cerebral no es un trastorno progresivo y puede ser tratada, pero es incurable; en ocasiones, a medida que la persona que la padece se hace mayor, sus secuelas podrían empezar a ser más notorias. Generalmente, no es un trastorno hereditario, ni tampoco contagioso. (Benites 2003; citado en Murillo, 2012).

4. PROCESO DE ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La aceptación de la discapacidad por parte de la familia atraviesa una serie de etapas. De acuerdo con Morales & López (2006), existen 5 etapas por las que una familia atraviesa al enterarse que uno de sus miembros presenta una discapacidad:

1. Impacto o Choque: consiste en una reacción intensa en los miembros de la familia, quienes experimentan miedo extremo, confusión y preocupación ante la discapacidad y el futuro de su hijo y hermano. Las personas que se encuentran en esta etapa requieren de todo el apoyo por parte de quienes los rodean. Debe señalarse que en esta etapa la familia NO es capaz de asimilar por completo el diagnóstico, por lo que resulta importante el proporcionar asesoría adecuada, así como un periodo que permita la asimilación de la nueva realidad.
2. Negación: la familia aún no ha asimilado y comprendido las implicancias de la discapacidad, por lo que difícilmente encuentran formas óptimas para ayudarse a sí mismos como familia y para ayudar a su hijo.
3. Duelo: en esta etapa se experimentan sentimientos penosos y contradictorios, entre la realidad que la familia vive y aquella que desearía vivir. Los padres pueden sentir vergüenza ante los familiares y amigos y pueden muchas veces llegar a buscar un responsable o “culpable” de la discapacidad, lo que suele generar conflictos y discusiones intensas, acompañadas de juicios y acusaciones frecuentes.
4. Transición: en la etapa de transición empiezan a desarrollarse habilidades para enfrentar adecuadamente la discapacidad. Es igualmente el inicio de una reorganización a nivel emocional y familiar: los padres comienzan a reestructurar sus expectativas de vida y se hacen esfuerzos dirigidos a lograr una mejor calidad de vida.
5. Aceptación: la aceptación es un proceso gradual, cuyo principal indicador consiste en la aparición de formas adecuadas de manejo de estrés y resolución de problemas. En esta etapa se desarrollan habilidades que permiten valorar

las opciones para ayudar al miembro de la familia que presenta discapacidad en una manera más clara y definida.

5. DISEÑO METODOLOGICO

El estudio, de carácter descriptivo comparativo (Salkind, 1999) fue realizado con las 95 familias del Centro de Educación Especial, valorando los resultados desde un enfoque mixto, combinando enfoques cuantitativo y cualitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). El enfoque cuantitativo recoge la información y le asigna valores numéricos y de cantidades, mientras que el enfoque cualitativo recoge la información sin medirlos de forma numérica, interpretándolos en base a las cualidades mismas de los datos recogidos. Debe señalarse que, aunque se trata de un enfoque mixto, existe cierta predominancia de la perspectiva cualitativa en la presente investigación.

6. ESTRATEGIAS DE TRABAJO EMPLEADAS CON LAS FAMILIAS DEL CENTRO

Como primer punto, se trabajó con los padres de familia para lo cual se utilizó el instrumento “Diagnóstico Inicial, creado por la autora, cuya finalidad fue reunir información acerca de diversos aspectos de la vida del niño, como son: relaciones entre padres e hijos, formas de corrección, motivos de sanción, formación de hábitos, independencia y autonomía en casa, definición de fortalezas y debilidades del alumno según la perspectiva de los padres, metas que los padres tienen para el proyecto personal del estudiante y temas de interés a tratarse en los talleres para familias. Igualmente, se trabajó con el Cuestionario de Aceptación familiar, de Morales & López, adaptado por la autora durante los años 2013 – 2016. Dicho cuestionario ayuda a identificar la etapa en que la familia se encuentra respecto a la aceptación de la discapacidad del estudiante. Cabe resaltar que este instrumento se aplicó de manera sostenida cada año, luego de terminar el programa de escuela de familias y/o trabajo individual según el caso, a fin de identificar las mejoras que mostró cada familia, esto con la finalidad de identificar estrategias cada vez más eficaces para ayudarles en su total comprensión de la discapacidad.

Con los resultados obtenidos se inició un nuevo enfoque en el desarrollo de las escuelas de familias del centro, para lo cual se dividió al centro en 4 grupos de acuerdo a la etapa de aceptación en la que se encontraba, así se crearon los grupos de trabajo intensivo individual para aquellas familias que se encontraban en etapa de shock y negación. Con este grupo el objetivo fundamental fue el de brindar acompañamiento emocional para posteriormente y de manera gradual empezar a explicar a las familias en un lenguaje claro y sencillo el tema de la discapacidad, características, rol de la familia en la

discapacidad, fortalezas y debilidades de sus hijos y de ellos como familia. Cabe destacar que fue al finalizar la investigación más de la totalidad de estas familias manifestaron tener un mayor conocimiento y comprensión de la discapacidad de sus hijos, en la gran mayoría de casos incrementaron y mejoraron sus niveles de comprensión, llegando varias de ellas a la aceptación completa.

Un 2do grupo fue el de aquellas familias quienes se encontraban en etapa de duelo frente a la discapacidad.

El 3er grupo de familias fueron las familias quienes estaban en etapa de transición); el 4to grupo entre tanto estuvo conformado por las (para familias quienes habían logrado la aceptación de la discapacidad, pero que requerían aún fortalecer diversos aspectos en la comprensión de la discapacidad de sus hijos. El trabajo se realizó de manera mensual, y en los 3 últimos grupos se realizó de forma grupal, mediante la aplicación de diferentes técnicas que incluyeron el brindar testimonios personales, dinámicas, juegos, discusión de videos, debates, breve exposición de diversos temas elegidos de acuerdo a las necesidades de cada grupo de familias; todo ello con la finalidad de ayudar a las familias a mejorar sus niveles de aceptación; este proceso se realizó durante los años 2014, 2015 y 2016; y para evaluar los avances de cada familia en cuanto a la aceptación de la discapacidad se realizaron entrevistas y evaluaciones anuales con todas las familias del centro, adicionalmente a esto en la misma entrevista se les pregunto su percepción sobre las escuelas de familia y la ayuda brindada a fin de poder recoger sus sugerencias y recomendaciones y mejorar así el programa de escuela de familias.

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN POR ETAPA DE ACEPTACION

7.1. FAMILIAS EN ETAPAS DE SHOCK Y NEGACION

De 25 familias con las cuales se trabajó individualmente que se encontraban en etapas de shock y negación se observó que el 64% experimentaron una mejora en sus niveles de conocimiento y comprensión frente a la discapacidad,

- la mayoría de las familias (64%), han incrementado sus niveles de aceptación frente a la discapacidad,
- un importante 12% pasan de la etapa de negación a la etapa de aceptación.
- Un 8% de las familias, continúan en la etapa de negación: familias que no han asistido con regularidad a sus sesiones de trabajo individual.

7.2. GRUPO DE FAMILIAS EN DUELO

El objetivo de trabajo con este grupo fue brindar acompañamiento y estrategias a las familias que se encuentran en estado de duelo frente a la discapacidad a fin de que puedan conocer, comprender y contar con mayores herramientas para aceptar de manera gradual, la discapacidad de sus hijos y/o familiares.

7.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE FAMILIAS EN DUELO

- 11 familias integrantes del grupo.
- 27% lograron una mejora en los niveles de aceptación de la discapacidad, pasando a un siguiente nivel de aceptación de la misma. Encontrándose una correlación entre los incrementos y/o decrementos en los niveles de aceptación de la discapacidad y la asistencia a las escuelas de familia.

7.4. GRUPO: FAMILIAS EN TRANSICIÓN

En este grupo el objetivo fue brindar acompañamiento y estrategias a las familias que se encuentran en estado de transición frente a la discapacidad – el cual se caracteriza por una reorganización tanto familiar como emocional – a fin de que puedan conocer, comprender y encontrar mayores y mejores herramientas para lograr la total y completa aceptación de la discapacidad de sus hijos y/o familiares.

7.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN FAMILIAS EN TRANSICION

- 57.5% ha mejorado sus niveles de comprensión frente a la discapacidad, mostrando un incremento significativo en su puntaje,
- 6% de las familias logró pasar a la siguiente etapa de aceptación.
- mientras que un 9% no ha mostrado mayores cambios, manteniéndose en el mismo nivel y con el mismo puntaje.
- Finalmente, un 12% ha experimentado un decremento bajando en sus niveles de aceptación.

7.6. GRUPO FAMILIAS EN ACEPTACIÓN

- En este grupo el objetivo fue brindar acompañamiento y estrategias a las familias que se encuentran en estado de aceptación frente a la discapacidad – el cual se caracteriza por una reorganización tanto familiar como emocional – a fin de que puedan conocer, comprender y encontrar mayores y mejores

herramientas para lograr la total y completa aceptación de la discapacidad de sus hijos y/o familiares.

7.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: FAMILIAS EN ACEPTACION

- 77.2% se mantiene en el mismo nivel de aceptación.
- 27.2% ha mejorado en sus puntaje, esto indica una mayor aceptación de la discapacidad de sus hijos.

7.8. ANALISIS GENERAL DEL TRABAJO CON FAMILIAS

- 38.9% de las familias pasaron a los siguientes niveles de aceptación de la discapacidad,
- mientras que un 41.05% logró una mayor y más profunda comprensión de la discapacidad de sus hijos.
- Podemos señalar que un 79.9% de las familias pertenecientes al centro educativo en la actualidad cuentan con un mayor y mejor conocimiento de la discapacidad de sus hijos,
- Se observaron mejoras significativas en la comprensión de la discapacidad, beneficiando significativamente el desarrollo integral de sus hijos.

8. CONCLUSIONES

PRIMERA

El 80% de las familias del Centro de Educación Básica Especial Unámonos en la actualidad cuenta con un mayor conocimiento de la discapacidad de sus hijos.

SEGUNDA

El 39% de las familias participantes del estudio lograron pasar a los siguientes niveles de aceptación de la discapacidad.

TERCERA

El 41% de las familias del total de las familias participantes en el estudio ,lograron una mayor y mejor comprensión de la discapacidad.

CUARTA

El grupo de familias el cual evidenció un mayor avance en la aceptación de la discapacidad fue el grupo de familias en etapas de shock y negación pues el 64% de sus integrantes lograron incrementar sus niveles de aceptación de la discapacidad.

QUINTA

Un significativo 12% de las familias con quienes se realizó un trabajo individualizado logró pasar de la etapa de negación en la que se encontraban al iniciar la investigación a la etapa de aceptación al finalizar el estudio.

SEXTA

El grupo de familias en etapa de transición fue en el que se evidenciaron mayores avances a nivel de trabajo grupal, pues un 57.5% logró una mayor comprensión y aceptación de la discapacidad de sus hijos; cabe resaltar que un importante número de familias se encuentran muy cerca de llegar a la etapa de la aceptación.

SEPTIMA

Finalmente, queda totalmente comprobado la efectividad del trabajo con familias como una herramienta para la mejor y mayor comprensión de la discapacidad.

9. ANEXOS

CUESTIONARIO DE ACEPTACION FAMILIAR 2016

(Versión original de Morales y López, 2006. Adaptado por Mg. Milagros Murillo Benavides, 2013).

Nombre del alumno: _____

Edad: _____ Grado: _____ Diagnóstico: _____

Informante: _____

A continuación se encuentran una serie de afirmaciones y preguntas relativas a sus sentimientos e ideas en relación a la discapacidad de su hijo. Por favor, marque con una "X" en la opción que exprese mejor sus sentimientos y pensamientos, con la mayor sinceridad posible. No existen respuestas correctas o incorrectas y todas ellas servirán para ayudar a su hijo.

Escriba sobre la línea de la derecha, el número que mejor describa su respuesta, tomando en cuenta la siguiente escala: 0.Nunca, 1.Rara vez, 2. A veces, 3. Regularmente, 4.Casi siempre, 5. Siempre.

1.- ¿Me cuesta trabajo comprender las consecuencias que tiene el diagnóstico de mi hijo?

() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

2.- Presento estrés (no duermo, tengo ansiedad, etc.) por el diagnóstico de mi hijo

() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

- 3.- No puedo pensar con claridad acerca de la situación por la que estoy pasando.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 4.- Considero que estoy preparado para afrontar cualquier situación que se presente, sin necesidad de recibir apoyo profesional.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 5.- Tengo un sentimiento de incredulidad acerca del diagnóstico de mi hijo.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
6. Pienso que pronto se descubrirá algo que cure por completo a mi hijo
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 7.- Tengo la esperanza de que el diagnóstico de mi hijo cambie o que se trate de un error.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 8.- Considero que es necesario buscar apoyo de otros médicos para re-evaluar el diagnóstico de mi hijo.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 9.- Pienso que la vida es injusta conmigo.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 10.- Siento que tener un hijo con discapacidad es una prueba bastante difícil para mi.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 11.- Me siento responsable por la situación de mi hijo.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
12. Siento que tener un hijo con discapacidad es una prueba que Dios me ha enviado.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
13. Comienzo a sentirme preparado para recibir apoyo profesional.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 14.- Siento que puedo ver las cosas con mayor claridad.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 15.- Comienzo a sentirme más tranquilo con respecto al futuro.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre
- 16.- Estoy dispuesto a recibir asesoría y apoyo para superar mis dificultades.
() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

17.-Me siento dispuesto a recibir ayuda profesional para mí y mi familia.

() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

18.- Busco información relacionada con la discapacidad a fin de entender mejor lo que le pasa a mi hijo.

() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

19.- Pienso que aunque no haya una cura para mi hijo puedo encontrar alternativas para mejorar su calidad de vida.

() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

20.- Creo que cuento con el apoyo de mi familia para mejorar la calidad de vida de mi hijo.

() Nunca () Rara vez () A veces () Regularmente () Casi siempre () Siempre

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FORMA DE INTERPRETACIÓN

Tabla 1: Puntuación de cada ítem.

Nunca:	0 puntos
Rara vez:	1 punto
A veces:	2 puntos
Regularmente:	3 puntos
Casi siempre:	4 puntos
Siempre:	5 puntos

Tabla 2

Etapas	Ítem	Puntaje máximo por etapa	Puntaje mínimo por etapa
<i>Choque</i>	1, 2, 3, 4	20	0
<i>Negación</i>	5, 6, 7, 8	20	0
<i>Duelo</i>	9, 10, 11, 12	20	0
<i>Transición</i>	13, 14, 15, 16	20	0
<i>Aceptación</i>	17, 18, 19, 20	20	0

Corrección: se puntúa cada ítem de acuerdo a los puntajes señalados en la **Tabla**

1. A continuación, se suman los puntajes de cada etapa (**Tabla 2**); este puntaje permite identificar el momento en el que se encuentra la familia del alumno en el proceso de aceptación de la discapacidad: el puntaje más alto es indicador de la etapa predominante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Deutsch, D. (2003). Bases psicopedagógicas de la educación especial, 4ta. Ed. Madrid: Prentice Hall.

Gallego, J. & Rodríguez, A. (2012). Bases teóricas y de investigación en educación especial. Madrid: Editorial Pirámide.

Hernández, R; Fernández, E. & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación, 5ta. Edición. México, D.F.: McGraw Hill.

Heward, W. (1998) Niños excepcionales: una introducción a la educación especial. 5ta. Ed. Madrid: Prentice Hall.

Morales, G. & López, E. (2006) El síndrome de Down y su mundo emocional. México, D.F.: Editorial Trillas.

Núñez, B. (2008). Familia y discapacidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Núñez, B. & Rodríguez, L. (2009) Los hermanos de personas con discapacidad: vivencias y apoyos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Santrock, J. (2007) Desarrollo infantil. 11va. Ed. México D.F.: McGraw Hill.

CAPÍTULO 2

SUICIDIO ENTRE ADOLESCENTES WAORANI: UN CASO ETNOGRÁFICO EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA

Data de submissão: 04/02/2026

Data de aceite: 24/02/2026

Patricio Trujillo-Montalvo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE)

Doctor en Ciencias Sociales (PhD)

Docente titular de la

Facultad de Salud y Bienestar

Investigador del Instituto de Salud Pública y coordinador del

Grupo de Investigación

Salud Mental Global

<https://orcid.org/0000-0003-2503-3047>

Catalina Rivadeneira-Suárez

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador)

Doctora en Ciencias Sociales (PhD)

Profesora Gestora de la especialidad en Migraciones Internacionales

Refugio y Derechos Humanos

<https://orcid.org/0000-0003-0721-8881>

RESUMEN: El suicidio, definido en el campo de la salud pública como una conducta autoinfligida con la intención de morir, ha sido ampliamente documentado desde enfoques biomédicos y epidemiológicos. Sin embargo, surge una interrogante fundamental cuando dicho concepto no existe como categoría

nativa en determinadas culturas: ¿cómo se comprende y experimenta la muerte autoinducida en contextos donde el suicidio no está simbólicamente codificado? Este artículo presenta resultados preliminares de una investigación etnográfica sobre las narrativas de muerte autoinducida entre los waorani, nacionalidad indígena de la Amazonía ecuatoriana cuyo contacto sostenido con el Estado y la sociedad nacional es relativamente reciente, con una historia de aproximadamente seis décadas. A pesar del aumento de casos entre adolescentes waorani que, desde una perspectiva biomédica, podrían clasificarse como suicidio, no existe en este grupo cultural un término específico ni un marco simbólico consolidado que permita nombrar, explicar o ritualizar dichas formas de muertes. Los resultados de las entrevistas a profundidad y observación participante realizadas en comunidades waorani de las provincias de Napo, Orellana y Pastaza entre 2020 a 2025, argumentan que la emergencia de estas muertes no pueden comprenderse exclusivamente desde modelos individuales de riesgo o psicopatología, sino que están profundamente vinculados a procesos de contacto interétnico violento, así como a transformaciones estructurales del *ethos* cultural, los sistemas de cuidado, las formas de parentesco y las formas de sentido de la vida, particularmente en las generaciones más jóvenes. Desde una perspectiva etnográfica decolonial, problematizamos los marcos

universalizantes con los que la salud pública aborda el suicidio, proponiendo una lectura situada que atiende a los silencios, las ausencias conceptuales y las formas locales de experimentar el sufrimiento y el trauma cultural. La investigación se desarrolló en el marco del grupo de investigación en Salud Mental Global que busca contribuir al diálogo entre antropología, salud mental y políticas públicas, incorporando voces y realidades que desafían las categorías biomédicas predominantes.

PALABRAS CLAVE: suicidio; muerte; *ethos* cultural; contacto; migración; Waorani.

SUICIDE AMONG WAORANI ADOLESCENTS: AN ETHNOGRAPHIC STUDY IN THE ECUADORIAN AMAZON

ABSTRACT: Suicide, defined in public health as a self-inflicted act carried out with the intention to die, has been extensively documented through biomedical and epidemiological approaches. However, a critical question emerges when such a concept does not exist as a native category within a given culture: how is self-induced death understood and experienced in contexts where suicide is not symbolically codified? This article presents preliminary findings from an ethnographic study on narratives of self-induced death among the Waorani, an Indigenous nation of the Ecuadorian Amazon whose sustained contact with the State and national society is relatively recent, spanning approximately six decades. Despite an increasing number of cases among Waorani adolescents that, from a biomedical perspective, could be classified as suicide, there is no specific term or consolidated symbolic framework within this population to name, explain, or ritualize these deaths. The study is based on in-depth interviews and participant observation conducted in Waorani communities across the provinces of Napo, Orellana, and Pastaza. It argues that the emergence of these deaths cannot be understood solely through individual risk models or psychopathological explanations, but rather must be situated within processes of violent interethnic contact and profound transformations in cultural *ethos*, systems of care, kinship relations, and sources of life meaning, particularly among younger generations. From an intercultural and decolonial perspective, the article problematizes the universalizing frameworks through which public health approaches suicide, proposing instead a situated reading that attends to silences, conceptual absences, and local ways of experiencing suffering and cultural trauma. Developed within the framework of the Global Mental Health research group, this study seeks to contribute to dialogue between anthropology, mental health, and public policy by incorporating voices and realities that challenge dominant biomedical categories.

KEYWORDS: suicide; self-induced death; cultural ethos; interethnic contact; migration; Waorani.

1. INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el suicidio en el Ecuador representa entre el 15 % y el 20 % de las muertes por causas externas en adolescentes y jóvenes, una proporción significativamente más alta en comparación con otros países de la región, como Colombia, donde oscila entre el 7 % y el 11 %, y Perú,

donde se sitúa entre el 6 % y el 7 % (OPS, 2023). Estas cifras han convertido al suicidio en un problema prioritario de salud pública, abordado principalmente desde enfoques epidemiológicos y biomédicos. No obstante, estos marcos analíticos suelen asumir la universalidad del concepto de suicidio, lo que invisibiliza contextos culturales en los que dicha categoría no existe como noción o concepto nativo (Trujillo, 2016). Este es el caso del pueblo waorani, una nacionalidad indígena de la Amazonía ecuatoriana cuyo contacto sostenido con el Estado y la sociedad nacional es relativamente reciente, con una historia moderna aproximada de entre 50 y 60 años (Trujillo Montalvo, 2018). En la cosmovisión tradicional waorani no existían ni el concepto biomédico de suicidio ni la categoría social de adolescencia. Es a partir de la cuarta y quinta generación posterior al contacto, cuando se registra de manera oficial, muertes autoinducidas que desde una perspectiva externa, pueden ser clasificadas como suicidio.

Este artículo, para comprender estas experiencias plantea una interrogante ¿cómo se comprende y experimenta la muerte autoinducida en contextos donde el suicidio no está simbólicamente codificado? Lo que nos permitirá describir los procesos de transformación y cambio cultural, la emergencia de nuevas formas de sufrimiento y la pertinencia de los enfoques bio medicos sobre salud mental.

1.1. CONTEXTO CULTURAL

Los waorani son un grupo étnico de contacto reciente que habita en la región amazónica del Ecuador y que, desde la tradición de los estudios amazónicos, ha sido caracterizado como una cultura de foresta húmeda tropical (Narváez, 2016; Trujillo Montalvo, 2001, 2018). Históricamente, este grupo ha conservado una serie de rasgos socioculturales fundamentales que estructuraron su organización social y su *ethos* cultural. En primer lugar, la guerra generalizada que cumplía una función principal como organizador social, constituyéndose en la institución sociocultural y de control más relevante. La guerra intra e intergrupala constituía un elemento central de esta cosmovisión, generando complejos sistemas de alianzas, venganzas y redefiniciones socioculturales. Los waorani se organizaban como grupos cazadores-recolectores de alta movilidad, con prácticas hortícolas limitadas, por lo que el uso de los recursos del bosque estaba estrechamente vinculado a los ciclos estacionales de reproducción de frutos y fauna silvestre (Trujillo, 2024). En segundo lugar, la organización social se estructuraba en grupos clánicos, definidos por complejos sistemas de parentesco poligámicos. Estas familias ampliadas eran dispersas y mantenían escaso contacto entre sí, en ausencia de un poder político centralizado. El liderazgo era circunstancial y de carácter igualitario; el jefe clánico

solía ser el guerrero con mayor prestigio simbólico, más que una autoridad permanente (Clastres, 1982; Cabodevilla, 1999, 2010; Trujillo, 2001). Asimismo, los waorani conforman una cultura oral y lingüísticamente diferenciada, en la que la cosmovisión se recrea y transmite mediante mitos, relatos y leyendas que circulan intergeneracionalmente (Yost & Kelley, 1992; Rival, 1996; Trujillo, 2011). A través de estos procesos se fue configurando el *ethos* waorani, entendido como una forma particular de vida y de relación con el entorno (Narváez, 2018; Trujillo, 2016, 2018; Boster, J, et al, 2003).

El contacto con la sociedad nacional ha estado marcado por dinámicas profundamente agresivas y asimétricas. En las últimas décadas, la incorporación a la economía de mercado se ha intensificado, especialmente a través de la inserción laboral de jóvenes waorani en compañías petroleras. Por lo que, la relación del Estado ecuatoriano con el pueblo waorani ha estado históricamente mediada por intereses extractivos (Trujillo, 2011). Los ingresos monetarios obtenidos facilitan la adquisición de bienes de la cultura occidental, acelerando la vinculación con redes de mercado y la adopción de nuevos símbolos y aspiraciones de consumo que incentiva el desplazamiento interno y la migración hacia centros urbanos, convertidos en los nuevos espacios de seducción y reproducción socio cultural que producen procesos de resignificación cultural, transformando las formas de organización social, así como los patrones de asentamiento y la configuración territorial (Trujillo, 2001; Narváez, 2016; Cabodevilla, 2004; Rival, 1996). Sin embargo, ciertos elementos del orden social tradicional han persistido, incluso frente a los intensos procesos de cambio. Entre ellos destacan las dinámicas de matrilocalidad y uxori-localidad, mediante las cuales los derechos territoriales se transmiten por línea materna y estructuran migraciones internas y desplazamientos cíclicos hacia los territorios ancestrales en determinados períodos del año (Papalardo, 2013; Narváez, 2016; Trujillo Montalvo, 2018).

2. METODOLOGIA: ETNOGRAFÍA DE LA MUERTE

La etnografía constituye una estrategia metodológica privilegiada para el análisis de fenómenos socioculturales complejos como la muerte o el suicidio, en tanto permite al investigador transitar entre dos niveles analíticos tradicionalmente diferenciados en la antropología social: las perspectivas *emic* y *etic*. Estas dimensiones remiten, a su vez, a las posiciones del investigador como *insider* y/o *outsider*, es decir, como actor inmerso en el campo social o como observador externo (Trujillo Montalvo, 2025). El uso de la etnografía como herramienta metodológica de investigación social, posibilita la interacción entre estos dos mundos –el del observador y el del observado– y

exige una reflexividad constante sobre la relación entre el investigador y su objeto de estudio. Geertz (1976) sostiene que uno de los principales aportes de la etnografía radica precisamente en la construcción de categorías analíticas como *emic-etic*, dentro–fuera (*insider-outsider*), observador–participante o primera–tercera persona, las cuales permiten abordar, desde una dimensión dialógica, los distintos puntos de vista y percepciones tanto del investigador como de los sujetos investigados, reconociendo su pertinencia como fuentes legítimas de conocimiento.

Desde esta perspectiva, Pike (1967:493) define la dimensión *emic* como el “punto de vista de los actores nativos”, refiriéndose a sistemas lógico-empíricos cuyas distinciones fenomenológicas se construyen a partir de contrastes y significados que los propios actores consideran relevantes, reales y socialmente válidos. Esta dimensión constituye el núcleo del análisis etnográfico. No obstante, resulta inseparable de la dimensión *etic*, asociada al punto de vista del investigador, el cual está mediado por su formación académica, sus marcos teóricos y sus inevitables sesgos analíticos, y que influye de manera decisiva en la selección metodológica y en la interpretación de los datos.

En el análisis etnográfico, la validez del conocimiento se construye precisamente en la tensión entre ambas dimensiones, articulando la experiencia del *insider*, que observa y actúa desde dentro del universo cultural estudiado, y la del *outsider*, que analiza desde una posición externa. La etnografía permite, así, navegar entre estos dos registros y producir una comprensión situada de los fenómenos sociales (Trujillo Montalvo, 2025). Desde una perspectiva *emic*, en la cultura waorani la muerte tradicionalmente significativa era aquella que ocurría en el contexto de la guerra y la venganza, generalmente mediante el uso de lanzas (Trujillo, 2011, 2016, 2018; Narváez, 2016; Cabodevilla, 2004). Matar con lanzas constituía un mecanismo central de expresión de las diferencias con otros grupos y funcionaba como un hecho social total que permitía delimitar no solo el territorio físico, sino también el territorio social y simbólico del “otro”. La muerte, en este sentido, operaba como un dispositivo de diferenciación y de ordenamiento social (Trujillo, 2016; Cabodevilla, 2004; Boster, J, et al, 2003; Narváez Collaguazo & Trujillo Montalvo, 2020). Un ejemplo de esta forma de entender su entorno cultural, son los cantos waorani que desempeñan un papel fundamental en la reproducción de esta cosmovisión como grupos clánicos guerreros, ya que expresaban un fuerte reconocimiento identitario que diferenciaba a sus grupos (*wamonis*) de sus enemigos (*cowuris*). En ellos se articulan afirmaciones que refuerzan la oposición entre propios y ajenos, tales como:

“eres mi peor enemigo”, “no eres mi familia”, “no eres lo mismo que yo”, “tienes que morir”, “yo soy un guerrero, el defensor de mi pueblo”, o “cuando voy a defender a mi pueblo, nada malo puede ocurrirme”.

Estas expresiones condensan un sistema simbólico en el que la violencia, la defensa del grupo y la muerte adquieren sentido dentro de un marco normativo ancestral. El contenido de estos cantos revelaban una dicotomía estructurante entre familia (*wirinami*) y no familia (*warani* o *cowuri*), es decir, entre propios y extraños. La identidad del grupo se construye a partir de los vínculos de consanguinidad y de las alianzas matrimoniales, mientras que aquellos con quienes no existen tales lazos son socialmente definidos como enemigos o potenciales enemigos. (Narváez, 2016; Trujillo Montalvo, 2011, 2018). Frente a ellos se despliegan estrategias de protección y defensa, entre las cuales la movilidad cíclica ocupa un lugar central. Expresiones como: “*Moriré enfrentando al enemigo sin sentir dolor... todos moriremos*” sintetiza un *ethos* guerrero donde la muerte en combate no representa únicamente un desenlace individual, sino un evento profundamente simbólico colectivo (Narváez Collaguazo & Trujillo Montalvo, 2020). Morir a causa de la guerra exponía la fragilidad del grupo familiar y su incapacidad para protegerse del enemigo, reduciendo sus posibilidades de supervivencia. Por ello, el control permanente del territorio tradicional y la vigilancia de posibles incursiones enemigas formaban parte de la vida cotidiana, articulándose con actividades como la cacería y el patrullaje territorial.

La muerte con lanzas se inscribe, así, en un código guerrero que remite a la forma de vida de los antepasados (*durani bai*) y que se activaba bajo condiciones específicas, entre ellas: el asesinato de un familiar por parte de grupos enemigos (*cowuri*); la desaparición de un pariente durante una jornada de cacería; la acción de un *shamán* en contra de un miembro del grupo; o el ingreso de extraños al territorio que representara una amenaza al *nanicabo* (Narváez Collaguazo & Trujillo Montalvo, 2020; Trujillo, 2016).

En estemarco, la memoria waorani conserva elementos centrales de su cosmovisión, en la que el territorio, su defensa, la guerra y la muerte con lanzas constituyen pilares del orden social y de su concepción del mundo. Las dinámicas de movilidad territorial se encuentran estrechamente vinculadas a esta visión o *ethos* cultural, destacando el rol de la línea materna como eje de retorno cíclico hacia los territorios ancestrales, donde se hace uso de los recursos dejados por los antepasados (Trujillo, 2011).

3. EL ETHOS DE LA MUERTE Y EL SUICIDIO

El concepto de suicidio, inexistente en la cultura waorani antes del contacto sostenido con la sociedad nacional, ha tenido un impacto profundo en las actuales formas de su organización simbólica y moral. Para las generaciones anteriores al contacto (*durani bai*), la muerte constituía un evento social y simbólicamente significativo,

únicamente en el marco de la guerra, la venganza y la defensa del territorio; nunca se asociaba a la autodestrucción. Morir implicaba un acto relacional y colectivo, vinculado a la confrontación con el enemigo y a la preservación del grupo, y no una decisión individual orientada hacia sí mismo (Narváez Collaguazo & Trujillo Montalvo, 2020).

Sin embargo, en las generaciones más jóvenes, este *ethos* de la muerte ha experimentado transformaciones radicales. La expansión de procesos de globalización, consumo y escolarización formal ha introducido nuevas formas de subjetividad, expectativas de vida y modelos aspiracionales que entran en tensión con los valores y prácticas tradicionales. En este contexto, el suicidio emerge como una práctica inédita, impensable dentro de la cosmovisión waorani precontacto, pero cada vez más presente entre adolescentes y jóvenes. Desde la perspectiva de las generaciones mayores, estas muertes autoinducidas son interpretadas como actos de cobardía y como una traición profunda a la memoria ancestral. Los ancianos waorani establecen una clara distinción moral entre la muerte honorable en la guerra – asociada al coraje, la defensa del territorio y la continuidad del grupo – y el suicidio, entendido como una expresión de debilidad individual y pérdida de sentido colectivo. Esta lectura intergeneracional refuerza la ruptura simbólica entre pasado y presente, al tiempo que profundiza la incomprensión del sufrimiento juvenil.

Antes del contacto, las principales causas de muerte entre los waorani estaban asociadas a asesinatos perpetrados por familias enemigas, conflictos interclánicos, enfermedades o prácticas de brujería. En una cultura donde la guerra y la venganza constituían ejes centrales del orden social, el suicidio carecía de sentido como posibilidad existencial. Como expresó un anciano waorani durante el trabajo de campo: “¿Por qué alguien se mataría a sí mismo cuando podía matar a su enemigo?” Esta afirmación sintetiza una lógica cultural en la que la violencia siempre estaba dirigida hacia el exterior y nunca hacia el propio cuerpo.

El contacto con la sociedad occidental, iniciado formalmente en 1956 con la llegada de misioneros estadounidenses bautistas del Instituto Lingüístico de Verano (ILV), marcó un punto de inflexión histórico (Trujillo, 2024; Yost & Kelly, 1992). Este proceso no solo introdujo nuevas tecnologías y formas de subsistencia, sino también categorías sociales inexistentes hasta entonces, como la adolescencia, y nociones biomédicas como el suicidio. Antes del contacto, el ciclo vital waorani no contemplaba una etapa intermedia entre la niñez y la adultez joven: los individuos transitaban directamente hacia roles productivos y guerreros, vinculados a la defensa del territorio y del grupo familiar (Trujillo, 2011, 2018, 2024).

La emergencia de la adolescencia como constructo social ha generado un espacio liminal prolongado, caracterizado por la suspensión del reconocimiento pleno como adultos, pero también por la imposibilidad de cumplir las expectativas de éxito promovidas por la sociedad dominante. En este escenario, comienzan a observarse conductas autodestructivas entre jóvenes waorani, siendo el uso de *barbasco* – un veneno natural empleado tradicionalmente por otros pueblos amazónicos, como los shuar, para la pesca – el método más recurrente de suicidio. La adopción de este método da cuenta tanto de la circulación interétnica de prácticas como de la desesperación frente a un horizonte vital percibido como cerrado.

El aumento del suicidio adolescente no puede comprenderse sin atender a los determinantes sociales y culturales que han transformado profundamente la vida waorani en las últimas décadas. La escolarización formal y la exposición a redes sociales digitales se configuran como dos de los principales agentes de lo que los propios waorani describen como una “contaminación cultural”. A través de la educación formal, los jóvenes internalizan valores como el individualismo, la competitividad y el consumo, que contrastan con los principios comunitarios, relacionales y territoriales que estructuraban la vida tradicional. Al mismo tiempo, los saberes ancestrales y las prácticas culturales propias son sistemáticamente marginados del currículo escolar, produciendo procesos de desarraigo e invalidación cultural.

Las redes sociales amplifican estas tensiones al exponer cotidianamente a los jóvenes waorani a imágenes de éxito, consumo y bienestar material que resultan inalcanzables en su contexto. Esta brecha entre expectativas y posibilidades concretas genera sentimientos persistentes de frustración, inferioridad y desesperanza. Durante el trabajo de campo, una joven waorani relató que, tras observar imágenes de amistades en la ciudad con ropa nueva y dispositivos electrónicos de última generación, comenzó a sentirse “pobre” y “fracasada”, experiencias que antecedieron a la aparición de pensamientos suicidas.

La combinación de escolarización, consumo simbólico y erosión del territorio ha producido una profunda crisis del *ethos* tribal. La migración a entornos urbanos expone a los jóvenes waorani a dinámicas de alienación, abuso de alcohol y drogas, y debilitamiento de las redes comunitarias de apoyo. Este proceso guarda similitudes con el sufrimiento histórico experimentado por pueblos indígenas de Norteamérica tras la colonización, donde la pérdida del modo de vida tradicional estuvo acompañada por un aumento de problemas de salud mental y suicidio.

El *ethos* waorani tradicional se sustentaba en una relación íntima con la selva, el respeto a los ancestros y los espacios clánicos. La degradación ambiental provocada por la

deforestación, el desplazamiento interno provocado por la expansión de la frontera agrícola y la explotación petrolera ha socavado no solo las bases materiales de subsistencia, sino también los fundamentos simbólicos de la identidad colectiva que conectaban a la selva, concebida como un espacio vital y sagrado, transformándola en un espacio de destrucción y contaminación, lo que les hace migrar a las ciudades generando un profundo sufrimiento ambiental y cultural (Narváez Collaguazo & Trujillo Montalvo, 2020).

En este contexto, emerge entre los jóvenes un sentimiento recurrente de “no ser nada, ya no ser waorani”, expresión que condensa una crisis identitaria marcada por la imposibilidad de reconocerse plenamente ni en la cultura ancestral ni en la sociedad occidental. Atrapados entre dos mundos irreconciliables, muchos jóvenes waorani experimentan una pérdida de sentido vital que se manifiesta en desesperanza, conductas autodestructivas y suicidio. Más que un problema individual o psicopatológico, el suicidio aparece aquí como una expresión extrema de un sufrimiento colectivo profundamente enraizado en procesos históricos, coloniales y de trauma cultural.

4. CONCLUSIONES

El contacto sostenido de los waorani con la sociedad occidental se inició en 1956, tras el acercamiento de cinco misioneros norteamericanos del ILV, episodio que adquirió resonancia internacional debido a la muerte violenta con lanzas de estos a manos del pueblo waorani (Trujillo, 2024). Hasta entonces, este grupo había sido estigmatizado bajo la denominación de *aucas*, término de origen *Kichwa* asociado a imaginarios de desnudez, salvajismo y violencia. Sin embargo, en su propia lengua, *waotedeo*, el término *wao* significa “ser humano”, expresión que remite a una concepción relacional de la vida, la guerra y la muerte profundamente distinta de la mirada occidental (Trujillo, 2001; Blomberg, 2015; Cabodevilla, 1999).

Antes del contacto, los waorani se reconocían como un pueblo estructurado en torno a la guerra, la venganza y la defensa del territorio, donde la muerte tenía un sentido socialmente compartido y orientado hacia el enemigo. En este contexto, el suicidio no constituía una posibilidad culturalmente inteligible: resultaba inconcebible que alguien dirigiera la violencia hacia sí mismo cuando esta cumplía una función central en la protección del grupo. Los registros etnográficos muestran que las principales causas de muerte estaban asociadas a asesinatos interclánicos, seguidos por enfermedades o prácticas de brujería.

La introducción del concepto de suicidio, junto con la noción de adolescencia como etapa diferenciada del ciclo vital, ha tenido un impacto profundo en el *ethos* waorani.

Esta etapa, inexistente en la organización social precontacto, ha generado un periodo liminal prolongado caracterizado por la pérdida de referentes claros de pertenencia, reconocimiento y sentido. Antes del contacto, los waorani transitaban directamente de la niñez a la adultez joven, asumiendo tempranamente responsabilidades cacería, recolección y guerra. Es recién a partir de la cuarta y quinta generación posterior al contacto cuando comienzan a registrarse prácticas autodestructivas, particularmente entre adolescentes varones.

El método de suicidio más frecuente entre los jóvenes waorani es la intoxicación mediante *barbasco*, un veneno natural que no formaba parte de su tradición cultural, sino que proviene de otros pueblos amazónicos, como los shuar. Este dato evidencia la circulación interétnica de prácticas, así como la ausencia de un marco simbólico propio para comprender y contener estas muertes, lo que refuerza su carácter disruptivo dentro de la cosmovisión waorani.

Uno de los factores centrales identificados en este proceso es lo que los propios waorani denominan “contaminación cultural”, estrechamente vinculada a la escolarización formal, la migración y desplazamiento interno, la exposición a redes sociales y la creciente centralidad del consumo material como medida de valor personal en la nueva vida urbana. Las generaciones mayores interpretan el suicidio juvenil como un acto de cobardía y una traición a la memoria ancestral, lo que profundiza la brecha intergeneracional y puede intensificar el aislamiento emocional de los jóvenes.

Este fenómeno no puede analizarse de manera aislada, sino en el marco más amplio de la incorporación desigual a la modernidad en el Ecuador. Mientras una minoría accede a los beneficios materiales y simbólicos del proyecto moderno, una mayoría – entre ellos los pueblos indígenas – es invitada a participar de sus promesas sin contar con las condiciones estructurales para hacerlo, quedando expuesta a procesos de exclusión, estigmatización y empobrecimiento. Esta tensión genera crisis sociales profundas que se manifiestan de manera particularmente dramática entre los sectores más vulnerables.

En este escenario, las identidades colectivas tradicionales pierden progresivamente su capacidad de otorgar sentido, dando paso a procesos de individualización forzada y anomia social. Los waorani, al igual que otros pueblos indígenas, deben redefinir sus estrategias de supervivencia en contextos marcados por la degradación ambiental y territorial, la estigmatización y la pérdida de los vínculos comunitarios. El resultado es una transformación acelerada del tejido social que impacta directamente en la salud mental de las generaciones más jóvenes.

El caso del suicidio entre adolescentes waorani constituye un ejemplo paradigmático sobre cómo los procesos de modernización, colonización cultural y

deterioro ambiental pueden producir formas específicas de sufrimiento psicosocial. Este proceso guarda similitudes con las experiencias documentadas entre pueblos indígenas de Norteamérica, donde la pérdida del territorio, el debilitamiento del *ethos* tribal y la imposición de modelos culturales ajenos derivaron en crisis identitarias, abuso de sustancias y elevadas tasas de suicidio. La ruptura de las narrativas tradicionales sobre la vida, la muerte y el bienestar ha generado un vacío existencial que se expresa en sentimientos de desesperanza y en la percepción de “no ser nada”, particularmente entre los jóvenes.

El suicidio emerge así no como un problema individual o exclusivamente clínico, sino como una manifestación extrema de un sufrimiento cultural históricamente producido. Estos hallazgos subrayan la urgencia de repensar las políticas públicas de salud mental desde enfoques interculturales y decoloniales que reconozcan las particularidades históricas, simbólicas y territoriales de los pueblos indígenas. Abordar el suicidio en contextos como el waorani exige ir más allá de las categorías biomédicas universales y construir respuestas que dialoguen con las memorias, los silencios, el trauma cultural y las formas locales de experimentar el sufrimiento, la vida y la muerte.

REFERENCIAS

- Blomberg, R. (2015). *Los aucas desnudos: Una reseña de los indios del Ecuador*. Abya-Yala.
- Boster, J., Yost, J., & Peeke, C. (2003). Rage, revenge and religion: Honest signaling of aggression and nonaggression in Waorani coalitional violence. *Ethos*, 31(4), 471–494. <https://doi.org/10.1525/eth.2003.31.4.471>
- Cabodevilla, M. (1999). *Los huaorani en la historia de los pueblos del oriente*. CICAME.
- Cabodevilla, M. (2004). *Tiempos de guerra: Waorani contra Taromenane*. Abya-Yala.
- Cabodevilla, M. (2010). *La nación waorani*. CICAME & Fundación Alejandro Labaka.
- Clastres, P. (1981). La cuestión del poder en las sociedades primitivas. En P. Clastres (Ed.), *Investigaciones en antropología política* (pp. 109–116). Gedisa.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Narváz Collaguazo, R. (2016). Intercambio, guerra y venganza: El lanceamiento de Ompure Omehuai y su esposa Buganei Caiga. *Antropología: Cuadernos de Investigación*, 16, 99–110.
- Narváz Collaguazo, R. (2018). Territorialidad de los grupos familiares de pueblos indígenas en aislamiento en la región del Yasuní. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 16(1), 103–119.
- Narváz Collaguazo, R., & Trujillo Montalvo, P. (2020). Tiempos de guerra y tiempos de paz: Continuum simbólico de un pueblo de reciente contacto. *Cadernos de Campo*, 29, 38–52.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Suicidio en las Américas: Informe regional*. OPS.

Pappalardo, S. E., De Marchi, M., & Ferrarese, F. (2013). Uncontacted Waorani in the Yasuni Biosphere Reserve. *PLoS ONE*, 8(6), e66293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066293>

Pike, K. L. (1967). *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior* (2nd ed.). Mouton.

Rival, L. (1996). *Hijos del sol, padres del jaguar*. Abya-Yala.

Trujillo Montalvo, P. (2001). *Salvajes, civilizados y civilizadores*. Abya-Yala.

Trujillo Montalvo, P. (2011). *Boto waorani, bito cowuri*. FIAAM.

Trujillo Montalvo, P. (2016). Código guerrero: Movilidad, guerra y muerte con lanzas. *Antropología: Cuadernos de Investigación*, 16, 85–98.

Trujillo Montalvo, P. (2018). Identificación y dinámicas de los pueblos indígenas en aislamiento voluntario. *Boletín de Antropología*, 33, 271–296.

Trujillo, P., Andrade, S., Narváez, R., & Rivadeneira, C. (2024). Give me a name, give me a God, give me a land: The Waorani's history of contact and evangelism. *International Journal of Religion*, 5(5), 432–437. <https://doi.org/10.61707/5pqsysc22>

Trujillo Montalvo, P., Guerrón-Montero, C., & Rivadeneira-Suárez, C. (2025). Presentación: Etnografía para descolonizar la salud: observar, escuchar, callar y escribir: Presentation: Ethnography to decolonize health: To observe, to listen, to be silent, and to write. *ANTROPOLOGÍA - Cuadernos De Investigación*, 31, 1–8. <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.375>

Yost, J. (1978). *El desarrollo comunitario y la supervivencia étnica*. Instituto Lingüístico de Verano.

Yost, J., & Kelley, P. (1992). *Consideraciones culturales del terreno: El caso huaorani*. Instituto Lingüístico de Verano.

CAPÍTULO 3

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER – A REALITY

Data de submissão: 14/02/2026

Data de aceite: 27/02/2026

Ana Maria Cîmpeanu

University Lecturer Doctor

The Faculty of Nursing

Tg-Jiu of the Titu Maiorescu University

Târgu Jiu, România

<https://orcid.org/0009-0009-9960-5379>

ABSTRACT: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental and behavioral condition that may develop after exposure to traumatic events such as warfare, abuse, domestic violence, traffic accidents, or other life-threatening situations. Typical symptoms include intrusive memories, distressing dreams, emotional or physical reactions to trauma-related cues, changes in cognition and mood, and heightened arousal responses. These symptoms usually appear within the first three months after the traumatic event, although they may emerge years later, and must persist for more than one month while causing significant distress or functional impairment. This study aims to facilitate the recognition of PTSD symptoms in order to support early diagnosis and effective treatment, prevent symptom progression, and improve patients' social functioning and quality of life. It also seeks to contribute to a better understanding

of the etiological factors associated with PTSD in order to strengthen prevention strategies. A qualitative clinical approach was adopted through the presentation of a clinical case involving a 25-year-old patient treated at the Medical Center for Human Health. The findings highlight the importance of early diagnosis and long-term treatment in achieving symptom remission and preventing relapse, emphasizing the crucial role of comprehensive psychiatric evaluation. Study limitations include the relatively low incidence of diagnosed cases in the region, patients' limited acceptance of psychological treatment, and restricted access to advanced imaging procedures such as MRI. Nevertheless, the study underscores the growing relevance of PTSD in contemporary society, particularly in the context of wars, social violence, and environmental disasters. The study reinforces the importance of early psychiatric assessment and appropriate therapeutic interventions in outpatient mental health services for individuals at risk of developing PTSD.

KEYWORDS: stress; disasters; flashbacks; nightmares; risk.

EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UNA REALIDAD

RESUMEN: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición mental y conductual que puede desarrollarse tras la exposición a eventos traumáticos como

guerras, abusos, violencia doméstica, accidentes de tránsito u otras situaciones que amenazan la vida. Los síntomas típicos incluyen recuerdos intrusivos, sueños angustiosos, reacciones emocionales o físicas ante estímulos relacionados con el trauma, alteraciones en la cognición y el estado de ánimo, así como respuestas de hiperactivación. Estos síntomas suelen aparecer dentro de los primeros tres meses posteriores al evento traumático, aunque pueden manifestarse años después, y deben persistir durante más de un mes, generando un malestar significativo o deterioro funcional. Este estudio tiene como objetivo facilitar el reconocimiento de los síntomas del TEPT con el fin de apoyar el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz, prevenir la progresión de los síntomas y mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, busca contribuir a una mejor comprensión de los factores etiológicos asociados al TEPT, con el propósito de fortalecer las estrategias de prevención. Se adoptó un enfoque clínico cualitativo mediante la presentación de un caso clínico de un paciente de 25 años atendido en el Centro Médico de Salud Humana. Los hallazgos destacan la importancia del diagnóstico temprano y del tratamiento a largo plazo para lograr la remisión de los síntomas y prevenir recaídas, subrayando el papel crucial de una evaluación psiquiátrica integral. Entre las limitaciones del estudio se incluyen la relativamente baja incidencia de casos diagnosticados en la región, la limitada aceptación del tratamiento psicológico por parte de los pacientes y el acceso restringido a procedimientos de imagen avanzada, como la resonancia magnética. No obstante, el estudio pone de relieve la creciente relevancia del TEPT en la sociedad contemporánea, especialmente en contextos de guerras, violencia social y desastres ambientales. Asimismo, refuerza la importancia de la evaluación psiquiátrica temprana y de intervenciones terapéuticas adecuadas en servicios ambulatorios de salud mental para personas en riesgo de desarrollar TEPT.

PALABRAS CLAVE: estrés; desastres; recuerdos intrusivos; pesadillas; riesgo.

1. INTRODUCTION

“Post-traumatic stress disorder” (PTSD) is a mental disorder that occurs as a result of prolonged exposure to a traumatic event: child abuse, sexual abuse, domestic violence, natural disasters (fires, earthquakes, floods, etc.), road accidents or negative experiences from wars.

As symptoms, PTSD includes thoughts, feelings, dreams related to the trauma, reliving traumatic events, altered emotional reactions that are dysfunctional and a hypersensitivity in response to the trauma.

These symptoms appear one month after exposure to psycho-trauma and can appear in the form of memories of negative events even in children.

People with PTSD have a high risk of suicide.

Not all people who are exposed to and experience traumatic events develop PTSD. Children and women who are more frequently exposed to violence, sexual abuse, incest and domestic abuse develop PTSD more frequently than those exposed to accidents or natural disasters.

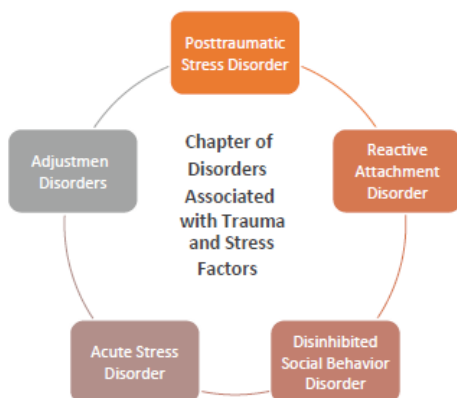
People who are subjected to prolonged traumatic events such as domestic abuse, soldiers on the battlefield develop a distinct entity of “Complex Post-Traumatic Stress Disorder” (CPTSD), respectively Traumatic Stress Complex, which is similar to PTSD, but which has a distinct effect on the emotional regulation of patients and on their identity.

It is possible to prevent the occurrence of post-traumatic stress in those individuals who present a faint (mild) symptomatology.

In the United States, 3.5% of adults have a PTSD diagnosis in a given year and 9% of the population develops PTSD during their lifetime. This disorder is more common in areas of armed conflict and more common in women than in men.

Post-traumatic stress disorder is an integral part of the Chapter of Disorders Associated with Trauma and Stress Factors, along with the following entities:

1. Posttraumatic Stress Disorder;
2. Reactive Attachment Disorder (found in children);
3. Disinhibited Social Behavior Disorder;
4. Acute Stress Disorder;
5. Adjustment Disorders.



The first symptoms of PTSD were described by Samuel Pepys, who described the distress symptoms following the fire of London in 1666. During wars, PTSD was variously described, for example as “combatants’ neurosis”.

The term “Post-traumatic Stress Disorder” was recommended for the first time in 1978 in a working group at “The Committee of Reactive Disorders”. The term was then introduced in DSM V in 2012.

PTSD has also been closely linked to disasters (September 11 attacks, Hurricane Katrina). These events led to the emergence among the population of PTSD and the neurological implications associated with the disorder.

Thus, considering the implications arising from PTSD in DSM IV and DSM V, the diagnostic criteria for this disease were established.

The term PTSD came into use after the Vietnam War, when it was diagnosed in military veterans of the war and officially recognized as a diagnostic entity in 1980 by the American Psychiatric Association in DSM-III.

Other authors have used the terms “Post-traumatic Stress Syndrom” or “Post-traumatic Stress Symptoms” (PTSS).

There are several diagnostic elements of PTSD, namely the onset of PTSD and the development of symptoms after exposure to one or more traumatic events.

The symptoms are varied. Behavioral symptoms, emotional symptoms, emotional reactions and recall of trauma events may predominate.

Interventions in the first days or weeks after the trauma reduce PTSD symptoms.

The objective of present research is to acknowledge in an easier and simplified way the symptoms of PTSD with a view to establishing a correct and efficient treatment, prevent further unwanted progress of the disease and remissions of symptomatology which lead to social integration and improvement of life quality.

Another objective of the present research is a better knowledge of the etiology of PTSD factors for an increased prevention of further PTSD occurrence.

2. THEORETICAL FRAMEWORK

2.1. ETIOLOGY

There are several risk factors in the occurrence of PTSD.

Thus, the risk factors for PTSD are more severe in military combatants, survivors of crimes, survivors of traffic accidents, rapes, soldiers on the battlefields, survivors of natural disasters (fires, floods, earthquakes).

The occurrence of PTSD is higher in certain occupations, which require a long-term and more prolonged exposure to traumatic events (these include police officers, firefighters, paramedics, emergency medical personnel, car drivers).

PTSD is more common in women than in men, most frequently appearing in sexual abuse and domestic violence, peritraumatic dissociative manifestations being a predictive indicator for PTSD.

There is a strong link between the development of PTSD in mothers who experienced domestic violence during the perinatal period of pregnancy.

Refugees have always presented a risk factor for PTSD due to exposure to war, hardship and traumatic events. There is an increased rate of PTSD among the refugee

population, from 4%-86%. The appearance of PTSD in refugees is also due to the change in social status, the change in the existential level. Among the refugees, some were more affected, depending on their vulnerability. Among the refugees, the most affected are women, the elderly and unaccompanied minors. PTSD and depression in the refugee population tend to affect educational success.

A large number of patients developed PTSD after the unexpected death of a loved one (the disease rate was 20%).

There are also a number of medical conditions frequently associated with the development of post-traumatic stress. Among these somatic diseases we mention heart attack, stroke, cancer (breast cancer with mastectomy), as well as parents whose children have disabling chronic diseases.

2.2. RISK AND PROTECTION FACTORS

The risk and protection factors are classified into:

a. Pretraumatic factors

1. They include the existence of previous mental disorders: panic disorder, obsessive- compulsive disorder; emotional disorders in childhood.
2. Environmental factors: educational level; exposure to previous trauma; low IQ; family history.
3. Genetic and physiological factors - There are certain genotypes that offer protection against trauma.

b. Peritraumatic factors – These factors include the severity of the trauma, the perception of the threat to life and the dissociative syndrome, which occurs during the trauma and is a risk factor.

c. Posttraumatic factors

1. Temperament factors – Inadequate coping strategies, coping mechanisms, negative appraisals, Acute Stress Disorder.
2. Environmental factors – Subsequent and repetitive exposures to events that cause memories of the trauma.
3. Social and family support is a protective factor that mitigates the consequences of trauma.

2.3. GENETIC FACTORS

It is obvious that susceptibility to PTSD is hereditary. About 30% of PTSD cases are caused by single genes. Studies conducted on soldiers in Vietnam, monozygotic twins showed a higher risk of developing PTSD than dizygotic twins.

In the first findings, it was found that women with a small hippocampus develop PTSD more easily.

Research has shown that PTSD has multiple genetic influences that are common with generalized anxiety and panic (60% of cases). There are genetic links (in 40% of cases) and with alcohol, nicotine and drug addiction.

Several biological indicators have been identified as being related to the subsequent development of PTSD.

Intense sensory responses together with a reduced hippocampal volume have been identified as risk biomarkers for the development of PTSD.

Later studies showed that the soldiers whose leukocytes presented a higher number of glucocorticoid receptors, were more likely to develop PTSD after a traumatic experience.

2.4. NEUROENDOCRINE AND NEUROANATOMIC FACTORS

PTSD symptoms occur when a traumatic event causes an excessive adrenergic response, which causes deep neurological patterns in the brain. These patterns can persist long after the event and attract emotions, marking a hyper-responsivity to the future and to emotional situations.

During traumatic experiences, a high level of secreted stress hormones suppresses the activity of the hypothalamus, which can be an important factor leading to the development of PTSD.

PTSD produces biochemical changes in the body and brain that are different from those produced in major depression. Patients diagnosed with PTSD have a stronger response to the suppression test with Dexamethasone than individuals diagnosed with depression.

Many patients with PTSD have a low secretion of cortisone, but a secretion of catecholamines in the urine with a higher ratio of norepinephrine/cortisol than in the undiagnosed.

This finding is a contradiction in the “fight-or-flight” response, in which both catecholamines and cortisol levels are elevated after exposure to the stressful factor.

Catecholamine levels are high and the concentration of corticotropic factor RF is high.

Together, these changes suggest abnormality of the hypothalamus-pituitary-adrenergic axis (HPA axis).

Fear maintenance has been shown to include the HPA axis, the locus coeruleus-noradrenergic system and connections between the limbic system and the frontal cortex.

The HPA axis, which coordinates the hormonal response to stress, activates the LC Noradrenergic system that intervenes in consolidating the memory of trauma-related events. This memory consolidation increased the possibility of developing PTSD.

The amygdala plays an important role in the production of PTSD. The basal lateral amygdala nucleus is responsible for the development of associations between responses to conditioned and unconditioned stimuli, the result of which is, in conditions of fear, PTSD. The basolateral amygdala nucleus (BLA) activates the central amygdala nucleus (CeA), which elaborates the fear response, including the behavioral response and the sensory response. Descending inhibitory impulses from the prefrontal cortex regulate the transmission from the baso-lateral nucleus to the central nucleus in the amygdala, this representing the hypothesis of the conditioned response to fear.

MRI studies have shown that the entire amygdala hyperactivity is involved in PTSD, there is a great degree of heterogeneity compared to social anxiety and phobic anxiety.

Comparing the dorsal portion of the amygdala (CeA) and ventral (BLA), a ventral hyperactivity was found, while hypoactivity is evident in the dorsal cluster. These explain hyperemotional states and hypersensitivity.

In 2007, studies of Vietnam War veterans showed a 20% reduction in hippocampal volume in those with PTSD compared to those without such symptoms.

Studies from Germany (in patients with PTSD) have highlighted a decrease in the level of endogenous cannabinoids in PTSD (in particular anandamides) and with an increase in cannabinoid receptors (CB1) in a compensatory way.

It seems that there is a link between the increase of cannabinoid receptors (CB1) in the amygdala and threatening manifestations or hyperexcitability, but they do not disappear in trauma survivors.

A meta-analysis of MRI examinations in Vietnam War veterans found an association between reduced total cranial volume, hippocampus, insular cortex and anterior cingulate gyrus and PTSD symptoms.

Patients with PTSD have a decrease in brain activity in the dorsal and rostral anterior cingulate gyrus in the cortex and the ventromedial frontal cortex, which is closely related to emotional experiences and emotion regulation.

MRI studies have shown that the entire amygdala hyperactivity is involved in PTSD, there is a great degree of heterogeneity compared to social anxiety and phobic anxiety.

Comparing the dorsal portion of the amygdala (CeA) and ventral (BLA), a ventral hyperactivity was found, while hypoactivity is evident in the dorsal cluster. These explain hyperemotional states and hypersensitivity.

In 2007, studies of Vietnam War veterans showed a 20% reduction in hippocampal volume in those with PTSD compared to those without such symptoms.

Studies from Germany (in patients with PTSD) have highlighted a decrease in the level of endogenous cannabinoids in PTSD (in particular anandamides) and with an increase in cannabinoid receptors (CB1) in a compensatory way.

It seems that there is a link between the increase of cannabinoid receptors (CB1) in the amygdala and threatening manifestations or hyperexcitability, but they do not disappear in trauma survivors.

A meta-analysis of MRI examinations in Vietnam War veterans found an association between reduced total cranial volume, hippocampus, insular cortex and anterior cingulate gyrus and PTSD symptoms.

Patients with PTSD have a decrease in brain activity in the dorsal and rostral anterior cingulate gyrus in the cortex and the ventromedial frontal cortex, which is closely related to emotional experiences and emotion regulation.

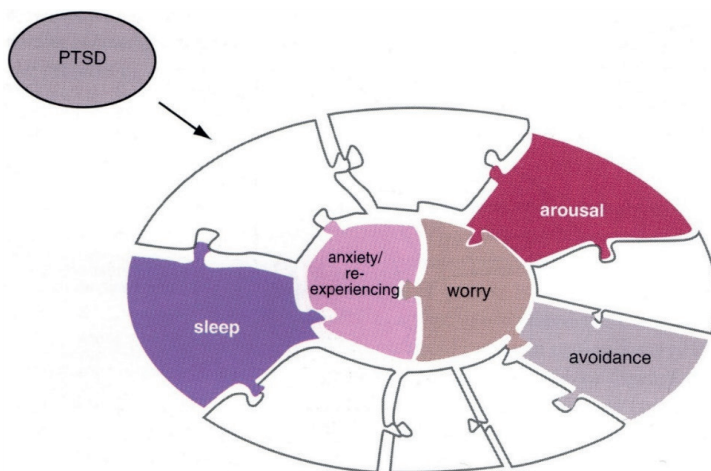
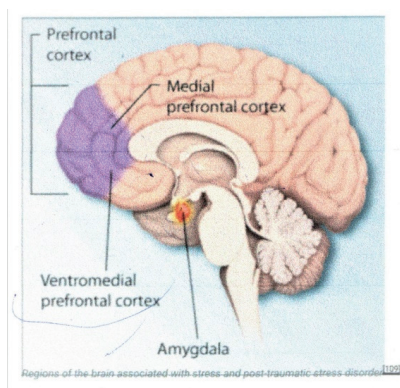
In PTSD, a series of changes occur at the brain level, which we can conclude as follows:

- The amygdala is hyperactive - which leads to increased emotional responses, which exceed the modulatory mechanisms;
- The hippocampus - has reduced dimensions (by 12%). This atrophy is considered to be due to the decrease in neuronal density. The atrophy of the hippocampus would be due to the atrophy of the whole brain, as I mentioned, and the generalized atrophy is due to the white matter. In patients with PTSD, it is considered that the reduction of the hippocampus would be a risk factor for the development of this disorder, not a consequence.
- The decrease in the activity of the anterior cingulate gyrus would be due to a failure of the cortex to modulate the responses of the amygdala and not to a cognitive deficit.
- The modification of BDNF (brain derived neurotrophic factor) at the hippocampal level was demonstrated.

- Also, exposure to glucocorticoid hormones leads to the inhibition of neurogenesis, as well as to the atrophy of the dendrites. Antidepressants have the opposite effect, they decrease the amount of cortisol, leading to cell growth.

The amygdala-centric model is that the amygdala is insufficiently controlled by the medial prefrontal cortex and the hippocampus. This is considered a deficiency in modulating the activity of the amygdala and its response to determining conditioned and unconditioned stimuli.

The hypothalamic-pituitary axis is responsible for coordinating the response to stress.



A strong suppression test to dexamethasone is due to HPA axis abnormalities, which give us predictions on strong negative feedback of inhibition to cortisone due to the increased sensitivity of glucocorticoid receptors.

It was hypothesized that PTSD represents a maladaptive conditioning to the emotional response, characterized by hypersensitivity, hyperreactivity and hyperresponsiveness of the HPA axis.

It is known that the locus coeruleus - noradrenergic system - mediates emotional memory. High cortisol levels reduce noradrenergic activity, but because PTSD patients have low cortisol levels, they cannot modulate their noradrenergic increase in response to posttraumatic stress.

Intrusive memories and emotionally conditioned responses are believed to be a response to associated triggers.

Neuropeptides (NPY) reduce the increase in norepinephrine and have an anxiolytic effect in animal models.

People with PTSD, with low levels of neuropeptides, have increased levels of anxiety.

These changes that appear in patients show us the role of the bio-psycho-social model. PTSD is one of the mental disorders that overlaps the bio-psycho-social model. The social part is represented by the existence of an external precipitating event - the social component of the model.

This event immediately surpasses the adaptive mechanisms of the autonomous adaptive system and the HTP that represents the biological component of the model. In conclusion, all the hormonal mechanisms are different from those that appear in periods of short stress or from depression.

After traumatic events, corticotropin-releasing hormone is increased, individuals show low levels of cortisone due to the amplified negative feedback exerted by cortisol and the increased sensitivity of tissue receptors for glucocorticoids.

In patients with PTSD, elevated plasma levels of thyroid hormones were also found, which can explain the somatic symptoms of PTSD.

Other changes that include other neurotransmitters are:

- The decrease in serotonin levels in PTSD patients with chronic evolution is associated with behavioral symptoms such as anxiety, rumination, irritability, aggression, suicide, impulsiveness. Serotonin has the role of stabilizing the production of glucocorticoids.
- Low levels of dopamine in people with PTSD contribute to symptoms such as apathy, anhedonia, attention disorders and motor deficits. Increased dopamine leads to psychosis and agitation.

These two allostatic types of adaptation contribute to increasing sensitivity to catecholamines and other stress mediators.

Hyperresponsiveness of the noradrenergic system can lead to continued exposure to high stress. The activation of receptors in the prefrontal cortex may be related to the occurrence of flashbacks and nightmares frequently experienced by those with PTSD.

The decrease in norepinephrine prevents the cerebral memory mechanisms in the brain from processing the experience and emotions of people during flashbacks and makes them not associated with the current events in the environment.

There has been much controversy regarding the neurobiology of PTSD. Studies from 2012 showed that there is no definite link between cortisol levels and PTSD, PTSD patients have high levels of corticotroph-releasing hormone, low cortisol levels and hyper response to negative feedback in the dexamethasone suppression test.

3. DIAGNOSIS

The diagnosis is based on:

- I. Exposure to a concrete situation or severe injury, sexual violence (the individual is always exposed or the intensity of threatening events is particularly high.)
- II. The existence of several symptoms that are closely related to the event:
 1. Recurring dreams;
 2. Dissociative reactions - in which the individual behaves as if the event were to repeat itself;
 3. Involuntary and intrusive memories of traumatic events;
 4. Significant reactions to external or internal stimuli that symbolize trauma;
 5. Intense psychological discomfort to stimuli that symbolize trauma.
- III. Alterations of cognition and mood after the traumatic event.
 1. Negative beliefs about oneself, about the world;
 2. Loss of interest in important activities;
 3. Negative emotional state;
 4. The inability to feel positive emotions.
 5. Feelings of detachment or alienation;
 6. Inability to remember an important aspect of the event;
 7. Distorted interpretations.
- IV. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event (after the traumatic event has occurred).
- V. The duration of the event is longer than one month.
- VI. The disturbance causes a significant deficit in professional or social life.
- VII. Significant effects of reactivity and excitability associated with the traumatic event.

1. Exaggerated startle response.
2. Nighttime rhythm disorders;
3. Hypervigilance;
4. Concentration difficulties;
5. Irritable and angry behavior;
6. Reckless and self-destructive behavior.

The symptomatology associated with the psycho-stressful event can be with:

- Derealisation -> persistent or recurrent experiences of unreality of the environment (the individual perceives the surrounding world as unreal, as in a dream, distant, distorted);
- Depersonalization -> persistent or recurring experiences in which the individual feels detached (perceives as if he is an outside observer of his own mental processes or his own body; feels a sense of unreality of self or body or the feeling that time passes slowly).

In order to make the diagnosis, it is necessary, along with the highlighting of the traumatic event (abuse, domestic violence, rape), the highlighting of natural disasters (the events of September 11, Hurricane Katrina, military conflicts, occupations with a high risk of developing such a syndrome - firemen, paramedics, the police, the military).

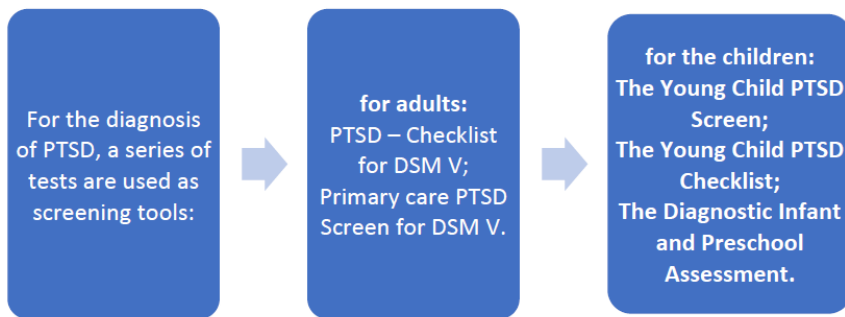
To these risk factors we must add the 4 clusters of basic symptoms included in DSM V:

- re-experiencing the trauma;
- avoiding trauma;
- cognitive dysfunctions;
- changes in reactivity (sensitive hyperreactivity).

The 3 criteria of ICD 11 are:

- re-experiencing the trauma;
- avoiding trauma;
- hypersensitivity.

The differential diagnosis is made with Acute Stress Disorder; Obsessive-compulsive disorder, Generalized Anxiety Disorder, Depressive Disorder.



4. COMPLICATIONS OF PTSD

Suicide - Repeated childhood abuse is associated with an increased risk of suicide. People with PTSD can present autolytic ideas, passive and active, suicide attempts, even suicide planning.

PTSD is associated with important social, professional and physical disabilities – these patients are high users of medical services with considerable economic costs. Dysfunctions are present in several fields: interpersonal, evolutionary, social, educational, occupational, public health.

In the study samples among the veterans, it was observed that they have reduced family and social relations, with absenteeism at work, with low salary level, low professional and educational achievements.

As well as complications, we remember the stigma of PTSD patients due to increased emotionality and decreased opportunities. PTSD is especially complicated with the abuse of psychoactive substances and alcohol. Thus, PTSD patients have a higher risk of developing alcohol and drug addictions.

Also, the condition can be associated more frequently with depressive disorders, with obsessive-compulsive disorders and with generalized anxiety. The individual always makes efforts to avoid memories, thoughts, feelings about the traumatic event. The patient avoids people, activities, places that cause recall of the event.

Patients with PTSD have an increased sensitivity to potential threats, including those related to the traumatic experience.

After traumatic events, evolutionary regression can occur, there can be hallucinations, as well as paranoid ideas. The individual may present dissociative symptoms, difficulties in controlling emotions and difficult interpersonal relationships. Other comorbidities are added to these symptoms.

Thus, in survivors of traumatic events, depressive and anxious elements are present more frequently, as well as the harmful use of alcohol and psychoactive substances. PTSD also has a strong association with tinnitus, and it is possible that PTSD is the cause of tinnitus.

Children and adolescents who are subjected to traumatic events remain with important emotional difficulties and imbalances of emotional reactions.

5. TREATMENT

The treatment consists of psychological treatment and psychopharmacological treatment. In the treatment of PTSD, the basic treatment is the psychological one, followed by the psycho-pharmacological one.

5.1. PSYCHOLOGICAL TREATMENT

For the prevention of the occurrence of PTSD, we consider an important role to be quick access to cognitive-behavioral psychotherapy and psychoeducation. Psychological treatment is decisive in the evolution of PTSD symptoms. Thus, benefits were observed through the early start of cognitive-behavioral therapy.

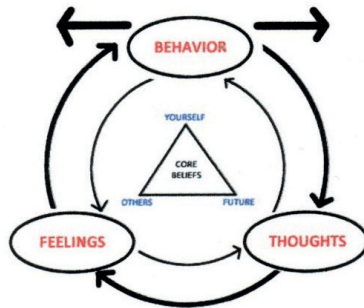
Another psychological method used is “Psychological Debriefing”, which involves counseling several individuals who participated in the event and helping them to remember the event. Psychological Debriefing was not very useful in therapy and included several stages of treatment.

Another very useful psychological tool is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), which tries to remove pathological adaptive coping mechanisms and use defensive means of adaptation to remove negative emotions.

CBT has proven to be an effective treatment for PTSD, reducing the symptoms of the disorder until it disappears.

“The United States Department of Defense” showed that in CBT, individuals learn to identify their thoughts, to feel their fears and to reframe them into less stressful thoughts.

Cognitive behavioral therapy



5.2. PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT

The aim of the treatment is to minimize the disabilities, to reduce the key symptoms of PTSD and associated comorbidities, to prevent recurrences and improve life quality.

The most important psychopharmacological therapies are:

- Antidepressants, inhibitors of serotonin recapture (ISRS):

ANTIDEPRESSIVES	DOSIS
Escitalopram	10-20 mg
Citalopram	20-60 mg
Fluoxamina	100-300 mg
Paroxetina	20-40 mg
Sertralina	100-150 mg

- Antidepressives with dual mechanism:

ANTIDEPRESIVE	DOSIS
Venlafaxina	150-225 mg
Mirtazapina	15-45 mg

- The use of anticonvulsants (Lamotrigine, Sodium Valproate, Carbamazepine, Gabapentin).
- MAOI (Phenelzine 45-75 mg, for intensive symptom relief).
- α_1 adrenergic blockers – Prazosin administered in the evening in a dose of 1-4 mg to relieve nightmares and intrusive symptoms.

- Benzodiazepines - in improving sleep disorders.
- Neuroleptics - administered to agitated patients (Olanzapine, Quetiapine).

The psychopharmacological guide recommends the use of medication in stages: SSRIs are recommended in the first-choice therapy of PTSD due to their effectiveness. If it does not respond to SSRIs, another compound can be tried: Nafazodone, Amitriptyline, Imipramine, Lamotrigine.

In cases where a partial response is obtained to the second treatment, an attempt is made to obtain a response to the third treatment, which involves the use of Lithium or an anticonvulsant, and in patients with fits of anger, an atypical neuroleptic (Olanzapine or Quetiapine).

If PTSD has a chronic evolution, it is indicated to continue the treatment for at least 1 year after obtaining the response to the treatment, and the decrease will be done progressively.

The prevention, recognition and early treatment of PTSD must be a priority for psychiatrists, who must take into account the disabilities that this disorder produces and try to improve the quality of life for patients through appropriate treatment.

6. METHODOLOGY

Clinical case presentation:

The 25-year-old patient M. A. presents herself at the Medical Center for Human Health.

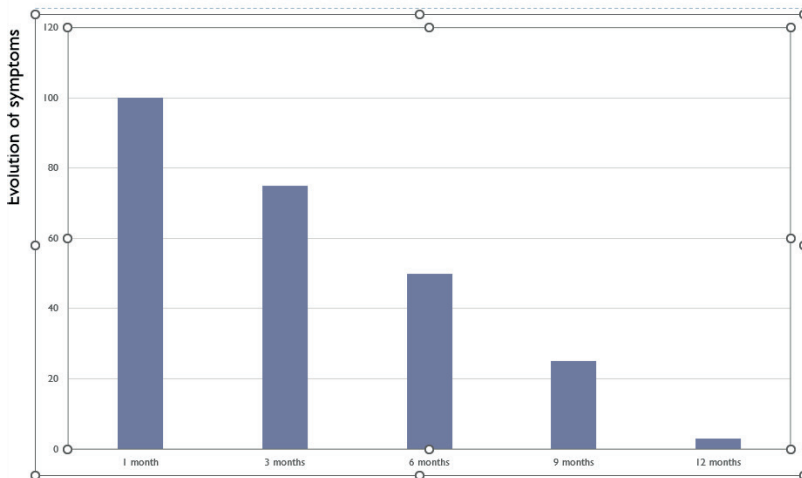
Symptomatology at the psychiatric consultation:

- Dissociative manifestations;
- Insomnia;
- Anxiety;
- Terrifying dreams;
- Nightmares;
- Depressive mood;
- Flashbacks related to psycho-traumatic events that happened in childhood;
- Depressive mood;
- Irritability;
- Behavioral disturbances;
- Feelings of derealization and depersonalization.
- The symptomatology appeared 5 years ago, intensifying in the last year and affecting social, family and professional functionality.

- *Personal history:* The patient was the victim of a psycho-traumatic event in childhood and was repeatedly sexually abused by her cousin. The patient lived in a precarious environment, her parents being divorced, having a stepfather, lack of emotional support, showing educational deficiencies (she attended 10 classes) and an average IQ. The patient has an average IQ and due to these educational deficiencies.
- *Heredocollateral antecedents:* The patient's mother was diagnosed with Major Depressive Disorder in the past.
- Although the symptoms appeared for about 5 years, the patient did not have the opportunity to benefit from specialized medical services.
- Currently, the patient is married, has 2 children and a quiet family life, having emotional support from her husband. However, the symptoms present at the Medical Center have worsened over the past year.
- Paraclinically, the usual analysis was normal.
- A CT scan of his skull was performed. It showed no visible changes.
- Following the analysis of the clinical manifestations (emotional and cognitive disorders), the highlighting of the psycho-traumatic event with prolonged duration in childhood and its recollection at the time of exposure to the places where the events took place, as well as the impairment of functionality, she was diagnosed with Stress Disorder Traumatic.
- The applied treatment was a complex treatment: biological, psychological and psycho-educational.
- As a first-line biological treatment, the antidepressant (SSRI) escitalopram tablets, 10 mg, was administered. It started with minimal doses and reached a dose of 20 mg/day. As anxiolytics, Lorazepam (Anxiar) was administered for 4 weeks, 1 capsule/day.
- Under the treatment, the symptomatology faded after 3 months.
- Because the patient continued to show irritability, emotional lability, behavioral disturbances, a thymostabilizer (Gabapentinum) 100 mg, 2 tablets/day was administered.
- To these was added, for interpretive symptomatology, treatment with the neuroleptic Quetiapine, 50 mg, 1 tablet/evening.
- Under the medical treatment applied, only after 1 year, the symptomatology was remitted.

- The patient remained on maintenance treatment, considering the psycho-trauma to which she was exposed and the long exposure time.
- As psychological treatment, psycho-education and psychological counseling were tried, the patient not being compliant with cognitive-behavioral therapy.
- Also, psycho-educational therapy was applied to family members, in order to ensure emotional support.
- After the treatment, the patient's functionality improved, as well as her quality of life.
- It was recommended to periodically reassess the patient and continue the maintenance treatment after achieving remission, at least for a year.

The evolution of the symptomatology after the administration of the treatment



7. RESULTS AND DISCUSSIONS

The research showed that early diagnosis and adequate treatment on long term led to obtaining a remission and prevent of refalling and the importance of correct diagnosis through a psychiatric evaluation.

Limitations of the study were connected to limited incidence of this pathology in our area and difficult acceptability of means of psychological treatment by the patients and unavailability of RMN or other complex imagistic procedures.

8. CONCLUSION

We can conclude that PTSD is a very important issue of our times, bearing in mind the realities such as wars, world conflicts, natural disasters caused by climatic changes, increase in aggressivity and intolerance and abuses we all face. Therefore, a more important attention should be paid to this mental disorder.

REFERENCES

1. Brady K. (2002). *Gender differences in PTSD*. Medscape coverage of American Psychiatric Association 155th Annual Meeting.
2. Bremner JD et al. (1993). *Deficits in short-term memory in post-traumatic stress disorder*. Am J Psychiatry.
3. Davidson J, Connor K. (2001). *Serotonin and serotonergic drugs in post-traumatic stress disorder in Montgomery S, den Boer J (editors): SSRIs in depression and anxiety*. Second edition. Perspectives in psychiatry. Vol 8, John Wiley & Sons LTD.
4. Foa E, Davidson J, Olasov Rothbaum B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in Gabbard G. (ed) Treatments of psychiatric disorders*. 2nd Ed. American Psychiatric Press.
5. Greist JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ. (2007). *Posttraumatic stress disorder, A guide revision*. Madison: Madison Institute of Medicine.
6. Jung E. (November 2001). *Posttraumatic spectrum disorder. A radical revision*. Psychiatric Times, vol. XVIII, issue 11.
7. Kanapaux W. (February, 2003). *Combined therapy shows promise for PTSD*. Psychiatric Times, vol. XX, issue 2.
8. Stahl M. (2008). *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications*. Third edition. Cambridge University Press.
9. Stein D, Hollander E. (2002). *Anxiety disorders comorbid with depression: social anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, generalised anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder*. Martin Dunitz Ltd.
10. Yehuda R. (Jan. 10, 2000). *Post-traumatic stress disorder*. NEJM vol. 346.

CAPÍTULO 4

FOOD WASTE AND NUTRITIONAL INTAKE IN A UNIVERSITY CANTEEN: DIFFERENCES BY SEX AND AGE

Data de aceite: 27/03/2026

Clara Gomez-Urios

Nutrition and Food Science Area
Faculty of Pharmacy and Food Science
University of València
Avda Vicent Andrés Estellés, 22, 46100
Burjassot, València. Spain
<https://orcid.org/0000-0002-8483-6766>

Maria J Esteve

Nutrition and Food Science Area
Faculty of Pharmacy and Food Science
University of València
Avda Vicent Andrés Estellés, 22, 46100
Burjassot, València. Spain
<https://orcid.org/0000-0002-4468-7233>

Jesús Blesa

Nutrition and Food Science Area
Faculty of Pharmacy and Food Science
University of València
Avda Vicent Andrés Estellés, 22, 46100
Burjassot, València. Spain
<https://orcid.org/0000-0002-1690-2418>

Clara Cortés

Nutrition and Food Science Area
Faculty of Pharmacy and Food Science
University of València
Avda Vicent Andrés Estellés, 22, 46100
Burjassot, València. Spain
<https://orcid.org/0009-0006-8385-3261>

ABSTRACT: Food waste in collective catering services represents a major environmental, economic, and nutritional concern. University canteens constitute an ideal setting to investigate food waste generation and dietary choices among young adults, a population undergoing important lifestyle and dietary transitions. This study aimed to quantify avoidable food waste in a university canteen and to analyse meal selection patterns and nutritional composition according to sex and age. A cross-sectional observational study was conducted over four months in a university canteen. A total of 181 students aged 18–35 years participated. Food waste was quantified by direct weighing of dishes before and after consumption, supported by photographic records. Nutritional composition of the menus was calculated using DIAL® software, and statistical analyses were performed using SPSS®. The average avoidable food waste generated was 68.4 ± 123.7 g per person per meal. Women generated a greater amount of waste than men (90.8 ± 145.1 g vs. 46.0 ± 102.4 g per person per meal, respectively), although differences were not statistically significant. Age influenced meal selection patterns, whereas sex showed a lower impact. The average energy content of the selected lunch menus was 1067 kcal, representing approximately 38–42% of daily energy requirements. Nutritional analysis indicated a normocaloric and normoproteic profile, although the menus showed high lipid content

and relatively low carbohydrate intake, together with deficiencies in vitamin D and folic acid. These findings highlight the role of university food services as a relevant environment for studying food waste behaviour and dietary choices. Strategies such as portion size adjustments and educational interventions could contribute to reducing avoidable food waste while improving nutritional quality in university catering settings.

KEYWORDS: quantification; food waste; mass catering; university canteen; nutritional assessment.

DESPERDICIO DE ALIMENTOS Y CONSUMO NUTRICIONAL EN UN COMEDOR UNIVERSITARIO: DIFERENCIAS SEGÚN SEXO Y EDAD

RESUMEN: El desperdicio de alimentos en los servicios de restauración colectiva representa un importante problema ambiental, económico y nutricional. Los comedores universitarios constituyen un entorno ideal para investigar la generación de desperdicio alimentario y las elecciones dietéticas entre los adultos jóvenes, una población que atraviesa importantes transiciones en su estilo de vida y hábitos alimentarios. Este estudio tuvo como objetivo cuantificar el desperdicio alimentario evitable en un comedor universitario y analizar los patrones de selección de alimentos y la composición nutricional en función del sexo y la edad. Se realizó un estudio observacional transversal durante cuatro meses en un comedor universitario. Participaron un total de 181 estudiantes de entre 18 y 35 años. El desperdicio alimentario se cuantificó mediante el pesaje directo de los platos antes y después del consumo, con apoyo de registros fotográficos. La composición nutricional de los menús se calculó utilizando el software DIAL®, y los análisis estadísticos se realizaron con SPSS®. El desperdicio alimentario evitable promedio fue de $68,4 \pm 123,7$ g por persona por comida. Las mujeres generaron una mayor cantidad de desperdicio que los hombres ($90,8 \pm 145,1$ g frente a $46,0 \pm 102,4$ g por persona por comida, respectivamente), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La edad influyó en los patrones de selección de alimentos, mientras que el sexo mostró un menor impacto. El contenido energético promedio de los menús seleccionados para el almuerzo fue de 1067 kcal, lo que representa aproximadamente el 38–42% de los requerimientos energéticos diarios. El análisis nutricional indicó un perfil normocalórico y normoproteico, aunque los menús presentaron un alto contenido lipídico y una ingesta relativamente baja de carbohidratos, junto con deficiencias en vitamina D y ácido fólico. Estos hallazgos destacan el papel de los servicios de alimentación universitaria como un entorno relevante para el estudio del comportamiento del desperdicio alimentario y las elecciones dietéticas. Estrategias como el ajuste del tamaño de las porciones y las intervenciones educativas podrían contribuir a reducir el desperdicio alimentario evitable, al tiempo que mejoran la calidad nutricional en los entornos de restauración universitaria.

PALABRAS CLAVE: cuantificación; desperdicio de alimentos; restauración colectiva; comedor universitario; evaluación nutricional.

1. INTRODUCTION

University canteens are collective catering establishments that play an essential role in promoting and improving healthy eating habits among students (Jerez et al., 2018). In this context, the provision of varied, balanced, and sustainable

menus can contribute to shaping dietary behaviors and supporting both current and future health outcomes (Martínez-Riera et al., 2018). However, the university stage is characterized by profound lifestyle changes, including increased autonomy in food choices, irregular eating patterns, and greater consumption of meals outside the home (Al-Shehri et al., 2017, Cervera et al., 2013, Arts et al., 2014). These changes often result in diets characterized by excess intake of proteins and fats, together with insufficient consumption of carbohydrates and micronutrients, potentially leading to nutritional imbalances (Cutillas et al., 2013, Yilmaz et al., 2020).

At a global level, these dietary patterns are linked to the increasing prevalence of overweight and obesity, which has nearly tripled in recent decades, affecting a significant proportion of the young adult population (WHO, 2025, Flegal et al., 2012). Simultaneously, inadequate dietary intake has contributed to widespread micronutrient deficiencies, affecting nearly one-third of the global population and increasing the risk of chronic diseases (WHO, 2025). In university populations, previous studies have reported notable rates of overweight and unhealthy eating behaviors, often driven by food preferences rather than nutritional considerations (Wu et al., 2019).

In parallel, food consumption behaviors in collective catering settings are closely associated with food waste generation. Food waste, defined as food suitable for human consumption that is discarded or left uneaten, represents a major global challenge addressed within the framework of the Sustainable Development Goals, particularly target 12.3 (FAO, 2024). It is estimated that approximately one-third of all food produced worldwide is lost or wasted, accounting for around 1.3 billion tonnes annually (FAO, 2024, Thi et al., 2015). In food service environments, a significant proportion of this waste corresponds to *plate waste*, which reflects not only portion sizes and menu composition but also consumer preferences and eating behavior.

Consumer-related factors play a central role in food waste generation. Age, sex, food preferences, and attitudes towards sustainability have been identified as key determinants influencing both food selection and the amount of food discarded (González-Santana et al., 2020). In university populations, where individuals are exposed to new social and dietary environments, these behaviors may be particularly relevant. The mismatch between portion sizes offered and actual consumption, as well as the selection of dishes based on preference rather than nutritional needs, may contribute to increased levels of avoidable food waste. Beyond its ethical and economic implications, food waste has a substantial environmental impact. It is estimated that food consumption accounts for a considerable proportion of environmental pressures in the European Union, including greenhouse gas emissions and resource use (Huysman et al., 2016, Hoejrup & Merciai,

2014). Therefore, reducing food waste is a key strategy for improving resource efficiency and mitigating climate change (FAO, 2025).

Despite the growing interest in food waste, studies simultaneously addressing food choice, nutritional quality, and waste generation in real collective catering environments remain limited, particularly in university settings. Understanding the interaction between these factors is essential to designing effective interventions aimed at improving both dietary quality and sustainability.

In this framework, university canteens constitute an ideal setting for simultaneously studying dietary choices, nutritional quality, and food waste generation.

Therefore, this study aimed to quantify food waste generated in a university canteen, to analyze meal selection patterns according to sex and age, and to evaluate the nutritional composition of the selected menus. Additionally, this study seeks to explore the relationship between food choice, nutritional intake, and waste generation within a real collective catering environment.

2. EXPERIMENTAL METHODS

An observational cross-sectional study was carried out for 4 months in a university canteen where a lunch menu (three starters and three main courses are offered) is served daily, consisting of 5 items: starter, main course, dessert, bread, and beverage (Table 1). The starters on offer can be grouped into five options: salads, vegetables, pasta, rice and legumes; and three options are offered as main course: meat, eggs, convenience food or fish, accompanied by vegetables or fries, at the customer's choice. There is also the option of choosing two first or two seconds. Seasonal fresh fruit, yogurt or dairy desserts are served daily. Bread can be either white or wholegrain and the following beverages are offered: water, soft drinks, beer, or wine.

2.1. PROCEDURE

A total of 181 individuals between the ages of 18 and 35 participated randomly recruited all of them university students from the same faculty. To simplify the data analysis, age groups were classified as under or equal to 24 years and older or equal to 25 years. During the days of sample collection, the menu served was a winter menu, predominantly made up of baked dishes, stews and soups. The daily menu offered three starters, three second courses, four dessert options, two types of bread, and four beverage options. Each dish was classified by its main and majority ingredients (raw vegetables, cooked vegetables, rice, pasta, potato, legumes, meat, fish, eggs, convenience food and other

dishes). As for the dishes in which vegetables are the main ingredient, a differentiation was made between raw vegetables (all in the form of salads) and cooked vegetables (with all kinds of cooking techniques).

The participants chose their meals without the knowledge that their leftovers, nutritional composition, and choice of meals would be analyzed. For the analysis of food waste, only avoidable waste was studied, which is all the food that is still suitable for human consumption ending up being wasted, and inevitable waste (bones, shells, skins, viscera, etc) is not considered (HLPE, 2014). Food waste was measured by weighing the dish before and after a meal.

2.2. ETHICAL CONSIDERATIONS AND INFORMED CONSENT

This study was conducted according to the guidelines laid down in the Declaration of Helsinki, and all procedures involving human subjects/patients were approved by the Ethics Committee of the University of Valencia, Spain (Registration number: H20190401153513). Written informed consent was obtained from all subjects/patients. All participants were informed of the objectives of the study and the involvement of their participation and subsequently signed an informed consent form.

2.3. DATA COLLECTION

Each complete tray, with all the food items, was photographed (Samsung Galaxy Tab A 10.1 Wi-Fi SM-T580 32G 2016) before and after meals to record the type and content of each meal. The collection of personal data of each participant was self-reported, and sex, age, weight, height, and the university study in progress were registered. Weight and height were calculated according to the Body Mass Index.

In addition, information on starters, main courses, desserts, beverages, and bread was collected. A visual description of the characteristics of each dish was made, and the weight was noted in grams of each dish before and after the intake and weight of the empty dish, which allows calculating the size of the helping, actual intake, and total net waste. Weighing was done with a $5000 \pm 1\text{g}$ precision scale, Beurer living kitchen scale (Beurer GmbH, Ulm, Germany).

2.4. NUTRITIONAL COMPOSITION ANALYSIS AND PREFERENCES REGARDING THE CHOICE OF DISHES

For the calculation and analysis of the nutritional composition of each complete menu offered (first, second, dessert, beverage and bread), the PROGRAM DIAL®

3.10.2.0 was used (Ortega et al., 2019). The variables studied by this analysis are shown in Table 1. Data collected over 4 months (181 trays) were sorted into first course, second course, dessert, bread, and beverage. The main dishes were grouped by their main ingredient so that preferences in food groups could be determined, allowing the study of preferences.

Table 1: Variables studied and nutritional objectives for the Spanish population.

Macronutrients and fiber	Lipid profile	Vitamins	Minerals	Energy (kcal)
Proteins (12-15%)	SFA ≤ 7- 8 %	Vitamin D (5µg/day)	Calcium (1000mg/day)	W: 2400
Lipids (30-35%)	PUFA ≤ 5%	Folic acid (>400 µg/day)	Sodium (2000mg/day)	M: 3000
Carbohydrates (50-55%)	MUFA ≤ 20%			
Fiber (25 g/day)	C h o l e s t e r o l (<300mg/day)			

% Data in percentage is about energy intake. SFA, saturated fatty acids. PUFA, polyunsaturated fatty acids. MUFA, monounsaturated fatty acids. W, women. M, Men.

2.5. STATISTICAL ANALYSIS OF THE RESULTS

The data was analyzed with the SPSS® 26.0 statistical program (IBM, IBM Chicago, Illinois, USA) for Windows®. To investigate the choice of dishes, an analysis of categorical variables was performed, and to investigate the waste generated and nutritional assessment of the menu, an analysis of quantitative variables was conducted. The influence of two factors was studied: sex (male/female) and age (≤24 years and ≥25 years). Categorical variables are described using absolute and relative frequencies. Pearson's Chi-square test was performed to be able to analyze preferences regarding the choice of dishes according to the factors studied. For quantitative data, the mean and standard deviation were analyzed and to check for significant differences a variance analysis (ANOVA) was performed, depending on sex and age. In both cases, the $p < 0.05$ value was considered to assess statistical significance.

3. RESULTS

The description of the population studied in total was $n=181$, 107 women (age 24 ± 3 , BMI 22.5 ± 2.8 kg/m²) 74 men (age 22.5 ± 2.8 , BMI 23.6 ± 2.2 kg/m²).

The choice of courses according to sex and age is shown in Table 2. When comparing the choice of first and second courses by women and men, no statistically

significant differences were found between both sexes. The analysis of choice by age shows that men ≤ 24 years chose mainly vegetable-based dishes ($X^2(1)= 11.353, p= 0.001$) and convenience food ($X^2(1)= 3.929, p= 0.047$). However, hardly ever did they choose legumes, potatoes or eggs. In the case of women, the only significant differences in choice, depending on age, were observed in fish-based dishes ($X^2(1)= 4.622, p= 0.032$) in the ≤ 24 years old group. In 27% of the choices made, first courses were chosen as second, and 18.5% of second courses were chosen as first. It was also observed that when rice, pasta or legumes were chosen as a second course, a salad was usually the first course. The majority of choices in the men's group, regardless of age are rice and pasta and as a second course, meat. As for women, vegetables and pasta as a first course and meat and fish as second course.

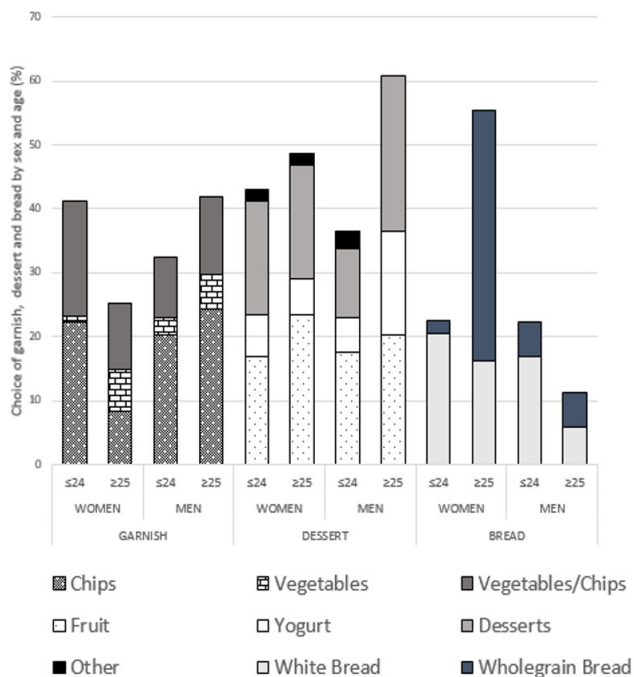
Table 2 Choices (%) of first and second courses by majority ingredient, gender, and age.

		Salad	Vegetables	Rice	Pasta	Legumes	Meat	Fish	Potato	Pre-Cooked	Other	Eggs	
W	1 st												
		≤ 24 (n=50)	7.5	9.3	9.3	15.9	0.9	1.9	-	-	-	0.9	-
		≥ 25 (n=57)	8.4	13.1	8.4	14.0	2.8	2.8	-	2.8	-	0.9	-
	2 nd	≤ 24 (n=50)	-	-	0.9	1.9	1.9	19.6	11.6*	-	6.5	1.9	1.9
	≥ 25 (n=57)	-	-	4.7	4.7	1.9	15.9	5.6	1.9	3.7	-	-	
M	1 st												
		≤ 24 (n=28)	5.4	10.8*	8.1	10.8	-	-	1.4	-	1.4	-	-
		≥ 25 (n=46)	8.1	1.4	17.6	21.6	8.1	2.7	-	2.7	-	-	-
	2 nd	≤ 24 (n=28)	-	-	1.4	2.7	-	14.9	6.8	-	6.8*	4.1	-
	≥ 25 (n=46)	-	-	4.1	1.4	1.4	23	10.8	-	8.1	1.4	1.4	

-: They are not chosen. For sex, course and age statistical significance ($p < 0.05$) is represented with an asterisk. Statistical differences are represented between age groups for each gender. Data is shown in percentage of the sample of each choice.

Figure 1 shows the results of the chosen garnish, dessert and bread by sex and age. As for the garnish, the results show that fries were the most popular option (61.3%).

Figure 1. Choice of garnish, dessert and bread by sex and age.



There were statistically significant differences between the two sexes for the age group of ≥ 25 years ($X^2(1) = 5.719, p = 0.017$). In the choice of dessert, yogurt and the others were the minority option (15.5%), compared to fruit (41.4%) and dairy desserts (39.2%), with women choosing more fruit, and men choosing yogurt more often. No significant differences were found in the choice of bread. However, women ≥ 25 years old tend to choose mainly wholegrain, while men usually choose white bread. The student's beverage of choice is water (80.7%).

The results of the nutritional assessment (Table 3) are compared according to the nutritional objectives for the Spanish population (Aranceta-Bartrina et al., 2019) shown in Table 1. In a variance analysis, statistically significant differences in energy ($F = 4.299, p = 0.015$) and carbohydrate ($F = 5.116, p = 0.007$) intake are observed, with men having higher values.

In the same row, statistical significance ($p < 0.05$) is represented with an asterisk. Data is shown in the reached percentage of the specific nutritional objective. Energy and fiber have been calculated based on the specific recommendations for men and women. SFA, saturated fatty acids. PUFA, polyunsaturated fatty acids. MUFA, monounsaturated fatty acids.

Table 3 Average, standard deviation, and percentage about the specific nutritional objective of energy, macronutrient, fiber, and micronutrients for lunch according to gender.

	Women	%	Men	%	Average
Energy (kcal)	1011 ± 371*	42.2	1157 ± 362*	38.5	1067 ± 375
Proteins (g)	40.9 ± 15,6	16.5	45.0 ± 13.8	16.0	42.5 ± 15.1
Carbohydrates (g)	89.5 ± 40,0*	36.1	106.9 ± 36.3*	38.0	96.3 ± 39.4
Fiber (g)	9.6 ± 5.1	38.4	10.4 ± 5.2	41.6	9.8 ± 5.1
Lipids (g)	52.3 ± 23.3	47.3	57.4 ± 25.2	46.0	54.2 ± 24.2
SFA (g)	13.6 ± 6.5	12.1	15.3 ± 7.1	11.9	14.2 ± 6.8
PUFA (g)	10.2 ± 6.5	9.1	10.3 ± 5.9	8.01	10.2 ± 6.2
MUFA (g)	24.3 ± 13.0	21.5	27.3 ± 14.3	21.2	25.5 ± 13.5
Cholesterol (mg)	189 ± 132	63.0	173 ± 89	57.7	182 ± 116
Folic Acid (µg)	131 ± 90	32.7	136 ± 85	34.0	132 ± 87
Vitamin D (µg)	1.54 ± 2.69	30.8	1.24 ± 2.35	24.8	1.42 ± 2.54
Calcium (mg)	317 ± 189	31.7	378 ± 225	37.7	341 ± 205
Sodium (mg)	1919 ± 3625	96.0	2056 ± 3882	125.3	1979 ± 3704

In the same row, statistical significance ($p < 0.05$) is represented with an asterisk. Data is shown in the reached percentage of the specific nutritional objective. Energy and fiber have been calculated based on the specific recommendations for men and women. SFA, saturated fatty acids. PUFA, polyunsaturated fatty acids. MUFA, monounsaturated fatty acids.

Table 4 shows food waste generated by sex and age. The amount of waste generated by women is larger than that generated by men (90.8 ± 145.1 and 46.0 ± 102.4 g/person/menu, respectively) without significant differences. Considering the average values of the serving sizes for the first (273.6 ± 61.1 g) and the second course (248.9 ± 72.9 g), the waste generated was 7.9% and 13.3%, respectively. It is in the group of women ≤ 24 years old and for the second course where the greatest amount of waste was found, with 22.0% of the dish served. It is important to emphasize in the case of bread that waste was 16.7% for an average serving portion of 62.4 ± 15.0 g.

Table 4 Quantity of avoidable waste by course (g/person/dish) and total (g/person/meal) according to age and gender groups.

		First Course	Second course	Dessert	Beverage	Bread	Total
W	≤ 24	27.7 ± 36.7	55.3 ± 68.1*	7.1 ± 22.4	0.9 ± 5.8	14.2 ± 27.0	105.2 ± 160.0*
	≥ 25	28.7 ± 34.8	31.6 ± 43.3	6.2 ± 18.4	2.3 ± 16.8	7.5 ± 17.2	76.3 ± 130.1
M	≤ 24	14.4 ± 31.2	24.1 ± 46.7	8.1 ± 27.8	0.0 ± 0.0	5.4 ± 5.4	50.0 ± 111.1
	≥ 25	10.2 ± 20.7	13.1 ± 24.5	4.2 ± 18.2	1.7 ± 11.2	12.8 ± 19.1	42.0 ± 93.7
Total		21.5 ± 32.6	33.2 ± 52.2	6.3 ± 21.1	1.4 ± 11.5	10.4 ± 20.5	68.4 ± 123.7

Total= sum of starter, main course, dessert, beverage and bread waste. Statistically significant differences ($p < 0.05$) are represented with an asterisk. W: woman, M: man.

4. DISCUSSION

The overall results show that there are virtually no differences between age groups: the choice of dishes is very similar, perhaps because of the gastronomic culture of the area or the general preferences of the students. In general, the Mediterranean diet is followed (Antonopoulou et al., 2020, Serra-Majem et al., 2019), with dishes in which vegetables predominate, rice is typically served as paella, and white meat and fish. Nutritional assessment indicates that the average caloric choice is 1067 kcal, being 145 kcal higher in men than in women, taking into account that the total daily energy corresponds to 3000 kcal and 2400 kcal, respectively, the values of the lunch intake would be within the recommended daily quantities (Aranceta-Bartrina et al., 2019) representing 42% in women and 38% in men of daily energy requirements, but would be higher than the recommended percentage the midday intake (30-40%) in women (Carbajal, 2018). However, this value would be lower than in other similar studies conducted, Cutillas et al. (2013) calculated 2075 kcal for the midday intake on a sample of 223 students, Fernandez-Torres et al. studied the percentage on recommended dietary allowance, reaching much higher results than this study, energy accounted for 88.3% and 110.9% of requirements in men and women, respectively, for the entire day, lipids 83.4% in men and 107.8% in women. The values for the lunch menu of this study could indicate that at the end of the day there could be an excessive consumption of energy, proteins and lipids, especially SFA, MFA and cholesterol, as evidenced by studies where lipid and protein values are above those recommended, finding 18% of SFA (Teresa & Escudero, 2010). In another study, the energy provided by lipids was $37.1 \pm 7.0\%$ of total energy ⁽⁶⁾, while other authors observed that 92,8% of total energy intake in lunch comes from lipids (Torres et al., 2015). As for macronutrients, the energy values provided by proteins would be 15% in both women and men, which would constitute 16.5% and 16%, respectively, of the total proteins needed during the entire day. The resulting lipids account for more than half of what is needed per day, with SFA and PFA being the highest, this could come from the use of sunflower oil in canteen cooking. In terms of carbohydrate consumption, the amount is lower than what is recommended per day for both men and women, and dietary fiber shows similar values compared to the study carried out by Baltasar Ruiz-Roso (Ruiz-Roso & Pérez-Olleros, 2010) on the fiber consumed in Spain, with data of 7.42 ± 0.1 g/1000kcal. Other similar studies present carbohydrate data indicating a deficit of this macronutrient; for example, Cutillas et al., (2013) obtained carbohydrate values of $45.7 \pm 6.9\%$, and Iglesias and Escudero (2010) of $42.6 \pm 25.3\%$, but with values closer to the recommendation of 50% of energy. In terms of minerals, sodium levels present in food cover the daily

requirements with a single intake, with 125% in men and 96% in women (Cutillas et al., 2013, Torres et al., 2015). These values are much higher than in a similar study, where sodium values of 671.4 ± 374.5 mg were found per main course, which would correspond to 13.4% over the total (Barbosa et al., 2018). Calcium values for the population studied are deficient; however, breakfast is the daily meal in which the largest amount of calcium is consumed through milk consumption (Aranceta-Bartrina et al., 2019). When it comes to vitamin use, vitamin D is one of the world's most deficient micronutrients (Navarro & Quesada, 2014). However, as can be seen from the results obtained, this vitamin level is low, but considering it is just one meal it can be compensated for by other meals during the day. Folic acid, an essential nutrient for women of childbearing potential (Koga et al., 2020) is deficit in this study and lower in women than in men as in the other study conducted in Costa Rica, where women had a low consumption of folic acid and Vitamin D (Hernández-Elizondo et al., 2019).

The average avoidable food waste in this faculty throughout the study sample (68.4 ± 123.7 g/person/menu) was similar to the one obtained in Beijing, where 73.7 g/person/menu was obtained (Wu et al., 2019). However, this result is lower than that found in the study conducted at the University of Porto (Ferreira et al., 2013) showing a quantity of waste of 200g/person/meal and the University of Khalifa (Qatar) (Hernández-Elizondo et al., 2019) where all the dishes consumed on the menu were valued and generated a total waste of 211.1 kg/day, having calculated 3000 meals, would give a value of 228.2g/person/menu. This fact could be due to the range of dishes on the menu. Moreover, at Rhodes University (Visschers et al., 2020), a study was conducted with 7000 students over 21 days where data of 82.0g/person/menu were obtained, and a study made in Switzerland (Buzby & Guthrie, 2002) shows that after an educational intervention, between 80.0% and 87.0% of diners did not waste food.

The waste of dessert and beverage is negligible; dessert waste was mainly insignificant, and in the case of beverages, it should be considered that water is served in bottled individual plastic containers so that the user can take it away if he/she has some left after the meal.

A visual observation over 10 days showed that most users of the university dining hall left 1/3 of their food on the plate, including packaged bread, i.e., bread waste was quantified as 3.85g/person (Pinto et al., 2018). Compared with this study's results, bread is wasted at a rate of 16.7% for an average serving of 62.4 ± 15.0 g. Another similar study shows that women have a larger amount of waste than men, with 15.5% and 11.5% respectively, as in this work, where women's bread waste was 17.4%, and men's was 14.6% (Morata et al., 2020).

5. CONCLUSIONS

Men under the age of 24 preferably choose vegetables as their first course, compared to those over 25 who opt for salads, dishes belonging to the group of carbohydrates, and legumes. On the other hand, in women there are no statistically significant differences in the choices between the first and second menu items; however, women under the age of 24 mostly opt for white bread, while those over 25 for wholegrain bread. By comparison, men \leq 24 choose more wholegrain bread and more sugary soft drinks. The nutritional composition of the meals chosen is normocaloric, hyperlipidic, normoproteic, and low in carbohydrates; however, calcium and sodium values satisfy the needs. Nevertheless, the amounts of vitamins (B9 and D) are deficient.

In general, women waste twice as much food as men, regardless of age, with the size of portions for both sexes being the same. On the other hand, this study shows that the choice of food is mostly conditioned by the age of individuals and not by sex. In addition, food waste is higher in women than in men, a situation that should be addressed by, for example, offering different-sized portions.

With all these findings, future studies should investigate whether educational intervention in university students and cafeteria staff, as well as offering smaller portions, could raise awareness of the problem of avoidable food waste and lead to a reduction thereof.

REFERENCES

- Al-Shehri, H. M., Al-Qahtani, A. M., Shaikh, I. A., et al. (2017). Assessment of lifestyle and eating habits among undergraduate students in Najran University, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(3), 1–6.
- Antonopoulou, M., Mantzourou, M., Serdari, A., et al. (2020). Evaluating Mediterranean diet adherence in university students. *International Journal of Health Planning and Management*, 35(1), 5–21. <https://doi.org/10.1002/hpm.2908>
- Aranceta-Bartrina, J., Partearroyo, T., López-Sobaler, A. M., et al. (2019). Updating the food-based dietary guidelines for the Spanish population: The SENC proposal. *Nutrients*, 11(11), 2675. <https://doi.org/10.3390/nu11112675>
- Arts, J., Fernandez, M. L., & Lofgren, I. E. (2014). Coronary heart disease risk factors in college students. *Advances in Nutrition*, 5(2), 177–187. <https://doi.org/10.3945/an.113.005447>
- Barbosa, M. I., Fernandes, A., Gonçalves, C., et al. (2018). Sodium and potassium content of meals served in university canteens. *Portuguese Journal of Public Health*, 35, 172–178. <https://doi.org/10.1159/000488355>
- Buzby, J. C., & Guthrie, J. F. (2002). *Plate waste in school nutrition programs*. USDA. <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=44613>

- Carbajal, Á. (2018). *Manual de nutrición y dietética*. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/22755>
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., et al. (2013). Food habits and nutritional assessment in a university population.
- Cutillas, A. B., Herrero, E., de Andrés, A., et al. (2013). Prevalence of underweight, overweight and obesity, energy intake and dietary caloric profile in university students from the Region of Murcia (Spain). *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 683–689. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6441>
- Ferreira, M., Martins, M. L., & Rocha, A. (2013). Food waste as an index of foodservice quality. *British Food Journal*, 115(11), 1628–1637. <https://doi.org/10.1108/BFJ-08-2011-0206>
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among U.S. adults, 1999–2010. *JAMA*, 307(5), 491–497. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.39>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2024). *Platform on food loss and waste*. <https://www.fao.org/platform-food-loss-waste>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2025). *Sustainable Development Goal 12: Ensure sustainable consumption and production patterns*. <https://www.fao.org/sustainable-development-goals/goals/goal-12>
- González-Santana, R. A., Blesa, J., Frígola, A., et al. (2020). Dimensions of household food waste focused on family and consumers. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 62(9), 2342–2354. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1740644>
- Hernández-Elizondo, J., Solera-Herrera, A., Carpio-Rivera, E., et al. (2019). Nutritional assessment and phytoestrogen exposure in university students. *Nutrición Hospitalaria*, 36(3), 647–657. <https://doi.org/10.20960/nh.02654>
- High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. (2014). *Food losses and waste in the context of sustainable food systems*. FAO. <https://www.fao.org/3/i3901e/i3901e.pdf>
- Hoejrup, J., & Merciai, S. (2014). *Life cycle assessment of global food consumption*. <https://lca-net.com/files/LCAfood2014-LCAofGlobalFoodConsumption.pdf>
- Huysman, S., Schaubroeck, T., Goralczyk, M., et al. (2016). Quantifying the environmental impacts of a European citizen through a macro-economic approach. *Journal of Cleaner Production*, 124, 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.03.060>
- Jerez, C., Lucía, M., Gamboa-Delgado, J., et al. (2018). Satisfaction of university students against an institutional food service and its associated factors. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 38(3), 93–103.
- Koga, F., Kitagami, S., Izumi, A., et al. (2020). Relationship between nutrition and reproduction. *Reproductive Medicine and Biology*, 19(3), 254–264. <https://doi.org/10.1002/rmb2.12316>
- Martínez-Riera, J. R., Gallardo, C., Aguiló, A., et al. (2018). The university as a community: Health-promoting universities. *Gaceta Sanitaria*, 32, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.004>
- Morata, M. P., González-Santana, R. A., Blesa, J., et al. (2020). Habits and food waste in university students. *Nutrición Hospitalaria*, 37(2), 349–358. <https://doi.org/10.20960/nh.02745>

- Navarro, C., & Quesada, J. M. (2014). Vitamin D deficiency in Spain: Reality or myth? *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(1), 5–10.
- Ortega, R. M., López-Sobaler, A. M., Andrés, P., et al. (2019). *DIAL software for assessing diets and food calculations (Version 3.10.2.0)*. Universidad Complutense de Madrid & Alce Ingeniería. <http://www.alceingenieria.net/nutricion/descarga.htm>
- Pinto, R. S., Pinto, R. M., Melo, F. F. S., et al. (2018). Awareness campaign to reduce food waste in a university canteen. *Waste Management*, 76, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2018.02.030>
- Ruiz-Roso, B., & Pérez-Olleros, L. (2010). Dietary fibre intake in Spain and associated health benefits. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 16(3), 147–153.
- Serra-Majem, L., Román-Viñas, B., Sánchez-Villegas, A., et al. (2019). Benefits of the Mediterranean diet: Epidemiological and molecular aspects. *Molecular Aspects of Medicine*, 67, 1–55. <https://doi.org/10.1016/j.mam.2019.02.001>
- Teresa, I. M., & Escudero, E. (2010). Nutritional assessment in nursing students. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 30(3), 21–26.
- Thi, N. B. D., Kumar, G., & Lin, C. Y. (2015). An overview of food waste management in developing countries: Current status and future perspective. *Journal of Environmental Management*, 157, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.jenman.2015.03.008>
- Torres, Á. F., Moreno-Rojas, R., & Martos, F. C. (2015). Nutritional content of foods offered and consumed in a Spanish university canteen. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1302–1308. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8348>
- Visschers, V. H. M., Gundlach, D., & Beretta, C. (2020). Smaller servings vs. information provision: Interventions to reduce plate waste. *Waste Management*, 103, 323–333. <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2019.12.027>
- World Health Organization. (2025). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wu, Y., Tian, X., Li, X., et al. (2019). Characteristics, influencing factors, and environmental effects of plate waste at university canteens in Beijing. *Resources, Conservation and Recycling*, 149, 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2019.05.008>
- Yılmaz, T., Dalbudak, I., & Yiğit, Ş. (2020). Relationship between life satisfaction and nutrition of students at the faculty of sports and health sciences. *Progress in Nutrition*, 22(2), 645–659. <https://doi.org/10.23751/pn.v22i2.8613>

CAPÍTULO 5

PERCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CENTRO DE SALUD TIPO C “EL PARAÍSO”

Data de submissão: 04/02/2026

Data de aceite: 24/02/2026

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Universidad Técnica de Machala
Machala- El Oro- Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-3616-7633>

Ryan Isak Macas Tapia

Ministerio de Salud Pública
Machala- El Oro- Ecuador

<https://orcid.org/0009-0003-6402-5821>

Máxima del Rocio Campoverde Ponce

Universidad Técnica de Machala
Machala- El Oro- Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-7989-0023>

Daniela Yolanda Torres Celi

Universidad Técnica de Machala
Machala- El Oro- Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-3838-2131>

Ariana Belén Ajila Sarango

Ministerio de Salud Pública
Machala- El Oro- Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-0006-1439>

RESUMEN: La presente investigación tiene como objetivo evaluar la percepción de la calidad de atención en los servicios ofertados

en el Centro de Salud Tipo C “El Paraíso”, que permita mejorar el nivel de satisfacción. Se centra en indicadores de calidad en la atención en salud en respuesta al usuario. Se aplicó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo, donde se emplea una encuesta validada en relación al Modelo de evaluación de la calidad de Donabedian, la población de estudio conformada por los usuarios de la unidad médica. La muestra es no probabilística, por conveniencia. Los resultados evidencian que la dimensión de estructura representa el 93,34% de satisfacción, de procesos con 92,89% y de resultados un 93,14%, siendo este último un indicador positivo ante los usuarios. En conclusión, la evaluación de la calidad mediante el modelo de Donabedian, implica un análisis exhaustivo de diversos aspectos como: satisfacción del paciente, el seguimiento de indicadores clínicos clave y la accesibilidad, de tal manera que integrando estos enfoques se obtiene una visión completa que facilita la identificación de áreas de mejora y la implementación de acciones correctivas para optimizar la calidad de atención en salud.

PALABRAS CLAVE: evaluar; percepción; calidad; donabedian; atención.

PERCEPTION OF HEALTHCARE SERVICES AT THE TYPE C HEALTH CENTER “EL PARAÍSO”

ABSTRACT: This research aims to assess the perception of the quality of care in the

services provided at the Type C Health Center “El Paraíso,” with the goal of enhancing user satisfaction. It focuses on quality indicators in healthcare as perceived by users. A descriptive quantitative methodology was employed, utilizing a validated survey based on Donabedian’s quality assessment model. The study population consists of users of the medical unit, with a non-probabilistic, convenience sample. Results show that the structural dimension accounts for 93,34% satisfaction, processes for 92,89%, and outcomes for 93,14%, with the latter being a positive indicator for users. In conclusion, evaluating quality using Donabedian’s model involves a thorough analysis of various aspects such as patient satisfaction, the monitoring of key clinical indicators, and accessibility. By integrating these approaches, a comprehensive view is obtained that aids in identifying areas for improvement and implementing corrective actions to optimize healthcare quality.

KEYWORDS: evaluate; perception; quality; donabedian; care.

1. INTRODUCCION

La calidad es sobresalir en estándares o expectativas de un objetivo o actividad, se basa en la ausencia de defectos y el incumplimiento de las normas prescritas, esto se refiere a la atención sanitaria segura, eficaz y centrada en el paciente que es fundamental para garantizar resultados positivos para los pacientes y mejorar la experiencia general de atención médica (González, 2019).

La percepción es el proceso mediante el cual interpretamos y organizamos la información sensorial que recibimos a través de nuestros sentidos para formar representaciones conscientes y significativas ante cualquier aspecto. Las características físicas y el funcionamiento de un servicio están fuertemente relacionados con los elementos que determinan su calidad, relacionados con la percepción que tiene el usuario (Preciado et al., 2023). Según mencionan Rojas & Gil (2020) la satisfacción del usuario es un juicio de valor que atribuye al resultado de un producto en interacción con el servicio prestado.

La Organización Mundial de Salud (OMS, 1948), señala que “La salud implica un estado de bienestar integral, abarcando lo físico, lo mental y lo social, más allá de simplemente la ausencia de enfermedades o dolencias”. Tal definición en la actualidad tiende a ser una de las conceptualizaciones más importantes de cada país, siendo así que Sistema Nacional de Salud (SNS) requiere cubrir la demanda de atención de la población (Delgado et al. 2021).

Una atención optimizada puede tener un impacto significativo en la satisfacción del usuario y ayudar a garantizar una experiencia más positiva y satisfactoria en las instituciones de salud. Este aspecto no sólo analiza la efectividad clínica de las intervenciones de enfermería, sino también cómo estas intervenciones influyen en la percepción general de los usuarios sobre la APS, promoviendo así una atención integral

y centrada en el paciente, relacionados con la calidad y la satisfacción del paciente (Lukosius et al., 2019).

La calidad de un servicio se relaciona con la satisfacción del usuario según sus requerimientos, se hace necesario evaluar la información, medir la percepción y expectativas de la calidad del servicio brindado (León et al., 2022). La evaluación de la satisfacción va a depender de la presentación de los servicios en correlación entre el servicio brindado y la respuesta satisfactoria del usuario ante sus necesidades presentadas, mientras que la calidad de la atención se relaciona entre el resultado y las expectativas de la calidad del servicio de las instituciones (Suárez et al., 2019). Según la teoría de la calidad de Adonis Donabedian se basó en 3 enfoques primordiales: La estructura se refiere a los recursos disponibles, el proceso a las actividades del personal de salud y el resultado a los efectos o beneficios para el paciente (Villa et al., 2023).

Ecuador tiene registrados 3 847 instituciones de salud, el 80% de estas pertenecen al sector público. En el Ministerio de Salud Pública (MSP) forman parte el 47% de las unidades y el 24% en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Sin embargo, el país tiene una cantidad insuficiente de profesionales calificados en APS, a esto se suma que en general los profesionales de la medicina suelen enfocarse en áreas urbanas de mayor tamaño generando importantes problemas de distribución dejando a uno de cada cuatro ecuatorianos sin acceso a ningún servicio de salud (Haro et al., 2019).

En este mismo sentido, el MSP se conforma de un sistema de tres niveles de atención de salud, los mismo que a su vez estas infraestructuras cuentan con recursos humanos con la finalidad de garantizar la atención de salud de los habitantes, siendo un derecho que garantiza el estado (Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador). De tal manera, el primer nivel de atención es APS, el cual se enfoca en atender alrededor del 80% de las necesidades de la población, este cumple como filtro para facilitar y coordinar la calidad de atención en el SNS, mientras que el 20% restante de las atenciones son referidos a otros niveles de atención debido a gravedad o complejidad (Andrade et al. 2023).

Es así como en Ecuador, el MSP, con la finalidad de conocer las expectativas frente a la satisfacción en los diversos centros de salud realizó un estudio en el cual se pudo analizar y evaluar la percepción sobre la calidad de los servicios brindados en el primer semestre del 2023. Mediante el análisis de los resultados se obtuvo que el nivel de satisfacción de manera general de los servicios administrativos y asistenciales corresponde a un 87%, mientras que con un 89% en la atención en el servicio público. En indicadores al tiempo de espera de la atención, se evidenció un 88% de satisfacción, y

un 89% en la provisión de información de los servicios que ofrecen los centros de salud. Por consiguiente, en la satisfacción a consultas y sugerencias; y el apoyo a la lactancia materna fue del 91% (Ministerio de Salud Pública, 2023).

El estudio en el Hospital de Seguridad Social “Vasco de Quiroga” del ISSSTE en Morelia, México, buscó correlacionar la percepción de calidad de atención de enfermería por parte de pacientes hospitalizados y la satisfacción del personal de enfermería. Utilizando el instrumento SERVQHOS-E de Barragán & Manrique, se encuestaron 90 enfermeras y 70 pacientes. Los resultados revelaron que el 40% de los pacientes estaban satisfechos con el desempeño práctico de las enfermeras, mientras que el 32% de las enfermeras percibían un ambiente laboral tenso. A pesar de ello, el 71% de las enfermeras expresaron satisfacción con su trabajo. Aunque la mayoría de los usuarios se mostraron satisfechos con la infraestructura, la información, los equipos y la atención recibida, es destacable que el 30% de las enfermeras señalan que el estrés laboral afecta su capacidad para brindar una atención de calidad (Marín et al., 2019).

En el estudio realizado por Parreño et. al, en el 2022 en la Ciudad de Chimborazo (Ecuador), con el objetivo de evaluar y analizar la experiencia tanto de los usuarios como de los profesionales de los servicios de salud en una población de 427 usuarios y 113 profesionales de salud en el primer nivel de atención, se obtuvo como resultado que existía una satisfacción en una escala media y baja (media de 3,25) de los usuarios, y una menor satisfacción (2,90) ante los medios educativos e informativos tales como folletos y trípticos; teniendo en cuenta que la promoción de salud es uno de los ejes fundamentales en este nivel de atención. Por otra parte, la confianza (2,60) y empatía (2,60) de los servidores de salud se obtuvo una escala relativamente baja. Tales resultados, enuncian que el nivel de satisfacción de los pacientes y prestadores de salud es bajo, lo cual influye negativamente en la prestación de servicios de calidad.

Ante lo expuesto, el presente proyecto realiza una revisión teórica del modelo de Donabedian, el mismo que tiene como objetivo evaluar la calidad de la atención de salud, desde tres enfoques fundamentales tales como: La estructura (personal, equipos, recursos, instalaciones, normas, reglamentos, y sistemas de información); el proceso (acciones, precisión, oportunidad, comunicación, aplicación del procedimiento); y los resultados (cumplimiento de indicadores, gastos, acreditación institucional, mejora de la salud, conocimiento del paciente, satisfacción del usuario). Así mismo, Donabedian aportó con los pilares de la calidad: efectividad, eficacia, eficiencia, optimización, aceptabilidad, accesibilidad, equidad, y legitimidad (Santiago et al., 2020).

La gestión de la calidad en la atención sanitaria implica un enfoque holístico, desde el cumplimiento de normas y reglas hasta la participación activa del paciente y

la mejora continua de los procesos y resultados (Arosemena, 2022; Febré et al., 2019). La evaluación periódica de los procesos y resultados del tratamiento de los pacientes conllevan a implementar sistemas para recopilar datos, analizar resultados y utilizar esta información para mejorar continuamente los servicios de atención médica (Escobar & Cid, 2019). La participación de los pacientes en su atención destaca cuando se tiene en cuenta sus opiniones y experiencias. Esto no sólo mejora la satisfacción del paciente, sino que también proporciona información valiosa para mejorar el servicio (Portela et al., 2022).

La calidad de atención de los servicios de salud parte de dos condiciones específicas: la eficiencia y la eficacia, es decir, a menor uso de recursos mayor producción, siendo así que, a menor espera para las consultas médicas habrá mejores resultados tanto en la satisfacción del paciente y mayor atención de los mismo. Sin embargo, se debe mencionar que el SNS se caracteriza por la carencia de calidad de atención, donde según estudios antes mencionados la satisfacción del usuario desciende debido a factores como: agendación de citas, tiempo de espera en exceso, ausencia de los profesionales de la salud, entre otras. Teniendo en cuenta que tanto la atención de calidad y la salud son un derecho que el Estado garantiza para cada ciudadano, en la actualidad se vive en un estado de caos y falta de inversión en salud (Ibarra, 2019; García & González, 2022).

El modelo de Donabedian busca garantizar que los servicios de salud y la atención médica cumplan con los estándares mínimos de efectividad, seguridad, satisfacción y otros aspectos relevantes para los pacientes y la sociedad. Se basa en la idea de que la calidad de la atención médica depende tanto de la estructura como del proceso y los resultados del servicio (Salamanca et al., 2022). Para aplicar el modelo de Donabedian, se deben definir los estándares mínimos que deben cumplir las condiciones estructurales del servicio, como el equipamiento, el personal, la infraestructura, etc. (Corpas, 2019).

López et al., en un estudio realizado en el 2022 con el fin de comparar la percepción de la calidad funcional del paciente con las metodologías Donabedian y SERVPERF, indica que el 25% de los resultados de la calidad pertenecen a estructura; 75% a procesos y la sumatoria de ambos a resultados. Por lo cual, en base al estudio obtuvo que, la evaluación de la calidad general se determina en: Estructura con 22,50% excelente; 56,75% satisfactorio; y 20,75% deficiente; Procesos con 61, 00% excelente; 34,25% satisfactorio, y 4,75% deficiente; por último, es Resultados con 71, 75% excelente; 26,75% satisfactorio, y 1,50% deficiente.

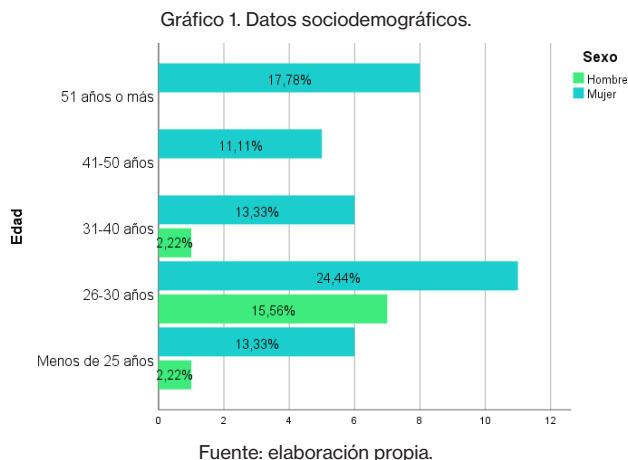
En un estudio realizado por Santiago et al. (2020) se evaluó la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor mediante el modelo de Donabedian, los resultados permitieron conocer que la mayoría de las unidades hospitalarias cumplían

con los estándares e indicadores establecidos para cada dimensión (Estructura el 90,14%; Procesos con 92,97%, y Resultados el 93,05%), lo que resalta la relevancia del manejo de una atención para la calidad del cuidado, considerando su impacto en la práctica del profesional, la calidad de vida del paciente y la unidad de salud.

2. METODOLOGÍA

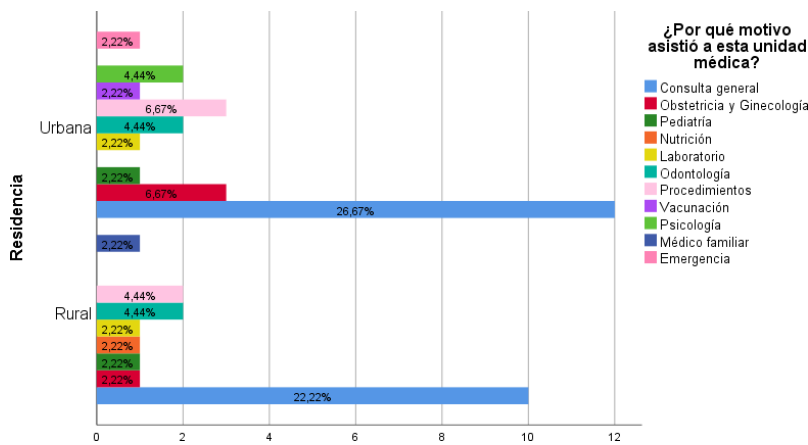
La presente investigación es de tipo cuantitativo de carácter descriptivo, no experimental, desarrollado durante el periodo de noviembre a enero de 2023, en El Oro, cantón Machala. La población de estudio fueron los usuarios del Centro de Salud Tipo C “El Paraíso”. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. El instrumento utilizado es la encuesta SERVQUAL, basada en el modelo de Donabedian, adaptada a la investigación, el mismo que tuvo como principio ético el consentimiento y así permitió evaluar la percepción de la calidad de los servicios sanitarios ofertados en la unidad médica. Para el tratamiento de la información se diseñó una base de datos según las variables de la encuesta en el programa IBM-SPSS y Excel.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN



En el gráfico 1 se evidencia alta demanda de los servicios ofertados por las mujeres (80%); y en menor porcentaje de hombres (20%); referente a la edad corresponde entre 25 a 45 años.

Gráfico 2. Residência e motivo de consulta.



Fuente: elaboração propia.

En el presente gráfico se evidencia las áreas de atención y su demanda, según el área de atención y zona de residencia: En la zona rural se constata que los usuarios acceden más a consulta general (22,22%); procedimientos (4,44%); odontología (4,44%); obstetricia y ginecología (2,22%); pediatría (2,22%); y nutrición (2,22%). Los datos que se evidencian en la zona urbana, (26,7%) consulta general; obstetricia y ginecología (6,67%); pediatría (2,22%); odontología (4,44%); psicología (4,44%); emergencia (2,22%); procedimientos (6,67%); vacunación (2,22%); médico familiar (2,22%); y laboratorio (2,22%). Se puede determinar que el servicio de la consulta general es el de mayor demanda tanto de las zonas urbana y rural que acuden en busca de atención a esta unidad operativa.

Tabla 1. Dimensión de estructura.

Dimensión: Estructura	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
Limpieza de sala de espera	0,0%	6,7%	20,0%	35,6%
Limpieza de baños	4,4%	2,2%	28,9%	26,7%
Limpieza de consultorio/laboratorio/ vacunación	0,0%	0,0%	33,3%	28,9%
Estado de los exteriores de la unidad médica	2,2%	2,2%	24,4%	33,3%
Señalización y carteles para orientarse en la unidad médica	0,0%	0,0%	28,9%	33,3%
Condiciones de mobiliario del consultorio/ laboratorio	0,0%	0,0%	31,1%	31,1%

Fuente: elaboración propia.

La percepción de la atención en el Centro de Salud Tipo C “El Paraíso” es en general positiva en cuanto a la estructura. La limpieza de la sala de espera y los consultorios es valorada mayoritariamente como “buena” o “muy buena” (56,7% y 62,2%, respectivamente), y la señalización también recibe una calificación alta (62,2%). Sin embargo, la limpieza de los baños, aunque en general positiva, presenta un pequeño porcentaje de usuarios que la consideran “mala” o “regular” (6,6%), sugiriendo un área específica para mejorar. El estado de los exteriores y las condiciones del mobiliario también son percibidos positivamente, con altas proporciones en las categorías de “bueno” y “muy bueno” (57,7% y 62,2%, respectivamente), indicando que, en términos generales, la infraestructura del centro está bien valorada por los usuarios.

Tabla 2. Dimensión de procesos

Dimensión: Resultados	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
Personal de servicio de apoyo (Vacunación y Laboratorio)	2,2%	6,7%	55,6%	35,6%
Personal Administrativo (Admisiones e Información)	2,2%	6,7%	55,6%	35,6%
Personal Médico	0,0%	6,7%	44,4%	48,9%
Personal Enfermería	0,0%	2,2%	53,3%	44,4%
Personal de Farmacia	0,0%	8,9%	62,2%	28,9%

Fuente: elaboración propia.

En la dimensión de resultados, la percepción sobre el personal es predominantemente positiva. El personal de servicio de apoyo y administrativo son evaluados en su mayoría como “bueno” o “muy bueno” (91,2% en ambos casos), destacándose por su desempeño general. El personal médico y de enfermería también reciben calificaciones altas, con un 93,3% considerando su desempeño como “bueno” o “muy bueno” para el personal médico, y un 97,7% para el personal de enfermería. Sin embargo, el personal de farmacia muestra una percepción algo más variada, con un 91,1% en las categorías de “bueno” o “muy bueno”, pero con una mayor proporción (8,9%) que considera su desempeño como “regular”. En resumen, el personal del centro es mayoritariamente bien valorado, aunque se identifican áreas menores de mejora, especialmente en la farmacia.

Tabla 3. Dimensión de resultados.

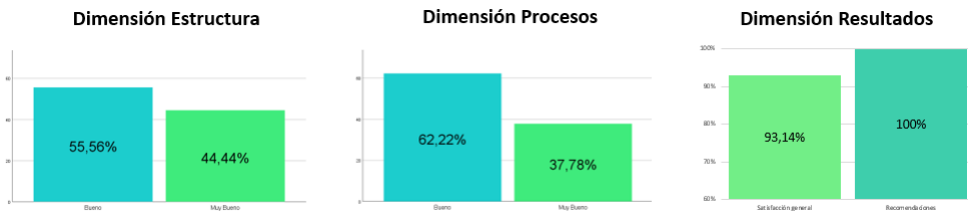
Dimensión: Resultados	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
Personal de servicio de apoyo (Vacunación y Laboratorio)	2,2%	6,7%	55,6%	35,6%
Personal Administrativo (Admisiones e Información)	2,2%	6,7%	55,6%	35,6%

Personal Médico	0,0%	6,7%	44,4%	48,9%
Personal Enfermería	0,0%	2,2%	53,3%	44,4%
Personal de Farmacia	0,0%	8,9%	62,2%	28,9%

Fuente: elaboración propia.

En la dimensión de resultados (satisfacción del usuario), el personal del Centro de Salud Tipo C “El Paraíso” es en general bien valorado. Tanto el personal de servicio de apoyo como el administrativo reciben calificaciones predominantemente positivas, con un 91,2% considerando su desempeño como “bueno” o “muy bueno”. El personal médico también es altamente valorado, con un 93,3% de los usuarios calificándolo en estas categorías. El personal de enfermería sigue una tendencia similar, con un 97,7% en “bueno” o “muy bueno”. No obstante, el personal de farmacia tiene una mayor proporción de evaluaciones “regulares” (8,9%), aunque sigue siendo predominantemente positivo con un 91,1% en “bueno” o “muy bueno”. En resumen, mientras que la mayoría de los aspectos del personal son altamente satisfactorios, se podría considerar un enfoque en mejorar las percepciones del servicio en la farmacia.

Gráfico 3. Resultados generales de la investigación.



Fuente: elaboración propia.

La gestión de la calidad requiere de un proceso que permita determinar y garantizar un desempeño de las actividades bajo los estándares de calidad. De acuerdo con el modelo de calidad de atención de Donabedian, se deben establecer estándares mínimos que cumplan enfoques en los servicios, el personal, equipamiento e infraestructura en relación con la satisfacción del usuario. Como parte del proceso del estudio de la calidad en el sistema de salud, el autor atribuye tres dimensiones de interacción: Estructura, Proceso, y Resultados. Los resultados de la investigación, muestran que los estándares se encuentran por encima de la media según la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios brindados.

La dimensión de estructura (personal, equipos, recursos, instalaciones, normas, reglamentos, y sistemas de información) fue del 93,34%, en comparación al estudio de López et al. (2022), el 22,50% consideran excelente y un 56,75% satisfactorio, teniendo

una satisfacción general del 79,25% por encima de la media. Así mismo, Santiago et al. (2020), refieren que el nivel de satisfacción en estructura fue el 90,14%.

La dimensión de procesos (trato de personal que labora en la institución) fue del 92,89%. Según el estudio de López et al. (2022), existe un alto nivel de satisfacción con un 61% excelente, y el 34,25% satisfactorio, teniendo en consideración un total del 95,25% que consideran positiva la atención brindada por los diferentes profesionales, sin embargo, el 4,75% refieren como deficiente, por lo cual se deben aplicar estrategias que permitan garantizar una satisfacción completa por los usuarios. Adicionalmente, en otro estudio por Santiago et al. (2020), la calidad de atención fue del 92,97%.

En la dimensión de resultados, ante el análisis estadístico expuesto la satisfacción general corresponde al 93,14%, lo que indica que existe una alta satisfacción por los usuarios, de los cuales el 100% indica que recomendarían por la calidad de prestación de servicios que se ofrecen y las buenas condiciones de las instalaciones. Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con los de López et al. (2022), donde el 98,5% de los encuestados manifiestan que la calidad de las áreas ofertadas en las Clínicas Estomatológicas de Docencia y Servicio (CEDS) cumplen los estándares requeridos, y en el estudio de Santiago et al. (2020), con el 93,05%, indican que se cumplen con las necesidades y requerimientos de los usuarios.

Además, se determina que se deben establecer medidas que permitan conocer y mejorar la satisfacción general de la dimensión de estructura con el 6,66%, procesos con un 7,11%, y resultados de aspectos negativos que requieren de atención para una mejor calidad de atención 3,43%.

4. CONCLUSIÓN

La percepción en la atención de los servicios sanitarios es parte vital para verificar la calidad de los servicios sanitarios, también desempeña un papel crucial en la creación de una comunidad más saludable y satisfecha con la atención médica recibida. Este proceso no solo se traduce en mejoras operativas, sino que se rige como un pilar esencial para la construcción de un entorno de salud que se adapte de manera efectiva a las cambiantes necesidades de la población.

REFERENCIAS

Andrade, P. L., Bustamante, S. J., Viris, O. S., & Noboa, C. J. (2023) Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Salud Vida*. 2023;7(14):41-53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>

Arosemena, D. E. (2022). Indicadores claves de desempeño y su aplicación en la gerencia estratégica de las empresas de salud. *OVital*. 2022 Sep 13; 1(37):50-66. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-07752022000200050&script=sci_arttext

Corpas, L. M. (2019). Calidad y enfermería. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2019; 27(1-2):107-107. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100025

Delgado, B. D., Villacreses, V. E., Solórzano, S. E., & Delgado, L. D. (2021) Vigilancia epidemiológica y actividades de atención primaria en salud (APS) del Ecuador. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015. 2021 Jan 31;5(1):286-97. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.286-297](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.286-297)

Escobar, C. B., & Cid, H. P. (2019). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioeth*. 2019; 24(1):39-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

Febré, N., Mondaca, G. K., Méndez, C. P., Badilla, M. V., Soto, P. P., Ivanovic, P. (2019). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019 May 1;29(3):278-87. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>

García, M. C., & González, M. S. (2022). Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2022 Apr 1;54(4):102281. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102281>

González, A. P. (2019). Análisis de la percepción de calidad de los servicios de salud pública: Un estudio de caso. *Editoria Académica Española*; 100 p. <https://play.google.com/store/books/details?id=q2TEsgEACAAJ>

Haro, A. J., Macías, I. M., Veliz, M. N., Toala, J. F. & Solís, L. T. (2019) Estrategia de Administración en el Área de Salud Pública-Privada. *Polo del Conocimiento*. 2019 Oct 15 3(10):244-84. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/749/html>

León, N. M. & Batista, M. A. (2022). Factores que influyen en la satisfacción de usuarios de los servicios de salud. *RS*. (2):71-88. <https://doi.org/10.37594/saluta.v1i2.589>

López, R. E., Sifuentes, V. M., Rodríguez, R. L., Aguilar, S. L., Perea, G. G. (2021) Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias diálogos soc conoc*. 2021;9(23). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>

Lukosius, D., Valaitis, R., Martin, F. R., Donald, F., Peña, L. M., Brousseau, L. (2019) Enfermería con práctica avanzada: una estrategia para lograr la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Jan 30 ;25:e2826. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>

Marín, L. M., Álvarez, H. C., Valenzuela, G. J. (2019). Percepción de la atención de enfermería y satisfacción laboral en un Hospital de Seguridad Social. *RICSH Rev Iberoam las Cienc Soc Humaníst*. 2017 May 14;6(11):287. Available from: <https://doi.org/10.23913/ricsh.v6i11119>

Ministerio de Salud Pública (2023). Mantiene altos estándares de calidad en la atención al usuario externo a escala nacional. <https://www.salud.gob.ec/msp-mantiene-altos-estandares-de-calidad-en-la-atencion-al-usuario-externo-a-escala-nacional/>

Parreño, U. Á., Ocaña, C. S., & Bonilla, C. M. (2022). Evaluación de la satisfacción de servicios de salud prestados en unidades del primer nivel de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2022; 38(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000200010

Portela, M. S., Tarí, J.J., & Molina, A. J. (2022). Asociaciones entre el liderazgo transformador y las prácticas de gestión de la calidad en hoteles españoles. *Rev Investig Tur*. 2022 Jul 7;(24):106. Portela Available from: <http://dx.doi.org/10.5821/ebook-9788498801439>

Preciado, A. M., Requelme, J. F., Carrión, F. M., Mora, M. L., Camacho, R. J., Requelme, Q. N., et al. (2023). Gestión de la calidad en los servicios de salud. Repositorio MAWIL; <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-84-6>

Rojas, T. I., & Gil, H. R. (2021). Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(7):711–21. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5752275>

Salamanca, I. R., Fernández, S. A., Campmany, C. P., Aracil, L. B., García, M. R., & Momblán, M. A. (2022). Modelos de evaluación de la calidad de la atención de enfermería en el ámbito hospitalario: revisión de la literatura. *Rev Enferm*. 2022;45(9):21–32 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8573345>

Santiago, A. D., Jiménez, Z. E., Pérez, F. M., & Hernández, M. A. (2020) Calidad del cuidado de enfermería desde el enfoque de Donabedian en pacientes hospitalizados con dolor. *Cienc enferm*. <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-19ccas40019>

Suárez, L. G., Robles, S. R., Serrano, M. G., Serrano, C. H., Armijo, I. A., Anchundia, G. R. (2019). Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Rev Cub Invest Pesq*. 2019;38(2):153–69. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002019000200153

Villa, V. J., Araya, A. X., Reynaldos, G. K., Rivera, F., & Valencia, C. M. (2023). Evaluación del modelo de calidad de Donabedian en base a los criterios de Chinn y Kramer. *Horizonte De Enfermería*, 34(2), 203–215.

CAPÍTULO 6

CURSO DE VIDA COMO CONDICIONANTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019¹

Data de submissão: 22/02/2026

Data de aceite: 10/03/2026

Karen Andrea Pesse Sorensen

Facultad de Salud y Bienestar
Pontificia Universidad Católica
del Ecuador
Quito, Ecuador

Doctorado en Salud Pública
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile
Santiago, Chile

<https://orcid.org/0000-0002-6193-2640>

Oscar Germán Artega Herrera

Doctorado en Salud Pública
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile
Santiago, Chile

<https://orcid.org/0000-0003-2254-1134>

RESUMEN: INTRODUCCIÓN. En Chile, 12,3% de los mayores de 15 años tiene diabetes mellitus tipo 2 (DM2); esa prevalencia es consistentemente mayor en la población de bajo nivel socioeconómico. El sistema de

¹ Este trabajo hace parte de la tesis para la obtención del título de Doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile de Karen Pesse-Sorensen. Fue presentado como ponencia en las Jornadas Internacionales de Antropología Médica y de la salud: más allá del enfoque biomédico, EDI PUCE 2021.

salud busca disminuir la morbi-mortalidad prematura, pero en el municipio de Recoleta en Santiago, Chile, sólo 34% de los pacientes con DM2 tenía valores de hemoglobina glicosilada indicativos de diabetes controlada. El curso de vida determina del estado de salud, porque refleja el *embodiment* de condiciones de vida previas. OBJETIVO: Analizar la influencia del curso de vida en la calidad de atención de pacientes con DM2 en la atención primaria municipal de Recoleta. METODOLOGÍA: Estudio cualitativo fenomenológico en 4 centros de salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 16 pacientes y 18 prestadores de salud, cuyos contenidos se analizaron inductivamente. RESULTADOS: Los pacientes describen condiciones muy precarias en sus primeras etapas de vida: entrada precoz y condiciones precarias de trabajo, limitadas oportunidades de estudio, y, en las mujeres, asumir roles de cuidado. Esa privación se asocia con aceptación, incluso valoración, del paternalismo del personal de salud y dificultades para el autocuidado. Los prestadores no integran el curso de vida en la atención: asumen un rol netamente informativo, apelando al empoderamiento del paciente y responsabilizándolos por su enfermedad. CONCLUSIONES: La relación entre pacientes y prestadores y el autocuidado están fuertemente condicionados por el curso de vida, pero su importancia no es reconocida por los prestadores. La relación prestador-paciente puede ser de: i) paternalismo, cuya

aceptación depende de las experiencias de vida del paciente ii) trato del paciente como consumidor al que se responsabiliza por sus decisiones. Ese modelo, basado en la autonomía, desconoce que las condiciones previas y actuales de vida limitan la capacidad de autocuidado y no permiten el ejercicio de derechos, desconociendo la historicidad y determinación social del proceso salud-enfermedad -atención.

PALABRAS CLAVE: calidad de atención; curso de vida; diabetes mellitus tipo 2; narrativa.

LIFE COURSE AS CONDITIONING FACTOR FOR QUALITY OF CARE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019

ABSTRACT: INTRODUCTION. In Chile, 12.3% of individuals aged more than 15 years have type 2 diabetes mellitus (T2DM); prevalence is consistently higher among the low socioeconomic status population. Health system seeks to reduce premature morbidity and mortality, but in the municipality of Recoleta in Santiago, Chile, only 34% of patients with T2DM had glycated hemoglobin levels indicative of controlled diabetes. Life course determines health status because it reflects the embodiment of prior living conditions. OBJECTIVE: To analyze the influence of the life course on the quality of care of patients with T2DM in the municipal primary healthcare system of Recoleta. METHODOLOGY: A qualitative phenomenological study was conducted in four health centers. Semi-structured interviews were carried out with 16 patients and 18 healthcare providers, and their contents were analyzed inductively. RESULTS: Patients describe highly precarious conditions in their early life stages: early entry into workforce and precarious working conditions, limited educational opportunities, and, among women, adopting caregiving roles. This deprivation is associated with acceptance, and even valuation, of health personnel´ paternalism and difficulties with self-care. Providers do not integrate life course into care: they assume a strictly informative role, appealing to patient empowerment and holding patients responsible for their disease. CONCLUSIONS: The relationship between patients and providers, as well as self-care, is strongly conditioned by life course, yet its importance is not recognized by providers. The provider–patient relationship can be of 2 types: i) paternalism, whose acceptance depends on patient’s life experiences; ii) treatment of the patient as a consumer who is held responsible for decisions. This model, based on autonomy, overlooks that prior and current living conditions limit self-care capacity and hinder the exercise of rights, disregarding the historicity and social determination of the health–disease–care process.

KEYWORDS: quality of care; life course; type 2 diabetes mellitus; narrative.

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la diabetes como una prioridad dada la gran carga que representan sus elevadas cifras de mortalidad prematura y discapacidad, así como sus costos por demanda de atención y por afectación de la productividad (World Health Organization, 2016). En Chile, las Encuestas Nacionales de Salud muestran un aumento sostenido en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 15 años: esta era de 4,2% en el 2003, de 9% en 2010 y de 12,3%

en 2016 (Ministerio de Salud, 2017). La prevalencia es consistentemente mayor en los grupos poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Desde el 2005 la tasa específica de mortalidad se ha estabilizado en alrededor de 20 defunciones por 100.000 habitantes, que al ser ajustada por edad muestra una tendencia a disminuir y a revertir la diferencia entre hombres mujeres (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025).

Tanto el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) de la Organización Panamericana de la Salud (2014), como el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 (Ministerio de Salud, 2016) se enfocan en disminuir el riesgo de complicaciones y la mortalidad prematura, mediante un mejor manejo clínico que incremente la proporción de pacientes con buen control de la enfermedad. La principal estrategia para el logro de esto es la implementación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en toda la red de salud del país (Ministerio de Salud, 2011).

En Chile, el 86% de las personas de 15 años y más con diabetes conoce su condición y, entre éstas, sólo algo más de la mitad (58,2%) mantiene controles regulares de salud. Entre las personas que se encuentran en control, sólo 39,4% se encuentra con valores de hemoglobina glicosilada indicativos de compensación de su glicemia (Errázuriz Cruzat et al, 2022). La situación en Recoleta es similar, pues al momento de realizar este estudio, 80% de los pacientes con DM2 atendidos en los servicios de salud municipales de Recoleta tenían sobrepeso, 65% era sedentario y 34,3% tenía valores de hemoglobina glicosilada bajo 7% en pacientes de 15 a 79 años y bajo 8% en mayores de 80 años. Esas cifras son indicativas de baja efectividad en la atención de las personas con DM2, lo que puede estar relacionado con factores organizacionales y sociales del contexto en el que se produce el proceso de salud-enfermedad-atención. Cabe mencionar que la evaluación de la calidad de la atención se basa en aspectos técnicos medidos con estándares biomédicos que no consideran las experiencias de los pacientes en su interacción con los prestadores y las instituciones de salud (Pesse-Sorensen, 2021).

La asociación entre el sistema social, traducido en las condiciones de vida y trabajo, y la aparición o agravamiento de enfermedades ha sido ampliamente estudiada y se conoce como determinantes sociales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, s/f). Sin embargo, es frecuente que esos sean tratados como meros datos o variables, lo que lleva a considerarla como una condición natural, ahistórica e inamovible, vaciándola de su contenido social (Gaete, 2016). El concepto de curso de vida se enmarca en una orientación teórica basada en la epidemiología social que se conoce como paradigma eco-social. En este, los factores biológicos, ecológicos y sociales que

condicionan la salud son integrados en modelos multinivel, dinámicos y contextualmente situados (Krieger, 2002).

Siguiendo esta línea Nancy Krieger (2005) acuña el término *embodiment* para indicar que los elementos del mundo material y social pasan a formar parte de nuestro cuerpo biológico, por lo que este narra nuestra(s) historia(s) individual(es) y colectiva(s), expresando incluso lo que no podemos o queremos contar. Existen tres perspectivas referidas a la relación temporal entre los determinantes sociales y la salud: la *selección social* enfatiza el efecto de la salud sobre la posición socioeconómica, mientras que la *causación social* destaca el papel de la posición social como determinante de la salud. En cambio, la del *ciclo vital* reconoce la importancia del momento en que se da la exposición a un factor potencialmente deletéreo para la salud (Krieger, 2002). Estos aspectos no han sido estudiados para los procesos de atención de las personas con DM2 en los servicios públicos de salud de Chile.

1.1. OBJETIVO

Analizar la influencia del curso de vida en la calidad de atención de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de atención primaria del Municipio de Recoleta, Santiago de Chile.

2. METODOLOGÍA

Este artículo presenta una parte de los resultados del componente cualitativo de un estudio de caso con metodología mixta convergente referido a los factores organizacionales y sociales que se asocian con la calidad técnica y relacional de la atención a personas con DM2 en los establecimientos de atención primaria. El enfoque de este componente fue fenomenológico: se exploraron las percepciones sobre la calidad de la atención y sus condicionantes institucionales y sociales contextuales con base en las experiencias de los principales involucrados.

La población eran los pacientes con diagnóstico confirmado de DM2 atendidos en uno de los cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM) del Municipio de Recoleta durante el 2021 y los prestadores de salud directamente involucrados en su atención. La muestra estuvo conformada por 16 pacientes y 18 prestadores de salud, seleccionados de forma intencional para lograr diversidad en cuanto edad, sexo y duración de la enfermedad en el caso de los pacientes, y de profesión y experiencia en los prestadores de salud.

Previo consentimiento informado la investigadora principal realizó las entrevistas semiestructuradas, que duraron entre 45 y 90 minutos y fueron grabadas y transcritas

textualmente. El análisis se sustentó en la generación inductiva de códigos para clasificar la información en contenidos comunes, y narrativas exclusivas de prestadores o pacientes. El análisis de las narrativas explícitas fue complementado con una interpretación de los contenidos latentes para entender los significados subyacentes a lo dicho por los entrevistados. Los códigos fueron agrupados en categorías teniendo como base los referentes teóricos y los objetivos del estudio. Este análisis se realizó con ayuda del programa Atlas.ti, versión 7.5.7. La información se presenta con citas textuales de las entrevistas, identificadas con códigos a fin de resguardar el anonimato de los entrevistados.

La investigación marco de este estudio fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

3. RESULTADOS

Todos los entrevistados, sean pacientes o prestadores señalaron la relación entre las condiciones materiales y sociales de vida y el estado de salud y la atención de la enfermedad. Sin embargo, el concepto de curso de vida solo fue utilizado en algunas de estas narrativas, y casi siempre de forma implícita. Las categorías que surgen de estos relatos se refieren a tres temas centrales: la influencia de las experiencias de vida en el autocuidado y en la interacción con los prestadores de salud; y de parte de estos, la falta de incorporación de este elemento en el proceso de atención de los pacientes con DM2.

Muchos pacientes, especialmente los mayores, relataron que las primeras etapas de su vida transcurrieron en condiciones muy precarias, con precoz entrada al mundo laboral, pocas oportunidades de estudiar y de lograr mejores condiciones de trabajo, sufrimiento asociado al cuidado de un familiar con dependencia severa, problemas con los hijos y nietos que les producen trastornos emocionales, y la aceptación de roles de género tradicionales. Varias de estas historias incluyen también orgullosos relatos de superación y de haber brindado mejores condiciones de vida y oportunidades a sus descendientes. Si bien no es posible establecer una relación causal entre esas historias y sus opiniones sobre la calidad de atención, se encontró que los que ha vivenciado más marginación tienen mayores dificultades para adherir a las indicaciones no farmacológicas y cumplir con el seguimiento de su problema de salud.

En los años que nos criamos nosotros, era todo complicado, po'. Nosotros ahí no... con zapatos plástico, el overol que no... ¡Entonces uno era como un animalito al mundo no ma' po'! [...] Cuando estábamos allá en el sur no comíamos porque no teníamos, ¿cierto? Pero ya cuando empezamos a trabajar los dos, otro cambio, otro sistema de vida, había más plata para comprar cosas, entonces ya venía un asadito, que venía comer pescado frito, cosas que... que

no se veían, po'. Entonces mi señora se quedó con eso y me ha costado un montón, porque yo le digo no hagas tanta comida, no hagas tanta grasa, no hagas tanto custiones, porque a ella le gusta ser así **PH2 Hevia**

Cinco años que estuvo mal, sin conocimiento ella [esposa]. Imagínese yo batallando... Yo no podía trabajar, cuántos trabajos tiré pa' atrás yo, que no podía porque, no podía dejarla sola. [...] Porque si yo hubiese faltado [al control en el Centro de Salud], como le digo, tenían razón, porque yo soy, entiendo todas las cosas, pero no fue por culpa mía, po'. Yo no vine, claro, pero fue por fuerza mayor, porque no teníamos tiempo. **PH1 Petri**

Aquí hacen gimnasia. Pero, estuve seis meses viniendo y ya no vine más. [¿Y por qué no ha seguido yendo?] Porque yo le digo que soy más casera, más de la casa, soy de las antiguas, de esas. Pero estuve viniendo, y yo tengo que mirar por mí, no por estar en mi casa, ¿cierto? **PM1 Hevia**

Las vivencias de inequidad también hacen que los pacientes sean menos propensos a explicitar críticas al sistema de salud y que acepten relaciones autoritarias o paternalistas con los profesionales de la salud, asumiendo ellos toda la responsabilidad por el incumplimiento de las indicaciones o incluso, a mentir sobre eso.

Porque te reta, te trata como hijo po'. Porque tú le tenís que hacer caso, sino te, te reta. Y toma mucho en serio tu enfermedad, porque te habla por lo, por lo sano. [...] O sea, lo toma mucho en cuenta. Como dándole a entender a uno que se tiene que cuidar. Y hay veces uno es porfiao, niña, los diabéticos somos porfiados... **PT1 Qta**

Soy muy obediente y él me dice, el doctor (nombre), el que está acá me dice: te quiero mucho, mucho, mucho, y yo le digo: Yo también a usted doctor. Y tengo otra regalona la doctora (nombre), porque ella era igual conmigo, porque me decía: Sabí por qué te quiero, porque eres obediente. **PM2 Hevia**

Es que uno, de repente, o sea por ignorancia, más que nada... oculta esas cosas, po'. Porque, el médico me decía to' esto hay que hacer, lo voy a hacer. Pero no lo hacía porque... ¡por el sistema en que uno vive po'! **PH2 Hevia**

Solo dos de los prestadores entrevistados reconocieron explícitamente la influencia de estas historias en la actitud del paciente frente a su enfermedad y a la atención de salud.

A los adultos mayores también, ya sea por... si vemos la historia hacia atrás son personas que se formaron muy solas a veces. Es eso, hay mucha historia ahí de abandono, muchas historias de que ellos salieron adelante por su propio esfuerzo. Entonces el tema de estar recibiendo la retribución en este minuto, no les es fácil... **NUT1 Petri**

Porque la mayoría son adultos mayores y casi todos tienen... las mujeres pensión solidaria, cien mil pesos al mes, y los hombres en general jubilaciones, pero que no pasan más de doscientos, trescientos mil pesos. [...] Entonces, la nuera decide si cocina el almuerzo a las cuatro de la tarde o lo cocina a las doce del día. Entonces, como ellos no tienen dinero, tienen que adecuarse a lo que hay en la casa... Tengo por lo menos cuatro o cinco casos de adultos mayores así, que realmente le vulneran sus derechos... **MED FAM Petri**

Muchos prestadores mencionaron la necesidad de un “empoderamiento” del paciente; pero el uso de este término en general se refiere a una mejor comprensión de su enfermedad, en la que prevalece el enfoque biomédico. En estos casos la actuación del prestador es netamente informativa, dejando la responsabilidad de la toma de decisiones sobre el cuidado totalmente en el paciente, desconociendo los factores sociales previos y actuales que influyen esas decisiones.

*Ahí necesitaría más, empoderamiento de la gente. O sea, que ellos dimensionaran que el problema de salud depende netamente de ellos [...]. Eso sería lo ideal, un paciente que realmente vea las consecuencias de las cosas que está haciendo. [...] En el momento en que logremos esa conexión y dejemos de mirarnos como una autoridad y el subordinado, podríamos llegar a más consensos y a un tratamiento más efectivo. **ENF Petri***

*No sé cómo habrán sido anteriormente mis colegas, pero siento de que muchas los retaban, por no seguir las indicaciones. Yo no soy así. Yo siempre he tenido esa concepción de que yo no soy quién para retar, porque lo que yo entrego son sugerencias, la gente verá si es que las toman o no las toman. **NUT Hevia***

*...como que uno tiene la razón y el paciente no la tiene. Entonces desde ahí es como, es eso de aconsejar mucho y recoger pocas cosas del paciente... [...] La información que uno le entrega es como intentando hacer un cambio en el estilo de vida, pero en realidad utilizando muy pocas herramientas para esos cambios. **MED Hevia***

Este enfoque centrado en la responsabilidad individual hace que en algunos casos el reconocimiento de los condicionantes sociales durante el ciclo de vida lleve a una disminución en la atención brindada, situación que también fue justificada por algunos pacientes, diciendo que preferían no exponer su situación en público.

*Dejamos de ver pacientes mayores de 70 años. ¿Por qué? Porque no cambiamos hábitos a esa altura. Además, que un jubilado dice: Usted dice que compre más o menos que caviar, y no es así. Ellos ya, es difícil enderezar la vara, hay que pescarlos de más jóvenes. **NUT Rec***

*...cuando intenté matarme estuve con psicólogo, estuve con pastillas, pero yo no quiero llenarme de pastillas. Después teníamos que juntarnos en grupo a conversar. A mí no me gusta contar mi vida a otras personas. Entonces no vine más... **PM1 Rec***

4. DISCUSIÓN

El concepto de curso de vida, también llamado *perspectiva vital*, fue desarrollado dentro del marco de la teoría epidemiológica eco-social para referirse a cómo el estado de salud refleja no solo las condiciones actuales, sino también la incorporación de las circunstancias vitales anteriores. Postula que las trayectorias del desarrollo biológico y social de las personas son modeladas por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su

sociedad. Un concepto clave es el de incorporación o *embodiment*, que se refiere a cómo el mundo material y social en el que se vive se incorpora en la biología, y por extensión en las formas de estar y actuar de las personas. Si bien el concepto abarca todo el ciclo vital, desde la vida intrauterina hasta la muerte, reconociendo que se trata de un proceso acumulativo, también señala la existencia de etapas críticas del período de desarrollo, en los que una situación deletérea puede tener consecuencias mayores y más duraderas (Krieger, 2005).

Esto es abordado de forma implícita en las narrativas de los pacientes incluidos en este estudio al relatar sus historias de vida: aunque ellos no las vinculan directamente con sus experiencias actuales de autocuidado y de interacción con los prestadores de salud, el análisis de sus narrativas permite establecer claramente esa relación. Sin embargo, la influencia del curso de vida en la atención de los pacientes con DM2 solo es reconocida por una minoría de prestadores de salud; en general ellos mencionan los determinantes sociales, pero desconocen su historicidad.

Las alusiones a las inequidades que afectan la salud y la atención brindada a los pacientes con DM2 están presentes de forma explícita en todas las narrativas recogidas en las entrevistas. Sin embargo, similar a lo planteado por Tausig (2013) la mayoría de los entrevistados, tiende a mencionarlas como algo dado e inmutable, no como algo socialmente construido y por lo tanto potencialmente modificable. Esto, unido a factores organizacionales específicos como la escasez de tiempo, los roles atribuidos y adoptados por los profesionales de salud, y la falta de capacitación, hace que estos conocimientos no se reflejen en las prácticas de atención de los pacientes.

Casi todas las acciones descritas y propuestas frente a estas inequidades se refieren al manejo de sus consecuencias nocivas en los individuos, en muy pocas ocasiones se menciona el diseño de políticas dirigidas a la disminución de la vulnerabilidad antes del desarrollo del daño (Solar y Irwing 2010). Un estudio con médicos mexicanos encontró que estos desconocen o no comprenden las dificultades que tienen los pacientes con DM2 para cumplir con las indicaciones del personal de salud, y que reconocen su incapacidad para apoyarlos en la búsqueda de soluciones, produciendo frustraciones mutuas (Lagunes-Córdova, 2017).

Las relaciones entre prestadores y pacientes descritas por los entrevistados corresponden primordialmente a los dos primeros modelos de interacción descritos por Emanuel y Emanuel (1992): i) paternalista, en el que el prestador toma decisiones basada en lo que él considera es en el mejor interés del paciente; ii) informativo, en que el paciente es tratado como un consumidor al que se le brinda información y se le deja la

responsabilidad de tomar decisiones. Ambos modelos son aceptados por los pacientes, en particular por aquellos con historias de discriminación y en situación de vulnerabilidad, quienes incorporan el discurso de responsabilidad individual, culpándose a sí mismos por las fallas en el manejo de su enfermedad. No se encontraron relatos que correspondan con los modelos interpretativo o deliberativo, en los que la interacción prestador-paciente incluye un diálogo sobre las vivencias, valores y expectativas de los pacientes.

El segundo tipo de relacionamiento, conocido como modelo informativo, se sustenta en un discurso de respeto de la autonomía, pero desconoce que, tanto la perspectiva vital como las condiciones actuales de vida limitan la capacidad para el autocuidado y moldean una atención que no logra un cambio real en pro de una atención más efectiva y satisfactoria para todos los involucrados (Tausig 2013). Además, se trata de una falsa autonomía, ya que en los profesionales prevalece una actitud juzgadora frente al no cumplimiento de sus indicaciones, que hace que los pacientes incluso les mientan, perpetuando así las relaciones asimétricas entre ellos. Según Parsons (1975), esta relación asimétrica no se horizontaliza solo transfiriendo información y tecnología a los pacientes; influye el poder que le otorgan las estructuras institucionales y sociales a los prestadores de salud.

El discurso sobre *empoderamiento* de los pacientes, que acompaña a este tipo de interacción se restringe a la habilitación, pues no crea condiciones para un real ejercicio de derechos al no reconocer los factores que lo condicionan. Pekonen et al. (2020) plantean que la habilitación se refiere a la capacidad del paciente de entender y afrontar los aspectos relacionados con el manejo de su problema de salud. Se diferencia del compromiso, que se refiere a las acciones de los individuos para lograr los mayores beneficios de los servicios de salud a los que tiene acceso, y de la activación, que requiere que la persona tenga los conocimientos, las habilidades y la confianza para manejar su salud.

5. CONCLUSIONES

El curso de vida es un importante condicionante de la relación entre pacientes y prestadores y el servicio de salud, así como del autocuidado. Sin embargo, pocos prestadores reconocen la importancia de este determinante.

La relación prestadores -pacientes o bien es paternalista o deja toda la responsabilidad del cuidado en manos del paciente; en ambas formas prevalece un enfoque biomédico que desconoce la historicidad y la determinación social del proceso de salud-enfermedad -atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025) Mortalidad por Capítulo CIE-10 Causa Básica de Defunción y Año. Defunciones y Mortalidad General - SAS® Visual Analytics.

Emanuel E.J. y Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226. Four models of the physician-patient relationship - PubMed.

Errázuriz Cruzat, I., Grassi Corrales, B., Tabilo García, C., Villarroel Barrera A.C., Salman Mardones P., Sanhueza Maturana L., Sanzana M.G. (2022). Consenso de la Sociedad Chilena de Diabetología para el enfrentamiento integral del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Sociedad Chilena de Diabetología, Disponible en: [consenso2.indd](#)

Gaete J. (2016) El difícil tránsito hacia un mundo sin costuras. Las ciencias sociales en medicina. In: Carvajal Y, Gaete J, editors. *Volver al Hospital Por una salud pública integrada a las clínicas*. 1a edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Krieger N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 59:350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>

Krieger, N. (2002). Glosario de Epidemiología Social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6):480-90. es

Lagunes Córdoba R., Galindo Guevara I., Castillo Reyes A., Romero Aparicio C., Rosas Santiago F.J. (2017) ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colect [Internet]*;13(4):577-97. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1341>

Ministerio de Salud Pública (2017) Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública. https://redsalud.ssmsoc.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf

Ministerio de Salud (2016) Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria, Departamento de Estrategia Nacional de Salud. Plan Nacional de Salud.PDF - Google Drive.

Ministerio de Salud (2011) Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Metas 2011-2020: Elige Vivir Sano. c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf

Organización Panamericana de la Salud (s/f) Determinantes sociales de la salud. Accedido el 14 de febrero 2026. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington, DC. content.

Parsons T. (1975) The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Meml Fund Quarterly, Heal Soc.*;53(3):257-78. <https://doi.org/10.2307/3349493>

Pekonen, A. Eloranta, S., Stolt M., Virolainen P., Leino-Kilpi H. (2020). Measuring Patient Empowerment – A Systematic Review. *Patient Education and Counseling* 103(4):777-787. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019>

Pesse Sorensen, K. (2021). Factores sociales y organizacionales relacionados con la calidad de atención de pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta. Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Pública, Universidad de Chile. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181048>

Solar O, Irwin A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.

Tausig M. (2013) The Sociology of Chronic Illness and Self-Care Management. In: Social Determinants, Health Disparities and Linkages to Health and Health Care [Internet]. Université Laval: Emerald Insight. p. 247-72 DOI: [https://doi.org/10.1108/S0275-4959\(2013\)0000031013](https://doi.org/10.1108/S0275-4959(2013)0000031013)

World Health Organization (2016). Global Report on Diabetes. ISBN 978 92 4 156525 7 Available from: Global report on diabetes.

CAPÍTULO 7

INEQUIDADES TERRITORIALES Y DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD EN TRES MUNICIPIOS COSTEROS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ COLOMBIA

Data de submissão: 16/02/2026

Data de aceite: 03/03/2026

Liliana Yadira Martínez-Parra

Universidad Tecnológica del

Chocó Diego Luis Córdoba

Programa de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Quibdó, Chocó-Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-6682-9928>

Yancy Lucetty Mena Torres

Universidad Tecnológica del

Chocó Diego Luis Córdoba

Programa de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Quibdó, Chocó-Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-1691-2253>

RESUMEN: Las inequidades en salud en territorios aislados constituyen un desafío persistente para la garantía del derecho a la salud en América Latina, especialmente en contextos marcados por exclusión histórica y rezago institucional. Este estudio tuvo como objetivo analizar las inequidades territoriales en salud y su relación con los determinantes estructurales en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó. Se adoptó un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, con aplicación de cuestionario estructurado a 383 participantes entre junio y julio de 2019,

complementado con actualización contextual en 2022. Los resultados evidencian que, aunque predomina la afiliación al régimen subsidiado, el acceso efectivo permanece limitado por barreras geográficas y baja capacidad resolutive local. La atención especializada depende de remisiones externas, con tiempos de espera entre 30 y 60 días, lo que genera insatisfacción y desconfianza en el sistema. Persisten enfermedades transmisibles asociadas a determinantes ambientales y deficiencias en saneamiento básico, lo que refuerza las inequidades estructurales. En conjunto, los hallazgos se alinean con la evidencia internacional sobre penalización geográfica y con los debates en torno a racismo estructural y justicia social. Reducir estas brechas exige políticas diferenciadas y territorializadas que integren salud, infraestructura básica y conectividad, incorporando la participación comunitaria como componente central en la construcción de estrategias sanitarias.

PALABRAS CLAVES: desigualdades en la salud; accesibilidad a los servicios de salud; salud rural; Colombia.

TERRITORIAL INEQUALITIES AND STRUCTURAL DETERMINANTS OF HEALTH IN THREE COASTAL MUNICIPALITIES OF THE DEPARTMENT OF CHOCÓ, COLOMBIA

ABSTRACT: Health inequalities in isolated areas are a persistent challenge

to guaranteeing the right to health in Latin America, especially in contexts marked by historical exclusion and institutional backwardness. This study aimed to analyze territorial health inequalities and their relationship with structural determinants in Bahía Solano, Nuquí, and Bajo Baudó. An observational, descriptive, cross-sectional design was adopted, with a structured questionnaire administered to 383 participants between June and July 2019, supplemented with a contextual update in 2022. The results show that, although affiliation with the subsidized regime predominates, effective access remains limited by geographical barriers and low local response capacity. Specialized care depends on external referrals, with waiting times of between 30 and 60 days, which generates dissatisfaction and mistrust in the system. Communicable diseases associated with environmental determinants and deficiencies in basic sanitation persist, reinforcing structural inequalities. Overall, the findings are consistent with international evidence on geographic penalization and with debates surrounding structural racism and social justice. Reducing these gaps requires differentiated and territorialized policies that integrate health, basic infrastructure, and connectivity, incorporating community participation as a central component in the development of health strategies.

KEYWORDS: health inequalities; accessibility to health services; rural health; Colombia.

1. INTRODUCCIÓN

La salud debe comprenderse como una construcción histórica y territorial, resultado de relaciones sociales, económicas y políticas que distribuyen de manera desigual las oportunidades de bienestar. Desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva, el espacio no constituye un simple escenario donde ocurren los procesos sanitarios; es un componente activo que organiza jerarquías, condiciona exposiciones, delimita accesos y estructura vulnerabilidades. En este sentido, las inequidades en salud no son eventos aislados ni fallas individuales, sino expresiones de determinantes estructurales que se sedimentan en el territorio (Casallas-Murillo, 2017; Gallego et al., 2021; Lalonde, 1974).

En Colombia, pocas regiones evidencian con tanta claridad esta intersección entre territorio y desigualdad como el departamento del Chocó. Ubicado en el noroccidente del país, con salida al océano Pacífico, forma parte de la cuenca del Pacífico y del Chocó biogeográfico, una de las regiones de mayor biodiversidad del planeta (Rodríguez et al., 1993). Alberga una población aproximada a 1.052.698 habitantes, con un marcado predominio de comunidades afrodescendientes, que representan cerca del 90 % del total, aproximadamente el 4% de la población pertenece a comunidades indígenas (Awá, Emberá, Catío y Wounaan) y el 6% restante corresponde a población mestiza (DANE, 2018). Esta composición demográfica, profundamente vinculada a procesos históricos de poblamiento, resistencia y autonomía territorial, se distribuye en un contexto de alta ruralidad y marcada dispersión geográfica, condiciones que

inciden de manera directa en la organización social, la prestación de servicios y las oportunidades efectivas de acceso a la salud.

A pesar de su potencial ambiental y cultural, el Chocó sigue asociado en la memoria del país a pobreza estructural, clientelismo político y abandono estatal. Más allá de estas representaciones, los indicadores sociales revelan brechas persistentes: altos niveles de necesidades básicas insatisfechas, limitaciones en saneamiento básico, acceso intermitente a agua potable, baja cobertura de infraestructura sanitaria y dificultades en conectividad y transporte (Defensoría del Pueblo de Colombia, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2021; Gobernación del Chocó, 2020). En este contexto, solo una proporción reducida de la población cuenta con oferta efectiva de servicios de salud, lo que profundiza las desigualdades territoriales.

Los municipios costeros de Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó sintetizan estas tensiones entre riqueza ambiental y precariedad estructural en el Pacífico norte Chocoano. Bahía Solano con 1.667 km² e integrada por Ciudad Mutis, varios corregimientos, resguardos indígenas y el Parque Nacional Natural Utría combina alta biodiversidad y vocación turística con deficiencias en saneamiento, manejo de residuos y capacidad hospitalaria (Alcaldía de Bahía Solano, 2024). Nuquí, de 956 km², presenta una marcada dualidad urbano-rural, graves limitaciones en alcantarillado y vertimientos directos a fuentes hídricas, además de una oferta sanitaria concentrada y con restricciones técnicas (Alcaldía de Nuquí, 2024). Bajo Baudó, con cerca de 4.840 km² y predominio rural, se distingue por su extrema dispersión poblacional, factores que profundizan el aislamiento y fragmentan la atención en salud (Alcaldía de Bajo Baudó, 2024).

1.1. CONTEXTO TERRITORIAL Y OFERTA INSTITUCIONAL

Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó se localizan en la franja costera del Pacífico norte del departamento del Chocó. Se caracterizan por una configuración predominantemente rural, alta dispersión poblacional y condiciones climáticas de pluviosidad extrema (precipitaciones anuales cercanas o superiores a 5.000 mm y humedad relativa mayor al 85 %), con temperaturas medias entre 26 °C y 28 °C (Alcaldía de Bajo Baudó, 2024; Alcaldía de Bahía Solano, 2024; Alcaldía de Nuquí, 2024).

Desde el punto de vista demográfico, estos municipios se caracterizan por una población predominantemente rural. Según el último censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2018), Bahía Solano registra 10.123 habitantes, Nuquí 16.223 y Bajo Baudó 29.957 habitantes.

Bahía Solano y Nuquí no cuentan con conexión terrestre con la red vial nacional; el acceso se realiza exclusivamente por vía aérea y marítima. Bajo Baudó depende

principalmente del transporte fluvial a través del río Baudó y del transporte marítimo, sin integración vial terrestre con el resto del departamento. En términos de conectividad digital, el acceso a internet es limitado e inestable, especialmente en zonas rurales, con predominio de conexión satelital o celular de baja calidad (Alcaldía de Bajo Baudó, 2024; Alcaldía de Bahía Solano, 2024; Alcaldía de Nuquí, 2024).

Bahía Solano dispone de una planta de tratamiento de agua potable y alcanza una cobertura del 100%, Nuquí, también cuenta con planta de tratamiento de agua con cobertura del 95 %. En contraste, Bajo Baudó no cuenta con planta de tratamiento, aunque reporta una cobertura de red de acueducto del 100%. Estas cifras corresponden a cabeceras municipales (Gobernación del Chocó, 2020).

Los sistemas de alcantarillado son incompletos o inexistentes en varias localidades rurales. La disposición final de residuos sólidos incluye botaderos a cielo abierto, enterramiento o quema. El suministro de energía eléctrica depende en parte de plantas térmicas o pequeñas centrales, con cobertura intermitente en áreas rurales (Alcaldía de Bajo Baudó, 2024; Alcaldía de Bahía Solano, 2024; Alcaldía de Nuquí, 2024).

La red de prestación de servicios de salud en los municipios estudiados se compone principalmente de instituciones de primer nivel de atención. En Bahía Solano opera el Hospital Julio Figueroa Villa, complementado por puestos de salud en algunos corregimientos; en Nuquí funciona el Centro de Salud San Pedro Claver, con restricciones en dotación y disponibilidad de personal; y en Bajo Baudó la oferta se concentra en la cabecera municipal, Pizarro, con servicios básicos. Ninguno de los municipios dispone de atención permanente de mediana o alta complejidad, por lo que los casos que requieren especialización deben ser remitidos a Quibdó o Medellín (Alcaldía de Bajo Baudó, 2024; Alcaldía de Bahía Solano, 2024; Alcaldía de Nuquí, 2024; Gobernación del Chocó, 2020).

Este capítulo examina, cómo las condiciones territoriales en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó configuran determinantes estructurales que se traducen en perfiles epidemiológicos persistentes. A partir de una lectura crítico-social, se argumenta que las inequidades observadas no son contingencias aisladas, sino el resultado de una histórica distribución desigual de poder, recursos e infraestructura. Reconocer esta trama estructural es indispensable para avanzar hacia políticas públicas contextualizadas, culturalmente pertinentes y territorialmente diferenciadas que hagan efectivo el derecho a la salud en el Pacífico colombiano. En consecuencia, el objetivo de este estudio es analizar las inequidades territoriales en salud y su relación con los determinantes estructurales en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó, con el fin de aportar evidencia para el diseño de políticas diferenciadas y territorializadas.

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en los municipios de Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó (Chocó). El universo poblacional fue de 43.888 habitantes; a partir de este se calculó un tamaño muestral de 383 participantes, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %.

La recolección de información se realizó entre junio y julio de 2019 en cabeceras municipales y zonas rurales, incluidas comunidades de difícil acceso. La muestra se distribuyó en 228 personas encuestadas en Bajo Baudó, 75 en Bahía Solano y 80 en Nuquí. La información se obtuvo mediante cuestionario estructurado, aplicado presencialmente por personal capacitado. El instrumento se diseñó a partir de revisión de literatura y se validó mediante juicio de expertos y prueba piloto.

En 2022 se realizó un nuevo desplazamiento al territorio con fines de actualización contextual, sin modificar la base de datos de 2019.

Las variables se agruparon en cuatro dimensiones: características sociodemográficas; acceso a servicios de salud; percepción de calidad, acceso y cobertura; y condiciones de salud pública relacionadas con saneamiento básico y entorno ambiental. Los datos se sistematizaron en una base estructurada y se analizaron con estadística descriptiva.

El estudio se clasificó como sin riesgo según la normativa colombiana vigente. y contó con aval de los comités de ética de la Universidad Tecnológica del Chocó Diego Luis Córdoba (UTCH) y la Universidad Nacional de Colombia (UNAL). Se garantizó participación voluntaria, consentimiento informado y confidencialidad mediante codificación de registros. Esta investigación se dio en el marco del proyecto "Tecnologías en gestión de demanda y operación logística para la red de atención en salud en la región costera del departamento de Chocó. Un enfoque desde el beneficiario hacia la institucionalidad", financiado por el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación y ejecutado por los grupos de investigación Salud y comunidad (UTCH) y SEPRO (UNAL).

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

La población encuestada estuvo conformada por personas entre 20 y 65 años, con predominio de personas entre 20 a 30 años (75%). El 100% de los encuestados tenían nacionalidad Colombiana.

En este estudio se observó mayor participación femenina (65%) y una alta proporción de población afrodescendiente (91,1%). En cuanto al aseguramiento, el 65

% se encuentra afiliado al régimen subsidiado y el 22,45% al contributivo, evidenciando alta dependencia al financiamiento público de salud y una limitada inserción en empleo formal. La población encuestada presenta un predominio de formación básica, con mayor concentración en niveles de secundaria y primaria. Este perfil educativo puede limitar la capacidad de gestión administrativa dentro del sistema de salud y afectar la comprensión de las rutas de atención, generando barreras adicionales en el acceso efectivo a los servicios (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población encuestada en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó.

Variable	Categoría	Bahía Solano %	Nuquí %	Bajo Baudó %	Total %
Sexo	Mujeres	64	66	65	65
	Hombres	36	34	35	35
Afiliación al SGSSS *	Régimen subsidiado	65	65	64	65
	Régimen contributivo	22	21	23	22,45
	Otros (Sisbén)	5	5	5	5
	No respondió	8	8	8	8
Nivel educativo	Primaria	30	28	29	29
	Secundaria	45	47	46	46
	Técnico	7	8	7	7
	Profesional	12	10	11	11
	Sin estudios	6	7	7	7
Pertenencia étnica	Afrocolombianos	91	90	92	91
	Indígenas	6	7	6	6
	Blancos y mestizos	1	1	1	1
	No identificado	2	2	2	2

* Sistema General de Seguridad Social en Salud

3.2. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Medicina general: El 79% de los usuarios reportó tiempos de espera entre 1 y 3 días para consulta de medicina general, demostrando disponibilidad operativa del primer nivel de atención.

Muestra capacidad resolutoria básica funcional en el primer nivel. Además también se evidencia que existe carga económica significativa cuando se requiere remisión extra municipal, ya que implican costos de transporte asumidos por los pacientes. (Tabla 2)

Tabla 2. Acceso a servicios de medicina general en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó.

Variable	Bahía Solano %	Nuquí %	Bajo Baudó %	Total %
Solicitud de cita presencial	88	90	89	89
Solicitud de cita telefónica	12	10	11	10
Espera de Atención entre 1-3 días	78	80	79	79
Espera de Atención entre 4-7 días	5	3	4	4
Espera de Atención entre 8-15 días	12	10	11	11
Espera de Atención mayor a 15 días	5	7	6	6
Atención en el municipio	84	85	86	85
Atención fuera del municipio, remisión*	16	15	14	15
Pago de transporte cubiertos por paciente en remisiones	75	77	78	76,9

* Remisión a ciudades como Quibdó, Medellín, Cali, Buenaventura y Pereira.

Medicina especializada: El acceso a esta, depende fuertemente de remisiones intermunicipales a Quibdó y Medellín, presentando tiempos de espera prolongados, mostrando una cobertura nominal del sistema, pero oferta territorial insuficiente, lo generando fragmentación del cuidado. (Tabla 3)

Tabla 3. Acceso a servicios de medicina especializada en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó.

Variable	Bahía Solano %	Nuquí %	Bajo Baudó %	Total %
Solicitud de cita Gestionada en centro asistencial local	35	33	34	34
Por Llamada telefónica	30	29	30	30
Gestor	8	9	8	8
Plataforma web	2	2	2	2
No responde	25	27	26	26
Espera de Atención promedio 30 días	22	24	23	23
Espera de Atención promedio 60 días	25	23	24	24
Espera de Atención mayor a 60 días	10	12	11	11
Remisión a Quibdó - Chocó	65	64	66	65
Remisión a Medellín - Antioquia	33	34	32	33
Otro	2	2	2	2
Pago de transporte Cubiertos por EPS*	75	77	78	76,9
Pago de transporte Cubiertos por paciente en remisiones	25	23	78	76,9

* EPS- Entidades Promotoras de Salud.

3.3. PERCEPCIÓN DE CALIDAD, ACCESO Y COBERTURA

La percepción de los usuarios muestra insatisfacción en el componente de acceso, percepción relativamente más favorable en calidad y una valoración indiferente frente a cobertura, comprobando que la experiencia del usuario no está determinada solo por calidad clínica, sino por la fricción logística del sistema. (Tabla 4)

Tabla 4. Percepción de los usuarios sobre servicios de medicina general y especializada en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó.

Dimensión / Servicio	Bahía Solano		Nuquí		Bajo Baudó		Total	
	M.G	M.E	M.G	M.E	M.G	M.E	M.G	M.E
Acceso								
Muy insatisfecho (1-2)	55%	65%	58%	67%	54%	64%	56%	65%
Indiferente (3)	25%	20%	22%	18%	26%	21%	24%	20%
Satisfecho (4-5)	20%	15%	20%	15%	20%	15%	20%	15%
Calidad								
Muy insatisfecho (1-2)	15%	20%	18%	22%	16%	21%	16%	21%
Indiferente (3)	30%	30%	28%	28%	29%	29%	29%	29%
Satisfecho (4-5)	55%	50%	54%	50%	55%	50%	55%	50%
Cobertura								
Muy insatisfecho (1-2)	25%	30%	27%	32%	26%	31%	26%	31%
Indiferente (3)	50%	45%	48%	43%	49%	44%	49%	44%
Satisfecho (4-5)	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

M.G- medicina general M.E- medicina especializada.

3.4. SALUD PÚBLICA

La malaria presentó la mayor frecuencia (44%), seguida de enfermedad diarreica aguda (14%) y chikunguña (11%) enfermedades asociadas a agua y vectores confirma la constancia de determinantes ambientales, el déficit en saneamiento básico y la vulnerabilidad ecosistémica propia del Pacífico Colombiano (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de enfermedades de interés en salud pública en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó.

Evento	Bahía Solano	Nuquí	Bajo Baudó	Total
Malaria	42%	45%	44%	44%
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	13%	15%	14%	14%
Chikunguña	10%	12%	11%	11%
Infección respiratoria aguda (IRA)	7%	9%	8%	8%
Dengue	6%	6%	6%	6%
Parasitismo intestinal	4%	4%	4%	4%
Sarampión	2%	2%	2%	2%
Leishmaniasis	1%	1%	1%	1%

Zika	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Tuberculosis / Tosferina	0,4%	0,4%	0,4%	0,36%
No respondió	9%	8%	9%	8,7%

En cuanto a programas de salud pública, los más utilizados fueron vacunación (69%) y control de enfermedades crónicas (64%). Programas como salud mental y salud ambiental mostraron menor utilización (Tabla 5).

Tabla 5. Programas de salud pública utilizados en Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó.

Programa de Salud Pública	Bahía Solano	Nuquí	Bajo Baudó	Total
Hipertensión / Enfermedades crónicas	65%	63%	64%	64%
Vacunación	70%	68%	69%	69%
Salud oral	55%	53%	54%	54%
Salud sexual y reproductiva	50%	48%	49%	49%
Crecimiento y desarrollo infantil	45%	46%	44%	45%
Control de enfermedades transmitidas por vectores	40%	42%	41%	41%
Salud ambiental	20%	18%	19%	19%
Nutrición / Atención a desnutrición	15%	14%	16%	15%
Salud mental	12%	11%	13%	12%
Entidad responsable IPS locales	63%	62%	64%	63%
Entidad responsable EPS / campañas	31%	32%	30%	31%
Otros	6%	6%	6%	6%

EPS- Entidades Promotoras de Salud. IPS-Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

4. DISCUSIÓN

Los resultados permiten interpretar que las inequidades en salud observadas en los municipios costeros del Pacífico norte chocono no responden a fallas aisladas en la provisión de servicios, sino a la interacción acumulativa de determinantes estructurales, intermedios e institucionales, junto con condiciones ambientales.

Territorio como determinante estructural comparado. Esta dinámica se refleja en la composición sociodemográfica, marcada por el predominio de población afrodescendiente y niveles educativos concentrados en la formación básica. La evidencia señala que el nivel educativo se asocia con mejores condiciones laborales, estilos de vida más saludables y mayor esperanza de vida (Nievas et al., 2021), mientras que la baja escolaridad y la privación socioeconómica incrementan riesgos y limitan la capacidad de capacidad de gestión comunitaria y la comprensión de las rutas de

atención en salud (Chaves et al., 2023). Sumado a la dispersión territorial, este perfil limita la apropiación de programas preventivos y la participación en procesos de control social del sistema. Este patrón no es exclusivo del contexto colombiano; estudios en América Latina han demostrado que la geografía continúa siendo un determinante primario en la producción de desigualdades sanitarias, particularmente en regiones rurales, amazónicas o costeras con baja integración vial y limitada presencia estatal condicionan tanto la transición epidemiológica como el acceso efectivo a servicios (De Pietri et al., 2013; Pérez, 2022; Pineda, 2012; Poveda et al., 2022). Asimismo, la dimensión de género introduce patrones diferenciales de exposición y utilización de servicios, al estar mediada por roles socialmente construidos que influyen en riesgos y en la respuesta institucional (Nievas et al., 2021).

Si bien el departamento del Chocó ha presentado históricamente altos niveles de pobreza monetaria 68,4 % en 2019 frente al 35,7 % nacional y 64,6 % en 2020 frente al 42,5 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). La accesibilidad en estos municipios no puede explicarse únicamente por la dimensión económica. El aislamiento geográfico, la ausencia de conectividad terrestre, la dependencia del transporte marítimo o aéreo y las condiciones climáticas extremas configuran barreras físicas y logísticas que condicionan el acceso efectivo a la atención.

En ese sentido, los hallazgos de este estudio se alinean con la literatura internacional que reconoce la penalización geográfica en salud: territorios aislados presentan mayores costos de provisión, menor capacidad resolutoria local y dependencia estructural de remisiones externas. Este fenómeno también ha sido descrito en regiones del África subsahariana y áreas rurales amazónicas, donde las barreras físicas interactúan con determinantes socioeconómicos y ambientales para sostener cargas elevadas de enfermedades transmisibles y eventos prevenibles (Haakenstad et al., 2022; Sousa et al., 2022). La persistencia de estas brechas evidencia que los avances nacionales en indicadores agregados no se traducen en mejoras equivalentes en territorios rurales dispersos.

El acceso a servicios de salud constituye una dimensión crítica. Aunque la atención general se presta en los municipios con tiempos relativamente cortos, la medicina especializada depende de remisiones. La necesidad constante de remisiones a otras ciudades incrementa costos financieros y sociales, fragmenta la continuidad del cuidado y genera barreras adicionales de acceso. El sistema de salud implementado a partir de la ley 100 de 1993 (República de Colombia, 1993) no responde a las necesidades de la zona de estudio, la afiliación al sistema no garantiza acceso efectivo. La evidencia comparada

señala que modelos basados en competencia aseguradora y financiamiento per cápita tienden a reproducir inequidades cuando no se incorporan ajustes por dispersión geográfica y costos diferenciales de operación. En concordancia con Rodríguez y Benavides (2016), un modelo que no internaliza las condiciones territoriales y culturales limita su capacidad transformadora.

La percepción de los usuarios refuerza esta brecha: insatisfacción generalizada en acceso, satisfacción moderada en calidad y predominio de indiferencia frente a la cobertura. Este patrón revela una desconexión entre la oferta institucional y las expectativas comunitarias, y se alinea con estudios internacionales que muestran cómo la inequidad territorial y el racismo estructural afectan la confianza en los sistemas de salud en poblaciones afrodescendientes y rurales (Romero et al., 2025).

Perfil epidemiológico y persistencia de enfermedades prevenibles. En términos epidemiológicos, la alta prevalencia de malaria y la presencia de arbovirosis como dengue y chikunguña confirman la interacción entre factores ambientales y sociales, y se inscribe en un patrón global donde la enfermedad persiste en territorios caracterizados por pobreza, ruralidad y condiciones favorables al vector (OMS, 2025). En Colombia, el Chocó mantiene históricamente los índices más altos de malaria, asociados a deficiencias en saneamiento, baja escolaridad y condiciones habitacionales precarias (Cardona-Arias et al., 2019; Knudson-Ospina et al., 2019; Luque et al., 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). La constancia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas refleja deficiencias en agua potable, saneamiento y vivienda, mientras que la baja prevalencia de tuberculosis y sarampión no debe invisibilizar la necesidad de sostener campañas de vacunación y vigilancia epidemiológica. La persistencia de enfermedades transmisibles en regiones rurales no responde únicamente a fallas en tratamiento, sino a determinantes ambientales y socioeconómicos no resueltos. En este sentido, los resultados sugieren que las intervenciones clínicas, aunque necesarias, resultan insuficientes sin mejoras estructurales sostenidas.

Los programas de salud pública más utilizados vacunación, hipertensión y salud oral muestran la prioridad en intervenciones básicas, pero la baja participación en salud ambiental, nutrición y salud mental evidencia vacíos en la atención integral. Esta situación refleja la limitada capacidad institucional para responder a las necesidades territoriales y confirma lo señalado por la OPS sobre la urgencia de políticas diferenciadas y territorializadas (Sena et al., 2023).

Conectividad, tecnologías y legitimidad institucional. La limitada infraestructura de tecnologías de información y comunicación- TIC profundizan la desigualdad territorial.

La evidencia indica que las TIC fortalecen la eficiencia administrativa y el monitoreo epidemiológico (Casado et al., 2018; UNESCO, 2017), además de facilitar estrategias como telemedicina en contextos dispersos. La brecha digital observada en los municipios estudiados reproduce patrones documentados en regiones rurales de América Latina, donde la falta de conectividad amplía la distancia entre acceso formal y acceso efectivo.

Los hallazgos permiten situar las brechas observadas más allá de dificultades operativas o limitaciones administrativas. En estos territorios, la desigualdad sanitaria se inscribe en procesos históricos de exclusión que han afectado de manera desproporcionada a poblaciones afrodescendientes e indígenas, configurando expresiones contemporáneas de racismo estructural e inequidad territorial. La Organización Panamericana de la Salud ha definido la equidad como la ausencia de diferencias evitables e injustas entre grupos humanos (Sena et al., 2023), mientras que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS subrayó que la distribución desigual del poder, los recursos y las oportunidades produce brechas sistemáticas en los resultados sanitarios (OMS, 2008).

Desde esta perspectiva, la situación de Bahía Solano, Nuquí y Bajo Baudó no constituye una excepción periférica, sino una manifestación concreta de cómo la justicia social se materializa o se niega en el territorio. Garantizar el derecho a la salud en estos contextos implica reconocer que la equidad no es únicamente un principio normativo, sino una exigencia estructural que demanda transformaciones en la forma en que se distribuyen infraestructura, capacidades institucionales y oportunidades de desarrollo.

5. CONCLUSIONES

El estudio muestra que las inequidades sanitarias observadas en los municipios costeros del Pacífico norte chocoano se encuentran ancladas en condiciones territoriales que moldean de manera persistente la organización y el desempeño del sistema de salud. Las limitaciones en capacidad resolutive local y la dependencia de redes externas no se explican únicamente por déficits administrativos, sino por una configuración estructural que combina aislamiento geográfico y rezagos históricos en infraestructura básica.

En este escenario, la expansión formal de cobertura no modifica sustancialmente las brechas cuando los esquemas de provisión permanecen desvinculados de las dinámicas territoriales. La reducción sostenible de inequidades demanda que el territorio sea incorporado como categoría central de planificación sanitaria, con ajustes diferenciados en organización de servicios, inversión y gobernanza local.

REFERENCIAS

- Alcaldía de Bajo Baudó. (2024). Plan de desarrollo municipal 2024–2027 “Unidos por el cambio y la paz política de Bajo Baudó”. <https://www.bajobaudo-choco.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-2024-2027>
- Alcaldía de Nuquí. (2024). Plan de desarrollo municipal 2024–2027 “El cambio continúa con más fuerza y corazón”. <http://www.nuqui-choco.gov.co/plan-de-desarrollo-m/plan-de-desarrollo-municipal-2024-2027-el-cambio-continua>
- Alcaldía Bahía Solano. (2024). Plan de desarrollo municipal 2024–2027 “Unidos lo haremos mejor”. <https://www.bahiasolano-choco.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-territorial-con-el-acuerdo-004-de>
- Cardona-Arias, J. A., Salas-Zapata, W. A., & Carmona-Fonseca, J. (2019). Determinación y determinantes sociales de la malaria: Revisión sistemática, 1980–2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019>
- Casado, D., Delgado Yabar, G., Silva Valencia, J., & Condor Camara, D. (2018). Estudio descriptivo de la conectividad móvil de establecimientos de salud MINSA del departamento de Loreto en la Amazonía del Perú. <http://www.convencional2017.sld.cu/index.php/convencional2018/paper/viewFile/2091/853>
- Casallas-Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: Una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397–408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Chaves López, L. D., & Narváez-Burbano, J. H. (2023). Aproximaciones al estudio de la privación sociocultural desde los sistemas: Escuela, familia y comunidad. *Revista Guillermo de Ockham*, 21(1), 65–78. <https://doi.org/10.21500/22563202.5735>
- DANE- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Censo nacional de población y vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018>
- Defensoría del Pueblo de Colombia. (2016). Problemática humanitaria en la región Pacífica colombiana: Subregión Chocó. https://publicaciones.defensoria.gov.co/development1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/Problematica_humanitaria_en_la_Region_Pacifica_colombiana_-_subregion_Choco.pdf
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., Carcagno, A., & De Titto, E. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6), 452–460. https://www.paho.org/journal/sites/default/files/11--ARTI--De_Pietri--452-460.pdf?ua=1
- Gallego-Osorio, C., Betancurth-Loaiza, D. P., & Vélez-Álvarez, C. (2021). Determinantes sociales de la salud y activos comunitarios: Importancia para el análisis de contexto. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 24(2). <https://doi.org/10.31910/rudca.v24.n2.2021.1633>
- Gobernación del Chocó. (2020). Plan de desarrollo departamental del Chocó 2020–2023 “Generando confianza”. <https://www.choco.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-departamental-2020-2023-generando>
- Haakenstad, A., Salpeter, C., Knight, M., Bintz, C., Aravkin, A., Zheng, P., Gupta, V., et al. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019. *The Lancet*, 399, 2129–2154. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext)
- Knudson-Ospina, A., Barreto-Zorza, Y. M., Castillo, C. F., Mosquera, L. Y., Apráez-Ippolito, G., Olaya-Másmela, L. A., Piamba, A. H., & Sánchez-Pedraza, R. (2019). Estrategias para la eliminación de malaria: Una perspectiva afrocolombiana. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 9–16. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/76210>

- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and Services Canada. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Luque Ayala, L. A., & Ortega Usuga, N. C. (2022). Determinantes sociales, ambientales y culturales relacionados con los casos de malaria en las comunas 1 y 3 de Quibdó (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Manizales). Repositorio Institucional Universidad Autónoma de Manizales. <https://repositorio.autonoma.edu.co/handle/11182/1292>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Análisis de situación de salud, Colombia 2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
- Nievas, C. M., Moyano, D. L., & Gandini, J. B. (2021). Determinantes sociales y de género relacionados a las inequidades de salud en una comunidad de Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba*, 78(2), 103–109. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/29769>
- OMS. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- OMS. (2025). Malaria. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
- Pérez, G.B. (2022). Determinantes sociales de la salud: Una visión general en México y Chiapas. *AMU*. 6 de septiembre de;1(02):103-10. <http://www.revistas.unach.mx/index.php/revanales/article/view/30>
- Pineda, B. C. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Universitas Odontologica*, 31(66). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/2717>
- Poveda, F. X., López Barrionuevo, C. G., & Goyes Baca, M. J. (2022). Análisis neutrosófico de las determinantes sociales en la salud pública de Latinoamérica. *Publicación Científica de la Asociación Latinoamericana de Ciencias Neutrosóficas*, 22, 263–272.
- República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148. <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20LEY%20100%20DE%201993.pdf>
- Rodríguez-B., M., Casas-C., F., Morato, R., Andrade, G., Sánchez, E., Navarrete, J. M., Hurtado, M. L., Rincón, L. M., & Hissong, R. (1993). Conservación de la biodiversidad del Chocó biogeográfico: Proyecto Biopacífico (Plan operativo). INDERENA; Departamento Nacional de Planeación; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; Gobierno de Suiza.
- Rodríguez-Triana, D. R., & Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: Análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359–371. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10
- Romero, C., Cárdenas Gara, J., & Bustos-Viviescas, B. (2025). Racismo estructural en las ciencias de la salud: Deuda histórica y responsabilidad académica en América Latina (XIX–XXI). *Procesos Históricos*, 48, 138–145. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/procesoshistoricos/article/view/21873>
- Sena, A. G. N., Schutt-Aine, J., Arenas, J., & Akaba, S. (2023). Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. *Organización Panamericana de la Salud*. <https://iris.paho.org/items/b52a4d48-73ea-48f1-801f-ac8cf3c4eb61>
- Sousa, A., Herkrath, F. J., Wallace, C., Farmer, J., & Bousquat, A. (2022). Primary health care in the Amazon and its potential impact on health inequities: A scoping review. *Rural and Remote Health*, 22(1), 6747. <https://doi.org/10.22605/RRH6747>
- UNESCO. (2017). Sociedad digital: Brechas y retos para la inclusión digital en América Latina y el Caribe. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262860>

CAPÍTULO 8

¿POR QUÉ SE HA RECUPERADO LA ESPERANZA DE VIDA TRAS LA PANDEMIA EN MÉXICO?: UN ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

Data de aceite: 30/03/2026

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>

RESUMEN: La presente investigación tiene como propósito identificar en qué medida se han alcanzado en 2024 los niveles de la esperanza de vida (EV) existentes en 2019 en México y el efecto que en tal sentido han tenido los cambios observados en causas de muerte seleccionadas entre ambas fechas. A partir de la información oficial, mediante un análisis de regresión lineal se estimó el exceso de mortalidad en los años de pandemia; además, se calcularon tasas ajustadas de mortalidad por causas seleccionadas entre 2019 y 2024. Se construyeron tablas de vida abreviadas por sexo para México entre 2019 y 2024 lo que permitió estimar los años de esperanza de vida perdidos (A EVP) entre 0 y 85 años por causas seleccionadas en

cada año. México tuvo un notable exceso de mortalidad durante los años de pandemia, mayor en hombres que en mujeres. La EV al nacer en hombres se incrementó 6 años entre 2021 y 2024 y en mujeres 4,4 años en el mismo lapso, alcanzando niveles ligeramente superiores a las cifras de 2019. Los A EVP por COVID-19 se redujeron de 3,86 en 2021 a 0,02 en 2024 en hombres y de 2,78 a 0,02 en mujeres. Los A EVP por diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón e influenza y neumonía también disminuyeron en ambos sexos a niveles relativamente similares o menores a los observados en 2019. Aun cuando la pandemia de COVID-19 redujo sustancialmente la EV de mujeres y hombres en México entre 2019 y 2021, la significativa disminución de los A EVP por COVID-19 y otras causas de muerte fuertemente relacionadas con la pandemia ha permitido la recuperación de la EV al nacer y en el resto de las edades en 2024 a niveles que rebasan los observados en 2019.

PALABRAS CLAVE: esperanza de vida; años de esperanza de vida perdidos; COVID-19; mortalidad.

WHY HAS LIFE EXPECTANCY RECOVERED AFTER THE PANDEMIC IN MEXICO? AN ANALYSIS OF MORTALITY BY CAUSE

ABSTRACT: This research aims to identify the extent to which life expectancy (LE) levels in Mexico have been reached in 2024

compared to 2019, and the impact of changes in selected causes of death between those two dates. Using official data, a linear regression analysis was used to estimate excess mortality during the pandemic years. In addition, age-adjusted mortality rates for selected causes were calculated for 2019–2024. Abbreviated life tables by sex were constructed for Mexico between 2019 and 2024, allowing for the estimation of years of life lost (YLL) between 0 and 85 years for selected causes in each year. Mexico experienced a significant excess mortality during the pandemic years, higher in men than in women. Life expectancy at birth in men increased by 6 years between 2021 and 2024 and in women by 4.4 years in the same period, reaching levels slightly higher than the figures for 2019. YLL due to COVID-19 decreased from 3.86 in 2021 to 0.02 in 2024 in men and from 2.78 to 0.02 in women. YLL due to diabetes mellitus, ischemic heart disease, and influenza and pneumonia also decreased in both sexes to levels relatively similar to or lower than those observed in 2019. Even though the COVID-19 pandemic substantially reduced the life expectancy of women and men in Mexico between 2019 and 2021, the significant decrease in years of life lost due to COVID-19 and other causes of death strongly related to the pandemic has allowed for the recovery of life expectancy at birth and in the rest of the ages in 2024 to levels that exceed those observed in 2019.

KEYWORDS: life expectancy; years of life expectancy lost; COVID-19; mortality.

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la pandemia de COVID-19 provocó -entre los años 2020 y 2022- un drástico incremento de la mortalidad, en gran medida adjudicable directamente al virus, pero también debido al aumento de defunciones por otras enfermedades crónico-degenerativas, que vieron aumentar su letalidad tanto al contraer el virus el enfermo, como al no poder tratar adecuadamente su padecimiento en las instituciones de salud.

En tal sentido, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2024 ponen de manifiesto los altos niveles de prevalencia en la población mexicana de 20 años o más de la diabetes mellitus (DM) (15.9% hombres, 18% mujeres), (Reyes García et al., 2025) de la hipertensión arterial (31.6% hombres, 27% mujeres) (Campos-Nonato et al., 2025) y de sobrepeso y obesidad (72.9% hombres, 76% mujeres, y 40.1% en población adolescente). (Barquera et al., 2024) (Shamah-Levy et al., 2025) En la práctica, México es el país latinoamericano con mayores tasas de DM y sobrepeso y obesidad, lo cual creó un escenario favorable para que se produjera un notable exceso de mortalidad entre 2020 y 2022, reflejado en el hecho de que la esperanza de vida (EV), tanto al nacer como en el resto de las edades disminuyera sustancialmente en ambos sexos entre 2019 y 2021, una reducción mayor a la observada en la mayoría de las naciones en el mismo lapso. (Lozano et al., 2023)

A pesar de las cifras presentadas previamente, la EV al nacer, un indicador de mortalidad, pero también del desarrollo social alcanzado por una nación, parece haber

recuperado en México los niveles previos a la pandemia, en 2019. Aunque diversos autores han abordado el tema del descenso de la EV en México y a nivel internacional, son escasos los trabajos que han estudiado con detenimiento cómo los cambios en la mortalidad han propiciado la recuperación de la esperanza de vida, en particular en México.

Por ello, la presente investigación tiene como propósito identificar en qué medida se han alcanzado en 2024 los niveles de la EV existentes en 2019 en México y el efecto que en tal sentido han tenido los cambios observados en causas de muerte seleccionadas entre ambas fechas.

2. MÉTODOS

En la presente investigación, la información sobre defunciones en México se obtuvo de las bases de datos de defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2025). A su vez, los datos sobre la población mexicana en el período analizado se extrajeron de las proyecciones publicadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2019).

Asimismo, las causas de muerte analizadas se clasificaron de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Así, se recopiló tanto la información de las defunciones por COVID-19 (U07.1, U07.2 y U10.9) entre 2019 y 2024 como la de aquellas enfermedades crónicas consideradas entre las comorbilidades más frecuentes en personas con COVID-19 - diabetes mellitus (E10-E14) y enfermedades isquémicas del corazón (EIC) (I21-I25)- otras enfermedades respiratorias -enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), (J40-J44), influenza y neumonía (IyN), (J09-J18) así como tumores malignos (TM), (C00-C97).

En primer lugar, se evaluó la tendencia de la mortalidad en México entre 1990 y 2024, y a través de un análisis de regresión lineal -mediante la ecuación de regresión-, se estimó el exceso de defunciones en el país entre 2020 y 2022, por sexo, estableciendo el peso de las muertes por COVID-19 y otras causas en dicho exceso.

Con los datos de defunciones y población se construyeron para México tablas de vida abreviadas, por sexo, para cada año entre 2019 y 2024. Esto permitió estimar la EV al nacer y a diferentes edades entre 2019 y 2024, y calcular los cambios acaecidos entre los años analizados.

A continuación, se calcularon tasas ajustadas de mortalidad -mediante el método directo- por sexo y causas de muerte seleccionadas entre 2019 y 2024, tomando como estándar la población de México en 2024.

Igualmente, a partir de las tablas de vida, y de acuerdo con el método de Arriaga (1996), se calcularon tanto la esperanza de vida temporaria (EVT) entre 0 y 85 años como los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) según sexo entre estas dos edades (en general, por COVID-19 y el resto de las causas analizadas).

Este proyecto, aprobado por el Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano de la Universidad de Guadalajara, se ha realizado de acuerdo con los aspectos éticos expuestos en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de México, en tanto se consideró 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

En el Cuadro 1 se presenta información sobre el exceso de defunciones observado durante la pandemia de COVID-19. En el caso de los hombres, los fallecimientos que rebasaron la cifra esperada entre 2020 y 2022 fueron algo más de 400,000, mayormente debido al exceso observado entre 2020 y 2021, cuando el porcentaje llegó a ser de alrededor del 30%.

Cuadro 1. México: Exceso de mortalidad entre 2020 y 2022, según método de estimación de defunciones esperadas.

Hombres				
	Defunciones Reales	Defunciones Esperadas	Exceso Defunciones	% Exceso
2020	639277	443106	196171	30.69
2021	646825	451978	194847	30.12
2022	476185	460852	15333	3.22
Total	1762287	1355936	406351	23.05
Mujeres				
2020	446709	342275	104434	23.38
2021	474689	349005	125684	26.48
2022	370531	355734	14797	3.99
Total	1291929	1047014	244915	18.95

Fuente: de este y todos los Cuadros: Elaboración de los autores a partir de la información oficial de INEGI y CONAPO.

Para las mujeres, el exceso de defunciones (244,915) fue claramente menor al de los hombres, representando en 2020 y 2021 alrededor de la cuarta parte de la cifra de defunciones realmente observadas en dichos años. En ambos sexos, este porcentaje cayó de forma abrupta en 2022. Combinando las cifras estimadas para hombres y mujeres,

el exceso de defunciones en el período más álgido de la pandemia (2020-2022) sumó 651,266 defunciones, de las cuales alrededor del 73% (477,537) se debieron directamente a las muertes por COVID-19.

El cuadro 2 permite observar el impacto de este exceso de mortalidad en la EV de los hombres en México, y como se ha recuperado este indicador en años recientes

Cuadro 2. México: Años de esperanza de vida por grupos de edad (2019, 2021, 2024) y diferencia observada entre 2019-2021, 2024-2021 y 2024-2019. Sexo masculino.

Edad	EV 2019	EV 2021	EV 2024	Diferencia		
				EV2019-EV2021	EV2024-EV2021	EV2024-EV2019
< 1	72.34	67.14	73.30	5.20	6.16	0.96
1- 4	72.19	66.82	73.00	5.37	6.18	0.81
5- 9	68.36	62.95	69.14	5.41	6.19	0.78
10-14	63.44	58.02	64.22	5.42	6.20	0.78
15-19	58.54	53.11	59.32	5.43	6.21	0.78
20-24	53.87	48.43	54.68	5.44	6.25	0.81
25-29	49.43	43.96	50.21	5.47	6.25	0.78
30-34	45.08	39.61	45.81	5.47	6.20	0.73
35-39	40.73	35.32	41.47	5.41	6.15	0.74
40-44	36.45	31.19	37.14	5.26	5.95	0.69
45-49	32.25	27.21	32.98	5.04	5.77	0.73
50-54	28.14	23.48	28.97	4.66	5.49	0.83
55-59	24.17	19.89	25.08	4.28	5.19	0.91
60-64	20.41	16.58	21.37	3.83	4.79	0.96
65-69	16.92	13.56	17.92	3.36	4.36	1.00
70-74	13.67	10.89	14.81	2.78	3.92	1.14
75-79	10.80	8.55	12.08	2.25	3.53	1.28
80-84	8.33	6.56	9.73	1.77	3.17	1.40
85 y más	6.46	4.96	7.90	1.50	2.94	1.44

Como puede apreciarse, la caída de la EV entre 2019 y 2021 fue drástica: entre 0 y 50 años, cada grupo de edad perdió más de 5 años de esperanza de vida, aunque desde un punto de vista relativo, el impacto en los adultos mayores fue más fuerte, pues a partir de los 60 años, estos grupos de edades perdieron alrededor del 20% de su EV. Al comparar 2021 con 2024, se evidencia las ganancias obtenidas en la EV en este último año en todos los grupos de edad -sobre todo hasta los 40 años-, en todos los casos superiores a los años de EV perdidos previamente. El contraste entre 2024 y 2019 refleja que la EV en todas las edades es superior a la existente antes de la pandemia, destacando que el aumento observado a partir de los 65 años rebasa el año, y es como mínimo un 6% mayor a la EV reportada en 2019.

Cuadro 3. México: Años de esperanza de vida por grupos de edad (2019, 2021, 2024) y diferencia observada entre 2019-2021, 2024-2021 y 2024-2019. Sexo femenino.

Edad	EV 2019	EV 2021	EV 2024	Diferencia		
				EV2019-EV2021	EV2024-EV2021	EV2024-EV2019
< 1	78.77	74.68	79.14	4.09	4.46	0.37
1- 4	78.53	74.29	78.76	4.24	4.47	0.23
5- 9	74.68	70.42	74.90	4.26	4.48	0.22
10-14	69.76	65.48	69.97	4.28	4.49	0.21
15-19	64.84	60.57	65.06	4.27	4.49	0.22
20-24	59.98	55.71	60.21	4.27	4.50	0.23
25-29	55.15	50.90	55.38	4.25	4.48	0.23
30-34	50.34	46.14	50.57	4.20	4.43	0.23
35-39	45.55	41.41	45.81	4.14	4.40	0.26
40-44	40.82	36.79	41.08	4.03	4.29	0.26
45-49	36.16	32.29	36.44	3.87	4.15	0.28
50-54	31.63	27.99	31.93	3.64	3.94	0.30
55-59	27.26	23.87	27.56	3.39	3.69	0.30
60-64	23.10	20.09	23.38	3.01	3.29	0.28
65-69	19.21	16.63	19.47	2.58	2.84	0.26
70-74	15.61	13.47	15.87	2.14	2.40	0.26
75-79	12.29	10.62	12.57	1.67	1.95	0.28
80-84	9.36	8.09	9.62	1.27	1.53	0.26
85 y más	7.06	5.98	7.15	1.08	1.17	0.09

En lo referente a las mujeres (Cuadro 3), la reducción de la EV entre 2019 y 2021, aunque importante, no es tan acentuada como en el caso de los hombres: entre los 0 y 45 años, la caída de la EV rebasó en cada grupo los 4 años, y relativamente, el impacto en las adultas mayores fue menor, un descenso entre el 13% y 15% en su EV con respecto a la observada en 2019. Cotejando las cifras de 2024 y 2021, se aprecia un incremento marcado en la EV en todas las edades, mayor a 4 años entre las edades de 0 y 50 años. Asimismo, la comparación con las cifras de 2019 muestra un leve incremento de la EV en todas las edades, aunque menor al visto en el caso de los hombres; incluso, en las edades comprendidas en el grupo de 60 años y más, este aumento es de apenas 1% con relación a lo observado en 2019.

La evolución de las tasas ajustadas de mortalidad permite visualizar los cambios en el comportamiento de las causas analizadas entre el año previo a la pandemia, 2019, y 2024. (Cuadro 4)

Tanto en hombres como en mujeres, la tasa de mortalidad por COVID 19 disminuyó sustancialmente, hasta niveles cercanos a 0 en 2024. Igualmente, la tasa de mortalidad por DM se redujo en forma notoria en ambos sexos, con una disminución ligeramente más marcada entre los hombres que entre las mujeres, aunque la tasa de mortalidad por DM femenina es claramente más baja que la masculina.

No sucede lo mismo con la mortalidad por EIC y por IyN, en cada caso las tasas de 2024 son aún superiores a las observadas en 2019. No obstante, sí se aprecia un descenso notable entre 2021 y 2024, algo más acentuado en el caso de los hombres. Ahora bien, los datos evidencian que, en las cuatro causas de muerte incluidas en el análisis, las tasas femeninas son -y han sido a lo largo del período estudiado- notoriamente más bajas que las masculinas.

Los datos reflejan, además, que la mortalidad por EIC es en el caso de los hombres la principal causa de muerte en todo el período (excluyendo obviamente al COVID-19 en los años 2020 y 2021), siendo también la principal causa de muerte de las mujeres a partir de 2022.

Cuadro 4. México: Tasas ajustadas de mortalidad (por 100,000 hab.) por causas seleccionadas, según sexo, 2019-2024 y porcentaje de cambio entre 2019 y 2024 y 2021 y 2024.

HOMBRES				
	DM	EIC	IyN	COVID
2019	99.13	126.23	33.17	0.00
2020	146.50	185.58	65.76	233.98
2021	128.75	186.94	59.53	257.05
2022	100.29	150.62	33.22	40.99
2023	91.95	134.71	32.05	4.97
2024	91.73	131.03	33.69	1.42
% Cambio				
2019-2024	7.46	-3.80	-1.57	99.39
% Cambio				
2021-2024	28.76	29.91	43.40	99.45
MUJERES				
	DM	EIC	IyN	COVID
2019	85.23	80.50	22.47	0.00
2020	112.95	110.05	34.96	111.86
2021	105.23	116.00	32.58	141.93
2022	87.12	102.51	21.26	22.95
2023	80.94	92.18	21.85	2.58
2024	79.10	87.74	23.51	0.80
% Cambio				
2019-2024	7.19	-8.99	-4.60	99.29
% Cambio				
2021-2024	24.83	24.36	27.84	99.44

Finalmente, el cuadro 5 muestra el peso del COVID-19 en la reducción de la EV entre 2020 y 2021, pues los AEVP por esta causa en hombres estuvieron cerca de cuatro, y entre dos y tres años en el caso de las mujeres. De igual forma, las cifras observadas en 2024 (0.02), confirman su pérdida de relevancia en ambos sexos.

Cuadro 5. México: Años de esperanza de vida perdidos entre 0 y 85 años, según sexo y causas de muerte seleccionadas. 2019-2024.

Causas	HOMBRES					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DM	1.67	2.12	2.06	1.66	1.57	1.57
ElsqC	1.59	1.95	1.91	1.84	1.80	1.75
TM	1.37	1.16	1.14	1.26	1.27	1.28
COVID	0.00	3.94	3.86	0.61	0.07	0.02
lyN	0.51	1.04	1.02	0.51	0.52	0.54
EPOC	0.22	0.16	0.16	0.14	0.15	0.14
Causas	MUJERES					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DM	1.54	1.89	1.72	1.50	1.42	1.39
ElsqC	0.86	1.13	1.16	1.03	0.97	0.93
TM	1.57	1.46	1.41	1.50	1.52	1.54
COVID	0.00	2.23	2.78	0.41	0.04	0.02
lyN	0.37	0.64	0.59	0.35	0.37	0.38
EPOC	0.17	0.14	0.11	0.11	0.12	0.12

Asimismo, entre los hombres se observa que la DM causó más de dos AEVP en los años más intensos de pandemia, si bien su disminución ha sido consistente a partir de 2022, con cifras inferiores a las de 2019. Los AEVP por EIC también se incrementaron durante la pandemia, y aunque se han reducido, todavía presentan valores por encima de lo calculado para 2019. En el caso de la lyN, los AEVP se duplicaron en los años de pandemia – aunque con cifras menores a las de las otras causas mencionadas-, encontrándose en 2024 en un nivel similar al de 2019. Los AEVP por TM y las EPOC mantuvieron una tendencia decreciente durante el período.

En el caso de las mujeres, la situación guarda similitudes con la de los hombres en cuanto a las tendencias, pero vale la pena señalar que, a diferencia de los hombres, los AEVP por DM han tenido un mayor peso durante este lapso que aquellos perdidos por las EIC, cuestión esta que a partir de 2022 cambió en el caso de los hombres. De igual forma, salvo en los AEVP por TM, en el resto de las causas la cifra de AEVP en 2024 es claramente menor entre las mujeres que entre los hombres.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el exceso de mortalidad asociado a la pandemia de COVID-19 como “...la diferencia entre el número total de muertes estimado para un lugar específico y un periodo de tiempo determinado y el número que

habría cabido esperar en ausencia de una crisis como la pandemia”. (OMS, 2025) Así, esta definición incluye tanto las defunciones atribuibles directamente a COVID-19 como aquellas relacionadas indirectamente con la pandemia -tanto debido a sus efectos en el funcionamiento de los sistemas de salud como en su impacto social- comparándolas con las muertes que habrían ocurrido en circunstancias normales.

Las cifras estimadas en este estudio del exceso de mortalidad en México durante la pandemia -comparables a las estimadas por la OMS (OMS, 2025) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2025) revelan el notable número de defunciones registradas por encima de las cifras que cabría esperar en condiciones normales. Solo países con mucha mayor población que México, como Estados Unidos o la India, presentan cifras más elevadas en las estimaciones de la OMS. (OMS, 2023)

En México, casi tres cuartas partes de esta sobremortalidad estuvo directamente relacionada con el COVID-19, pero la cuarta parte restante estuvo asociada -sustancialmente- con el incremento de la mortalidad por DM, EIC e IyN. El notable crecimiento de las tasas ajustadas por estas causas entre 2019 y 2020-2021 en ambos sexos y el notorio aumento de los AEVP por estas causas entre 2019 y 2020 -en el caso de los hombres la suma combinada de los AEVP por las tres causas mencionadas pasó de 3.77 en 2019 a 5.11 en 2020 y en el de las mujeres de 2.77 a 3.66 en el mismo lapso- apoyan la idea del importante rol desempeñado por estas causas en el exceso de mortalidad antes mencionado.

Así, el exceso de mortalidad, atribuible no solo al COVID-19, sino también al alza de la mortalidad por enfermedades con alta prevalencia en la población mexicana, como la DM y las EIC, en un entorno marcado por las altas cifras de sobrepeso y obesidad, (García-Guerrero y Beltrán-Sánchez, 2021) más el incremento de las defunciones por neumonía -en muchas ocasiones derivadas de problemas con el diagnóstico- se manifestó en el hecho de que la EV al nacer decreciera cuatro años en las mujeres y algo más de cinco en los hombres entre 2019 y 2021.

Ahora bien, a partir de 2022, el declive reportado en la mortalidad por estas causas, evidenciado en la disminución de las tasas ajustadas de mortalidad y de los AEVP -sobre todo la acentuada caída de los AEVP por COVID-19 en hombres y mujeres, pero también la reducción observada en la mortalidad por DM- ha provocado la recuperación tanto de la EV al nacer como de la EV en el resto de las edades, siendo en 2024 claramente mayor a la observada en 2019.

Esta reducción de la mortalidad está relacionada, en primer lugar, con la amplia cobertura del programa nacional de vacunación contra COVID-19, iniciado a comienzos

de 2021, el cual atenuó el impacto de las diferentes “olas” de la pandemia y permitió disminuir las hospitalizaciones. En 2023, la cobertura de la vacunación contra COVID-19 en adultos jóvenes y mayores fue de 86.6 y 89.2%, respectivamente (Mongua-Rodríguez et al, 2024). Esto permitió dedicar mayores recursos y una mayor atención a las personas con enfermedades crónico-degenerativas, tareas que se habían visto en cierta medida relegadas ante la prioridad de atención otorgada al COVID-19.

Más allá de la pandemia, los resultados de este estudio llevan a pensar en que un mayor crecimiento de la EV en México requiere necesariamente de la disminución de la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas como la DM o las EIC. En tal sentido, y dada su alta prevalencia, sería pertinente diseñar e implementar políticas que hagan énfasis en el nivel primario de atención y en modificar estilos de vida desde edades tempranas, para disminuir la prevalencia de este tipo de enfermedades en el 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.

Barquera S, Hernández-Barrera L, Oviedo-Solis C, Rodríguez-Ramírez S, Monterrubio-Flores E, Trejo-Valdivia B, Martínez-Tapia B, Aguilar-Salinas C, Galván-Valencia O, Chávez-Manzanera E, Rivera-Dommarco J, Campos-Nonato I. (2024) Obesidad en adultos. *Salud Publica Mex.*; 66:414-424. <https://doi.org/10.21149/15863>

Campos-Nonato I, Monterrubio-Flores E, Ramírez-Villalobos D, Arias-Mendoza MA, Gómez-Álvarez E, Alcocer-Díaz-Barreiro L, Basto-Abreu A, Reyes-García A, Medina-García C, Hernández-Barrera L, Barquera S. (2025) Hipertensión arterial en adultos y brechas de atención a nivel nacional y estatal, Ensanut 2021-2024. *Salud Publica Mex.*; 67:633-643. <https://doi.org/10.21149/17102>

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>

García Guerrero V.M. y BeltránSánchez H. (2021). Heterogeneity in Excess Mortality and Its Impact on Loss of Life Expectancy due to COVID19: Evidence from Mexico. *Canadian Studies in Population*, 48,165–200.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2025). Mortalidad. Conjunto de datos: Defunciones registradas (mortalidad general), 1990-2024. inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadgeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2025) Tablero sobre exceso de mortalidad en México COVID-19 – UISP <https://www.insp.mx/recomendaciones/tablero-sobre-exceso-de-mortalidad-en-mexico-covid-19>

Lozano R, Montoya A, Razo, C, Schumacher A, Confort, H, Pease, S, Jones, D, Watson, S, Naghavi, M. (2023) Impacto de COVID-19 en la esperanza de vida en México. Un análisis basado en el estudio Global Burden of Disease (2021). *Gac Med Mex.*;159:479-487.

Mongua-Rodríguez N, Ferreyra-Reyes L, Ferreira-Guerrero E, Delgado-Sánchez G, Martínez-Hernández M, Canizales-Quintero S, Téllez-Vázquez NA, Cruz-Salgado A, Gutiérrez-Robledo LM, García-García L. (2024). Vacunación en personas adultas y adultas mayores en México. *Salud Publica Mex.*; 66:381-394.

OMS (2023). Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates) <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>

OMS (2025). Exceso mundial de muertes asociado a la pandemia de COVID-19. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/global-excess-deaths-associated-with-the-COVID-19-pandemic>

Reyes-García A, Basto-Abreu A, Reyes-Sánchez F, Stern D, Romero-Martínez M, Campos-Nonato I, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Barrientos-Gutiérrez T. (2025). Prevalencia de diabetes y control glucémico en México, Ensanut 2021-2024. *Salud Publica Mex.*; 67:622-632. <https://doi.org/10.21149/17286>

Shamah-Levy T, Gaona-Pineda EB, Cuevas-Nasu L, Méndez-Gómez-Humarán I, Rodríguez-Ramírez S, Ávila-Arcos MA, Morales-Ruan C, Valenzuela-Bravo DG. (2025) Prevalencia nacional y estatal de sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes en México y factores asociados. *Salud Publica Mex.*; 67:609-621. <https://doi.org/10.21149/17311>

DESCRIPCIÓN DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE MISIONES (2019-2022)¹

Data de submissão: 10/03/2026

Data de aceite: 25/03/2026

Daniel José Szewaga

Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Misiones (CUCAIMIS)
Maestría Salud Pública y Enfermedades Transmisibles (FCEQyN – UnaM)
Misiones, Argentina

Richard Malan

Instituto Nacional Central
Único Coordinador de
Ablación e Implante (INCUCAI)
Misiones, Argentina

Luis Esquivel

Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Misiones (CUCAIMIS)
Misiones, Argentina

Enrique J. Deschutter

Maestría Salud Pública y
Enfermedades Transmisibles
(FCEQyN – UnaM)
Misiones, Argentina

RESUMEN: La donación de órganos constituye una estrategia clave en salud pública para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas. En la provincia de Misiones, el proceso de procuración de órganos presentó cambios durante el período 2019-2022, especialmente a partir del impacto de la pandemia de COVID-19 en el sistema sanitario. El objetivo de este estudio fue describir el proceso de procuración y analizar las características de los donantes, los establecimientos de procuración y los aportes de órganos al Sistema Nacional. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo basado en los registros del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina. Se analizaron 100 donantes reales y 263 órganos procurados. La mayoría de los donantes fueron hombres de entre 40 y 59 años, siendo los accidentes cerebrovasculares la principal causa de ingreso hospitalario. La procuración se concentró en centros de alta complejidad y predominó la donación monorgánica, con el riñón como órgano más procurado e implantado. Entre 2019 y 2021 la tasa de donación provincial superó la media nacional, aunque en 2022 se observó un descenso significativo. Se concluye que, a pesar de la reducción de donantes asociada al contexto de la pandemia, Misiones mantuvo un aporte relevante de órganos al sistema nacional y una baja proporción de descartes.

PALABRAS CLAVE: donación de órganos; trasplante; procuración; Argentina.

¹ Este artículo se deriva del trabajo final de la Maestría en Salud Pública y Enfermedades Transmisibles titulado "Descripción de la procuración de órganos en la Provincia de Misiones (2019-2022)", bajo la dirección del Dr. Jorge Deschutter, la codirección del Dr. Richard Malan y la tutoría del Dr. Luis Esquivel, presentado en Posadas el 19 de diciembre de 2025.

DESCRIPTION OF ORGAN PROCUREMENT IN THE PROVINCE OF MISIONES (2019–2022)

ABSTRACT: Organ donation is a key public health strategy to improve the quality of life of patients with chronic diseases. In the province of Misiones, organ procurement experienced changes during the period 2019–2022, particularly due to the impact of the COVID-19 pandemic on the health system. The aim of this study was to describe the procurement process and analyze donor characteristics, procurement centers, and contributions of organs to the national system. A descriptive and retrospective study was conducted using records from the National Information System for Procurement and Transplantation of Argentina. A total of 100 actual donors and 263 procured organs were analyzed. Most donors were men aged 40–59 years, with cerebrovascular accidents as the main cause of hospital admission. Procurement was concentrated in high-complexity centers, and single-organ donation predominated, with kidneys being the most frequently procured and transplanted organs. Between 2019 and 2021, the provincial donation rate exceeded the national average, although a significant decline was observed in 2022. Despite the reduction in donors associated with the pandemic, Misiones remained an important contributor of organs to the national system with a low discard rate.

KEYWORDS: organ donation; transplantation; organ procurement; Argentina.

1. INTRODUCCIÓN

La donación y el trasplante de órganos constituyen una estrategia terapéutica consolidada para mejorar la calidad y prolongar la vida de pacientes con enfermedades crónicas y con insuficiencia orgánica terminal. Durante las últimas décadas, los avances en cirugía, inmunosupresión y cuidados intensivos permitieron que los trasplantes dejaran de ser procedimientos experimentales para convertirse en una alternativa terapéutica efectiva y ampliamente aceptada. Sin embargo, a nivel global, la demanda de órganos continúa superando ampliamente la disponibilidad, lo que convierte a la procuración en un componente crítico de los sistemas de salud.

A nivel internacional existen marcadas diferencias en las tasas de donación y trasplante entre países y regiones. Sistemas sanitarios con modelos organizativos consolidados, como el de España, presentan las tasas más altas de donación por millón de habitantes, mientras que en América Latina persisten brechas relacionadas con factores estructurales, organizativos y socioculturales. No obstante, en las últimas décadas se han observado avances en la región impulsados por políticas públicas orientadas a fortalecer los sistemas nacionales de procuración y trasplante.

El proceso de donación y procuración implica una compleja coordinación entre múltiples actores institucionales y comprende diversas etapas, desde la detección del potencial donante hasta el implante del órgano en el receptor. Este proceso incluye la

identificación del potencial donante en unidades de cuidados críticos, la certificación de muerte bajo criterios neurológicos o circulatorios, la evaluación de viabilidad de los órganos, la comunicación con la familia, el mantenimiento del donante, la asignación y distribución de órganos, la ablación quirúrgica, su preservación y transporte hacia el centro de trasplante. La adecuada coordinación de estas etapas resulta fundamental para garantizar la seguridad del procedimiento y la viabilidad de los órganos destinados al trasplante.

En Argentina, el sistema de donación y trasplante es coordinado por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), organismo encargado de regular, fiscalizar y promover las actividades de procuración y trasplante en todo el territorio nacional. La sanción de la Ley N.º 27.447, conocida como Ley Justina, fortaleció este sistema al establecer el principio de donante presunto y promover la organización hospitalaria orientada a mejorar la detección y gestión de potenciales donantes. El sistema nacional se apoya además en el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante (SINTRA), que permite registrar, gestionar y monitorear las actividades relacionadas con la donación y el trasplante en el país.

A pesar de estos avances, el sistema enfrenta desafíos vinculados a la identificación de potenciales donantes, la conversión de estos en donantes efectivos y la optimización de los procesos logísticos de procuración, distribución y trasplante. Diversos estudios señalan que factores organizativos, disponibilidad de recursos humanos especializados, infraestructura hospitalaria y condiciones epidemiológicas influyen significativamente en la actividad de procuración.

En este contexto, la provincia de Misiones ha desarrollado una estructura regional de procuración coordinada por el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Misiones (CUCAIMIS), en articulación con hospitales de alta complejidad del subsector público y con instituciones privadas de salud. En los últimos años la provincia ha mostrado avances en la identificación de donantes y en la realización de operativos de procuración, posicionándose en determinados períodos con indicadores superiores a la media nacional.

El período comprendido entre 2019 y 2022 estuvo particularmente influenciado por el contexto sanitario generado por la pandemia de COVID-19, que impactó en el funcionamiento de los sistemas de salud y en diversas actividades asistenciales, incluyendo la procuración y el trasplante de órganos.

En este marco, resulta relevante analizar la evolución reciente de la procuración de órganos en la provincia de Misiones, así como las características de los donantes y la distribución de los órganos obtenidos. El presente estudio tiene como objetivo

describir el proceso de procuración y analizar las características de los donantes, los establecimientos de procuración y los aportes de órganos al sistema nacional durante el período 2019-2022, con el fin de aportar evidencia que contribuya a optimizar la gestión de la procuración en la región.

2. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con el objetivo de describir y analizar las características de los donantes reales y de los órganos procurados en la provincia de Misiones (Argentina) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022.

Los datos fueron obtenidos del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) y de la Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA (CRESI), que registran los procesos de donación y trasplante a nivel nacional. La información fue organizada en una base de datos elaborada en Microsoft Excel para su posterior análisis.

2.2. POBLACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

La población de estudio estuvo conformada por todos los donantes reales de órganos registrados en el SINTRA en la provincia de Misiones durante el período 2019–2022.

Se incluyeron los donantes que completaron el proceso de procuración y de los cuales se ablacionó al menos un órgano para trasplante, independientemente de que el órgano haya sido considerado apto o no apto para implante. Se excluyeron los potenciales donantes que no llegaron a convertirse en donantes reales o cuyos procesos de donación no fueron completados en el sistema.

2.3. VARIABLES ANALIZADAS

Las variables analizadas incluyeron:

- institución procuradora (sector público o privado);
- causa de ingreso hospitalario del donante;
- edad y sexo del donante;
- tipo de donante (monorgánico o multiorgánico);
- tipo de órgano procurado (riñón, hígado, corazón, pulmón o páncreas);

- estado del órgano (apto o no apto para trasplante);
- destino del órgano según lugar receptor.

La información se registró utilizando el número de proceso asignado por el SINTRA, garantizando la confidencialidad de los datos personales.

2.4. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en la **provincia de Misiones**, ubicada en la región nordeste de la República Argentina, con una población aproximada de 1,3 millones de habitantes. La actividad de procuración de órganos en la provincia es coordinada por el **Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Misiones (CUCAIMIS)**, en articulación con hospitales públicos de alta complejidad y con instituciones privadas habilitadas.

2.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó utilizando datos secundarios provenientes de registros institucionales. La información fue anonimizada mediante el uso del número de proceso del SINTRA, garantizando la confidencialidad de los pacientes. La investigación se desarrolló de acuerdo con la normativa argentina de protección de datos personales (Ley N.º 25.326) y con las recomendaciones éticas para investigaciones en salud humana.

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas (%). Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. El análisis se realizó utilizando Microsoft Excel. Cuando correspondió, se aplicaron pruebas estadísticas de comparación (χ^2 para variables categóricas y prueba t de Student para variables continuas), considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

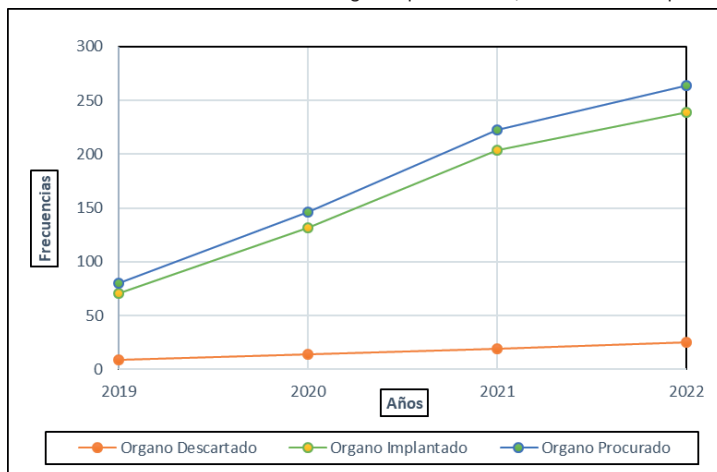
Se analizaron **100 donantes reales** registrados en la provincia de Misiones entre 2019 y 2022, de los cuales se obtuvieron **263 órganos**. Del total procurado, **238 órganos (90,5%) fueron implantados** y **25 (9,5%) fueron descartados**, lo que indica una elevada proporción de aprovechamiento de los órganos obtenidos.

Tabla 1. Total de donantes y Órganos procurados (Aptos - No Aptos) por Año.

Año	Donantes reales	Órganos procurados	Órganos Implantados	Órganos Descartados
2019	32	80	71	9
2020	23	64	59	5
2021	28	78	73	5
2022	17	41	35	6
Total	100	263	238	25

La actividad de procuración mostró variaciones anuales. En 2019 se registró el mayor número de donantes reales (32), seguido de 2021 (28), mientras que en 2022 se observó el menor valor de toda la serie (17). De forma consistente, el número total de órganos procurados también descendió hacia el final del período estudiado.

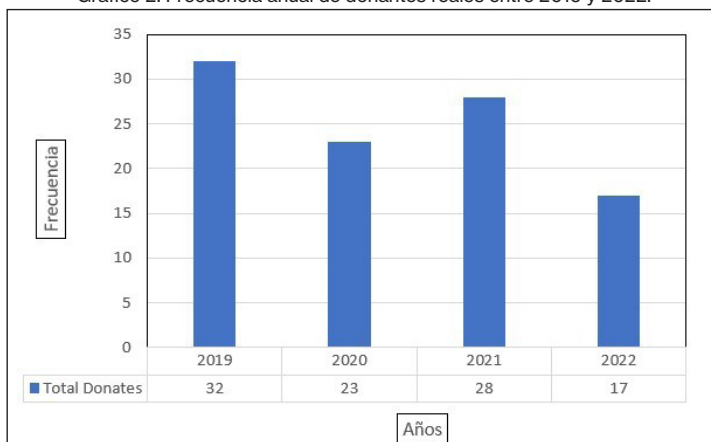
Gráfico 1. Frecuencia acumulada anual de órganos procurados (descartados e implantados).



Fuente: SINTRA (2019 - 2022).

La evolución anual de órganos procurados, implantados y descartados mostró un comportamiento similar, con reducción a partir de 2020 y descenso más pronunciado en 2022.

Gráfico 2. Frecuencia anual de donantes reales entre 2019 y 2022.



Fuente: SINTRA (2019 - 2022).

En relación con las características demográficas, la mayor proporción de donantes se concentró en el grupo de **40 a 59 años (50%)**, seguido por el grupo de **19 a 39 años (28%)**. Los menores de 19 años y los de 60 años o más representaron proporciones menores. La edad promedio de los donantes fue de **48 años**, con un rango entre **8 y 77 años**. La distribución por sexo fue equilibrada: **51% masculino y 49% femenino**.

Tabla 2. Edad de los donantes reales procurados (n=100)

Edad años / Año	Menor de 19	De 19 a 39	De 40 a 59	De 60 a más	Total (%)
2019	1	9	14	8	32
2020	1	8	13	1	23
2021	2	9	10	7	28
2022	0	2	13	2	17
Total	4	28	50	18	100

Respecto de la causa de ingreso hospitalario, predominó el **accidente cerebrovascular (ACV)** con **66%**, seguido por el **traumatismo craneo encefálico (TEC)** con **26%**, y otras causas con **8%**. El ACV fue la principal causa en todos los años analizados.

Tabla 3. Distribución y frecuencia de causa de ingreso por año (n=100).

Causa de muerte	2019	2020	2021	2022	Frecuencia
Accidente Cerebro Vascular (ACV)	21	18	14	13	66
Traumatismo Cráneo Encefálico (TEC)	6	5	12	3	26
Otros	5	0	2	1	8
Total	32	23	28	17	100

Otros: Meningitis, anoxia, tumor, otras causas de coma, herida de arma de fuego.

En cuanto al tipo de órganos procurados, se observó un claro predominio de los **riñones**, que representaron **200 de los 263 órganos procurados (76%)**, seguidos por el **hígado (18%)**, el **corazón (4%)**, el **páncreas (1,7%)** y el **pulmón (0,3%)**. En promedio, se procuraron **2,6 órganos por donante**.

Tabla 4. Tipo de órganos procurados y frecuencia (N=263).

Órgano	Lateralidad	Frecuencia	Porcentaje
Riñón	Izquierdo	100	-
	Derecho	100	-
	Subtotal	200	76
Hígado	-	47	18
Corazón	-	10	4
Páncreas	-	5	1,7
Pulmón	Bilateral (1BL)	1	0,3
Total	-	263	100

Nota: los porcentajes se calculan sobre el total de órganos procurados(n=263). "1 BL" indica un solo caso de procuración pulmonar bilateral.

La distribución por tipo de donación mostró una frecuencia semejante entre donantes **monoorgánicos (52%)** y **multiorgánicos (48%)**.

Tabla 5. Tipo de Donación (N=100).

Donante	Frecuencia	%
Monoorgánico	52	52
Multiorgánico	48	48
Total	100	100

El análisis de la aptitud de los órganos confirmó la elevada efectividad del proceso de procuración, ya que **más del 90% de los órganos** fueron considerados aptos para trasplante.

Tabla 6. Estado de órganos procurados y aptitud para trasplante (N=263).

Estado de órganos Procurados	Frecuencia	%
Apto (para trasplante)	238	90.5
No apto (descartado)	25	9.5
Total Procurado	263	100

La actividad de procuración se concentró en pocas instituciones. El **Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga** aportó **45% de los donantes reales**, seguido por el **Hospital SAMIC de Oberá (25%)** y el **Hospital SAMIC de Eldorado (19%)**. En conjunto, estos tres establecimientos reunieron la gran mayoría de los procesos de procuración de la provincia. Las instituciones públicas concentraron **94% de los donantes**, mientras que las privadas representaron solo **6%**.

Tabla 7. Total de donantes reales por Institución (2019-2022) (N= 100).

Institución	Años	2019	2020	2021	2022	Total
Hospital Esc. Agudos "Dr. Madariaga"		16	11	12	6	45
Hospital SAMIC de Oberá		6	4	9	6	25
Hospital SAMIC de El Dorado		3	7	4	5	19
Hospital SAMIC de Iguazú		1	1	-	-	2
Sanatorio Boratti		1	-	1	-	2
Sanatorio Instituto de Ortopedia y Sanatorio Traumatología (IOT)		2	-	-	-	2

Sanatorio Vechia de Puerto Rico	2	-	-	-	2
Hospital "Dr. Fernando Barreiro"	-	-	1	-	1
Sanatorio Nosiglia	-	-	1	-	1
Centro Médico Buenos Aires (CEMEBA)	1	-	-	-	1
Total	32	23	28	17	100

Nota: Hospital refiere a establecimientos públicos; Sanatorio a establecimientos privados

Tabla 8. Total de donantes reales por tipo de institución (2019-2022).

Tipo de Institución Procuradora	2019	2020	2021	2022	Total
Público	28	23	26	17	94
Privada	4	-	2	-	6
Total	32	23	28	17	100

La distribución territorial mostró una fuerte concentración en la **Zona Capital (52%)**, seguida por la **Zona Centro Paraná (25%)** y la **Zona Norte Paraná (23%)**. No se registró actividad de procuración en las zonas Sur, Centro Uruguay y Noreste durante el período analizado.

Tabla 9. Distribución de donantes reales por zona sanitaria (2019-2022).

Zona Sanitaria	Años	2019	2020	2021	2022	Total
Zona Capital		20	11	15	6	52
Zona Sur		-	-	-	-	-
Zona Centro Paraná		6	4	9	6	25
Zona Centro Uruguay		-	-	-	-	-
Zona Norte Paraná		6	8	4	5	23
Zona Noreste		-	-	-	-	-
Total		32	23	28	17	100

Zona Capital: Hospital Fernando Barreiro, Hospital Escuela de Agudos "Dr. R. Madariaga" (HEADRM), Sanatorio Boratti, Centro Médico Buenos Aires (CEMEBA), Sanatorio Instituto de Ortopedia y Traumatología (IOT), Sanatorio Nosiglia. **Zona Centro Paraná:** Hospital SAMIC de Oberá **Zona Norte Paraná:** Hospital SAMIC El Dorado, Hospital SAMIC Iguazú, Sanatorio Vechia de P. Rico.

El destino de los órganos procurados mostró predominio de la implantación local. Del total de órganos, **135 (51%)** fueron asignados a receptores de Misiones, mientras que **39,5%** fueron derivados a otras jurisdicciones, principalmente **Buenos Aires** y **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**. Los órganos descartados correspondieron al **9,5%** del total y fueron remitidos a anatomía patológica.

Tabla 10. Provincias receptoras de órganos implantados y descartados.

Provincia receptora	Frecuencia	%
Misiones	135	51
Buenos Aires	37	14
CABA	37	14
Córdoba	12	4.5
Santa Fé	11	4
Otros destinos	7	3
Anatomía Patológica (Descartes)	25	9.5
Totales	263	100

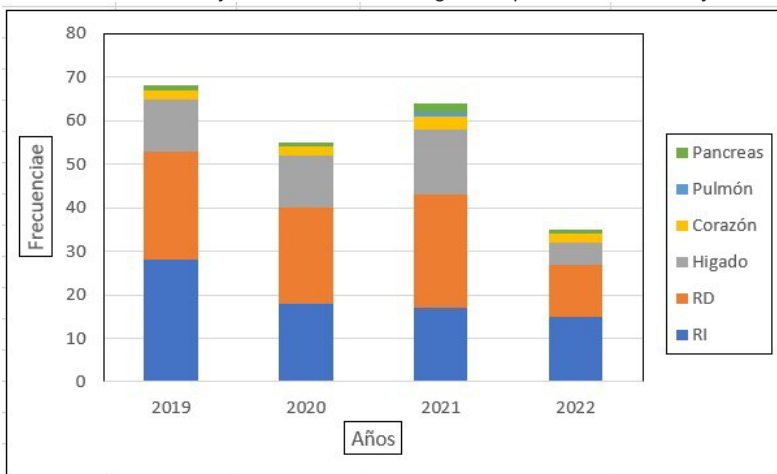
Otros: Entre Ríos, Mendoza, Corrientes

Los órganos implantados fueron predominantemente renales. Los **riñones izquierdo y derecho** concentraron el mayor número de implantes, seguidos por el **hígado**, el **corazón**, el **páncreas** y el **pulmón**. La actividad implantológica mostró descenso en 2022 respecto de los años previos.

Tabla 11. Frecuencia anual de implantes por tipo de órganos (2019-2022).

Órganos Implantados	2019	2020	2021	2022	Frecuencia
Riñón Izquierdo	30	21	25	15	91
Riñón Derecho	25	20	27	12	85
Hígado	13	14	15	5	47
Corazón	2	3	3	2	10
Páncreas	1	1	2	1	5
Pulmón	-	-	1	-	1
Total implantados	71	59	73	35	238

Gráfico 3. Frecuencia y distribución anual de órganos Implantados entre 2019 y 2022.



Fuente: SINTRA (2019 - 2022).

En el análisis de asociaciones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de donantes por sexo ni en la edad según sexo ($p > 0,05$). En cambio, sí se encontraron diferencias significativas en la distribución según causa de ingreso hospitalario, con predominio del ACV ($p < 0,05$). Tampoco se identificaron diferencias significativas entre tipo de donación y sexo o institución, aunque se observó mayor frecuencia de procuraciones multiorgánicas en hospitales de alta complejidad.

Tabla 12. Distribución de donantes según género y edad por año.

Sexo/Edad	Menor 19	19 a 39	40 a 59	60 o más	Año	Género por año	% donantes por año
Masculino	1	7	7	4	2019	19	-
Femenino	0	2	8	3		13	32
Masculino	0	6	5	6	2020	11	-
Femenino	1	2	8	1		12	23
Masculino	2	8	5	0	2021	16	-
Femenino	0	1	5	1		12	28
Masculino	0	1	4	0	2022	5	-
Femenino	0	1	9	2		12	17
Total	4	28	51	17	-	100	100

4. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que la procuración de órganos en la provincia de Misiones mantuvo un aporte relevante al sistema nacional de trasplantes durante el período 2019-2022, aunque con variaciones anuales marcadas y una disminución evidente a partir de 2020. Este comportamiento coincide con tendencias observadas a nivel nacional e internacional durante la pandemia de COVID-19, cuando la reorganización de los sistemas sanitarios, la presión sobre las unidades de cuidados intensivos y las restricciones operativas afectaron la actividad de donación y trasplante.

La reducción del número de donantes observada en 2020 y su persistencia hasta 2022 pueden interpretarse en el contexto de las limitaciones impuestas por la pandemia. Estudios regionales e internacionales han señalado que la disminución de camas críticas disponibles, la redistribución de recursos humanos y el impacto general de la emergencia sanitaria comprometieron la detección y mantenimiento de potenciales donantes. En este sentido, lo ocurrido en Misiones parece reflejar, con particularidades locales, un fenómeno más amplio registrado en América Latina y en otros sistemas de trasplante.

El perfil de los donantes identificado en este estudio fue consistente con lo reportado en la literatura: predominio de adultos de mediana edad y causas neurológicas como principal motivo de ingreso hospitalario. Sin embargo, a diferencia de algunos reportes regionales que describen mayor frecuencia de donantes masculinos, en Misiones la distribución por sexo resultó prácticamente equilibrada. El predominio del ACV como causa principal de ingreso sugiere un patrón epidemiológico más relacionado con enfermedades crónicas y eventos vasculares que con causas traumáticas.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la elevada proporción de órganos aptos para implante (**90,5%**), con una baja tasa de descarte (**9,5%**). Esto puede interpretarse como un indicador favorable de la calidad del proceso de procuración, incluyendo la detección, selección, mantenimiento clínico del donante y logística de distribución. Además, la derivación de casi el 40% de los órganos a otras provincias confirma que Misiones no solo abastece a sus propios receptores, sino que también contribuye de forma importante al sistema nacional.

La fuerte concentración de la actividad en tres hospitales públicos de alta complejidad revela, no obstante, una marcada centralización del proceso de procuración. Aunque esta concentración puede explicarse por la mayor disponibilidad de infraestructura, equipos especializados y experiencia clínica, también sugiere una subutilización del potencial donante en otras instituciones y zonas sanitarias de la provincia. La escasa participación del subsector privado refuerza esta interpretación y plantea la necesidad de

fortalecer la red provincial de procuración en términos de descentralización, capacitación y articulación institucional.

La comparación entre la tasa de donación provincial y la nacional mostró que Misiones presentó valores superiores entre 2019 y 2021, lo que confirma su buen desempeño relativo en el contexto argentino. Sin embargo, en 2022 esta situación se revirtió, con una tasa provincial inferior a la nacional. Este cambio puede estar asociado tanto al descenso del número absoluto de donantes como a limitaciones operativas persistentes tras la pandemia.

En conjunto, los resultados sugieren que la provincia dispone de una base institucional sólida para la procuración de órganos, pero que aún existen desafíos vinculados a la expansión territorial de la actividad, el fortalecimiento de hospitales con menor participación y la sostenibilidad del sistema frente a contingencias sanitarias.

5. CONCLUSIONES

La procuración de órganos en Misiones durante el período 2019-2022 se caracterizó por una concentración de la actividad en pocos establecimientos públicos de alta complejidad, con predominio del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga y de los hospitales SAMIC de Oberá y Eldorado.

El perfil de los donantes reales correspondió principalmente a adultos de 40 a 59 años, con distribución equilibrada por sexo y predominio del accidente cerebrovascular como causa de ingreso hospitalario.

La actividad mostró una elevada eficiencia, expresada en una alta proporción de órganos aptos para implante y una baja tasa de descarte, lo que sugiere un adecuado desempeño clínico y logístico del proceso de procuración.

Misiones realizó un aporte significativo al sistema nacional de trasplantes, no solo por el volumen de órganos procurados, sino también por la proporción derivada a otras provincias.

A partir de 2020 se observó una reducción del número de donantes, que persistió hasta 2022, en coincidencia con el contexto de la pandemia de COVID-19 y sus efectos sobre el funcionamiento del sistema de salud.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, dependió de registros secundarios provenientes del SINTRA y del CRESI, por lo que no puede descartarse la existencia de omisiones o subregistros. En segundo lugar, no se incluyeron variables

cuantitativas relacionadas con barreras organizativas, institucionales o actitudinales que pudieran influir en la procuración. Finalmente, por tratarse de un diseño descriptivo y retrospectivo, los resultados no permiten establecer relaciones causales.

7. IMPLICACIONES PRÁCTICAS Y LÍNEAS FUTURAS

Los hallazgos permiten proponer algunas líneas de mejora para fortalecer la procuración de órganos en Misiones. En primer lugar, sería conveniente ampliar la capacidad operativa de hospitales con baja participación en la generación de donantes, así como promover una mayor integración del subsector privado en la red provincial de procuración.

En segundo lugar, resulta necesario reforzar la capacitación continua de los equipos de salud en la detección oportuna del potencial donante, su mantenimiento clínico y la coordinación del proceso de procuración. También sería relevante desarrollar estudios futuros que incorporen análisis cualitativos sobre barreras operativas, éticas y organizativas.

Finalmente, la implementación de unidades hospitalarias de procuración y trasplante en la provincia podría contribuir a descentralizar la actividad y mejorar la sostenibilidad del sistema, particularmente en contextos de alta demanda asistencial.

8. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Como dato contextual posterior al período analizado, en 2023 se habilitó una **Unidad Hospitalaria de Procuración de Órganos y Tejidos (UHPROT)** en el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, con el objetivo de fortalecer la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante. Este avance institucional podría contribuir a mejorar los indicadores provinciales en los años siguientes y merece ser considerado en futuras investigaciones.

REFERENCIAS

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Trasplante de órganos y tejidos humanos: 62ª Asamblea Mundial de la Salud, A62/15*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a%26quot%3B_15-sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estrategias y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células: 60.º Consejo Directivo, 75.º Comité Regional de la OMS para las Américas (CD60/INF/10[B])*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-09/cd60-inf-10-b-s-trasplante-organos.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud; INCUCAI. (2018). *Ley N.º 27.447: Ley de trasplante de órganos, tejidos y células* <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27447308872>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Procuración de órganos y tejidos: Directrices del proceso en establecimientos asistenciales (IF-2022-38594595-APN-D#INCUCAI)*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res1642-1-370413.pdf>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2023, junio). *Memoria 2022: Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/memoria-2022.pdf>

DONASUR. (2023). *Revista DONASUR: Actividad de donación y trasplante de órganos y tejidos de América y el Caribe* (Nº 3). https://donasur.net/magazine/REVISTA_DONASUR_EDICION2023.pdf

Martín, R., Sierra Ruiz, M., Barrera Lozano, L. M. (2020). Donación de órganos y trasplante en la era COVID-19: ¿Realmente se deben parar los programas? *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(2), 227–234. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201175822020000200227

Moreno Treviño, M. G., Rivera Silva, G. (2015). Donación de órganos, tejidos y células en México. *Revista Médica del IMSS*, 53(6), 762–765. <http://www.cenatra.gob.mx>

Organización Nacional de Trasplantes & Global Observatory on Donation and Transplantation. (2024). *International report on organ donation and transplantation activities 2023*. <https://www.transplant-observatory.org>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Donación y trasplantes*. <https://www.paho.org/es/temas/donacion-trasplantes>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Reportes y estadísticas*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidadhospitalaria/reportes-estadisticas>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Programa Procuración de Órganos y Tejidos (Resolución 2022-3685-APN-MS)*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rs-2022-139136078-apn-ms.pdf>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Programa Federal de Procuración*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/programa-federalde-procuracion>

Ministerio de Salud Pública de Argentina. (2004). *Programa Federal de Procuración de órganos y tejidos*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/05resolucion_msal_199-04.pdf

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2024). *Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA)*. <https://sintra.incucai.gov.ar>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2019). *Memoria institucional 2018: Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/202002/0000001402cnt-11-memoria_2018.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Transplantation*. <https://www.who.int/health-topics/transplantation>

Burdiles, P. (2010). Algunas reflexiones éticas sobre los trasplantes de órganos sólidos. *Enhanced Reader*. (sin URL proporcionada)

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2005). *Comisión de selección y mantenimiento del donante de órganos: Manual*. https://cudai.org.ar/wp-content/uploads/2014/02/08manual_mantenimiento_incucai_15_05_06.pdf

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Pasos operativos*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/pasosoperativos#1>
- European Parliamentary Research Service. (2020). *Donantes de órganos fallecidos reales 2018*. <https://epthinktank.eu/2020/05/07/organ-donation-and-transplantationfacts-figures-and-european-union-action/actual-deceased-organ-donors-2018/>
- Becker, F. B., Roberts, D. K. J., de Nadal, M. B., Zink, M. B., Stiegler, P. B., et al. (2020). Optimizing organ donation: Expert opinion from Austria, Germany, Spain and the U.K. *Annals of Transplantation*, 1–16. <https://www.annalsoftransplantation.com/abstract/index/idArt/921727>
- White, S. L., Hirth, R., Mahillo, B., Domínguez-Gil, B., Delmonico, F., Noel, L., et al. (2014). The global diffusion of organ transplantation. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(11), 826–835. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4221768/pdf/BLT.14.137653.pdf>
- Ministerio de Justicia de la Nación. (1993). Ley 24.193. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/591/texact.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Proyecciones y estimaciones*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria>
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Historia de la donación y trasplante en Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/historia>
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2025). *Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante (SINTRA)*. <https://sintra.incucaicomunidad-hospitalaria.gov.ar>
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2019). *Histórico: más de 700 donantes de órganos en 2018*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/historico-mas-de-700-donantes-de-organos-en2018>
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2017). *Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA)*. <https://sintra.incucaicomunidad-hospitalaria.gov.ar>
- Eurotransplant International Foundation. (2018). *Annual report 2018*. https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2019/12/032675_ET_Jaarverslag2018_v7-1.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Misiones. (2019). *2019: Año histórico para Misiones en materia de donación de órganos y tejidos*. <https://salud.misiones.gob.ar/2019-anohistorico-para-misiones-en-materia-de-donacion-de-organos-y-tejidos/>
- Malan, R., Szewaga, J. D., Safulko, K. A., Andruzsysyn, T., Farquharson, C., Esquivel, L. A. (2018). *Análisis del impacto del desarrollo de un programa de procuración de tejidos oculares*. SAT2018 XIV Congreso Argentino de Trasplantes. https://www.eventgo.com.ar/SAT2018/TrabajosLibres.dll/EXEC/12/1xwxlj70mtp63d1b_zbath08vq292
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2015). *Ley XVII - N.º 21*. <https://digestomisiones.gob.ar/anexos/1688581714>
- Ministerio de Salud Pública de Misiones. (2025). *Ubicación geográfica*. <https://misiones.gob.ar/ubicacion-geografica/>
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2025). *Reportes provinciales: Misiones - Región Litoral 1*. https://sintra.incucaicomunidad-hospitalaria.gov.ar/mod_orgprovinciales/reportes_provinciales.php?jur=15

Ministerio de Salud Pública de Misiones. (2025). *Zonas sanitarias*. <https://salud.misiones.gob.ar/zonas-sanitarias/>

Jiménez, A. A. M., Barde, D. (2023). Impacto de SARS-CoV-2 en la donación cadavérica, trasplante renal y trasplante de córneas en el IMSS. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 12(1), 1-176. <https://doi.org/10.35366/112150>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2023). *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030: Informe de progreso (CE172/INF10)*. <https://www.paho.org/es/documentos/ce172inf10-informes-progreso-sobre-asuntostecnicos-b-estrategia-plan-accion-sobre>

Park, C. S., Park, Y. H. (2021). Impact of COVID-19 on the number of deceased donors and organ transplantation in Western countries. *Annals of Liver Transplantation*, 1(2), 123-128. <https://doi.org/10.52604/alt.21.0027>

Gobierno de España – La Moncloa. (2021). España mantiene su liderazgo mundial en donación de órganos en 2020. <http://www.transplant-observatory.org/>

Almeida, J., Araujo, C. A. S., de Aguiar Roza, B., Siqueira, M. M., Rocha, E. (2021). Risk analysis of the organ donation-transplantation process in Brazil. *Transplantation Proceedings*, 53(2), 607-611. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0041134521000221>

Ministerio de Salud de Brasil. (2022). *Donación de órganos: Brasil es el segundo mayor transplantador de órganos del mundo* <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2022/fevereiro/brasil-e-o-segundo-maior-transplantador-deorgaos-do-mundo>

Ministerio de Sanidad de España. (2025). *España revalida en 2019 su liderazgo mundial en donación de órganos*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5044>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2020). *Memoria 2019: Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/MEMORIA_2019.pdf

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2021). *Memoria 2020: Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-12/memoria-incucaai2020.pdf>

Domínguez, B. C., Ferrer, F. J. (2020). Drástico impacto de la pandemia de COVID19 sobre la actividad de donación y trasplante en España. *The Lancet*, 395(10223), 497-506. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7164910/>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). *Memoria 2021: Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaai/comunidad-hospitalaria/reportesestadisticas>

Ministerio de Salud de Argentina. (2023). *En 2022 se realizaron más de 4000 trasplantes de órganos y córneas*. <https://www.unidiversidad.com.ar/>

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2022). Programa para la implementación de Unidades Hospitalarias de Procuración de Órganos y Tejidos (UHPROT). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/if-2022137463471-apn-daj_incucai.pdf

CAPÍTULO 10

DESCARTE DE TEJIDO CORNEAL PROCURADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MISIONES, ARGENTINA: ANÁLISIS DE SEROLOGÍAS REACTIVAS, CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y FACTORES ASOCIADOS (2010–2019)¹

Data de submissão: 10/03/2026

Data de aceite: 25/03/2026

Silvia Andrea Zucco

Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Misiones (CUCAIMIS)
Maestría Salud Pública y Enfermedades Transmisibles (FCEQyN – UnaM)
Misiones, Argentina

Richard Malan

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)
Misiones, Argentina

Luis Esquivel

Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Misiones (CUCAIMIS)
Misiones, Argentina

Enrique J. Deschutter

Maestría Salud Pública y Enfermedades Transmisibles (FCEQyN – UnaM)
Misiones, Argentina

RESUMEN: Las enfermedades corneales constituyen una causa relevante de discapacidad visual y representan la segunda causa de ceguera reversible a nivel mundial. El trasplante de córnea continúa siendo una alternativa terapéutica efectiva para restaurar la visión; sin embargo, la disponibilidad de tejidos aptos depende de la calidad de los procesos de procuración, preservación, evaluación microbiológica y tamizaje serológico. El presente estudio tuvo como objetivo describir las características de los donantes y analizar la prevalencia de serologías reactivas y cultivos microbiológicos positivos en el descarte de tejido corneal procurado en el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga (HEADRM), en la provincia de Misiones, Argentina, durante el período 2010–2019. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, a partir de registros del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), de la Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA (CRESI) y de documentos institucionales del CUCAIMIS. Se incluyeron todos los donantes de tejido corneal procurados en el Hospital Escuela de Adultos “Dr. Ramon Madariaga” (HEADRM) durante el período de estudio, tanto con tejidos aptos como descartados. Se analizaron variables sociodemográficas, causas de muerte, técnica de ablación, resultados serológicos y cultivos microbiológicos. De 1122 tejidos corneales procurados, 393 (35%) fueron descartados y 729 (65%) implantados.

¹ Este trabajo deriva de la tesis de Maestría en Salud Pública y Enfermedades Transmisibles, Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (Universidad Nacional de Misiones, 2023), presentada por Silvia Andrea Zucco en 2023, realizada por Silvia Andrea Zucco bajo la dirección del Dr. Jorge Deschutter y co-dirección del Dr. Richard Malan.

Se observó un incremento sostenido de las procuraciones entre el primer y el segundo quinquenio del estudio, acompañado por una reducción de la proporción de descartes, de 47% en 2010–2014 a 32% en 2015–2019. Entre los donantes con tejidos descartados, la prevalencia de serología reactiva fue de 28%. Las principales causas infecciosas de descarte fueron *Trypanosoma cruzi* (33%), hepatitis B y/o C (32%), *Treponema pallidum* (19%) y HIV (10%). Además, 75 cultivos microbiológicos (19%) presentaron desarrollo microbiano. La técnica de ablación mostró asociación estadísticamente significativa con los resultados microbiológicos y con la evolución de los descartes. Los hallazgos evidencian una mejora progresiva en los procesos de procuración y una reducción de descartes a lo largo del tiempo, con impacto favorable en la disponibilidad de córneas para trasplante. Asimismo, resaltan la importancia del control serológico y microbiológico en la seguridad del receptor y en la optimización del sistema de donación y trasplante.

PALABRAS CLAVE: córnea; trasplante de córnea; donantes; descarte de tejidos; serología; microbiología.

DISCARD OF PROCURED CORNEAL TISSUE IN A REFERENCE HOSPITAL IN MISIONES, ARGENTINA: ANALYSIS OF REACTIVE SEROLOGIES, MICROBIOLOGICAL CULTURES AND ASSOCIATED FACTORS (2010–2019)

ABSTRACT: Corneal diseases constitute a significant cause of visual impairment and represent the second leading cause of reversible blindness worldwide. Corneal transplantation remains an effective therapeutic option to restore vision; however, the availability of suitable tissues depends on the quality of procurement, preservation, microbiological evaluation, and serological screening processes. The aim of this study was to describe donor characteristics and analyze the prevalence of reactive serologies and positive microbiological cultures associated with the discard of corneal tissue procured at the Dr. Ramón Madariaga School Hospital of Acute Care (HEADRM), in Misiones Province, Argentina, during the period 2010–2019. A descriptive, observational, cross-sectional, retrospective study was conducted using records from the National Information System for Procurement and Transplantation of Argentina (SINTRA), the SINTRA Reports and Statistics Center (CRESI), and institutional records from CUCAIMIS. All corneal tissue donors procured at the Dr. Ramón Madariaga Hospital during the study period were included, considering both tissues suitable for transplantation and discarded tissues. Sociodemographic variables, causes of death, ablation techniques, serological results, and microbiological cultures were analyzed. Of the 1,122 corneal tissues procured, 393 (35%) were discarded and 729 (65%) were implanted. A sustained increase in procurement was observed between the first and second quinquennium of the study, accompanied by a reduction in the proportion of discarded tissues from 47% in 2010–2014 to 32% in 2015–2019. Among donors with discarded tissues, the prevalence of reactive serology was 28%. The main infectious causes of tissue discard were *Trypanosoma cruzi* (33%), hepatitis B and/or C (32%), *Treponema pallidum* (19%), and HIV (10%). Additionally, 75 microbiological cultures (19%) showed microbial growth. The ablation technique showed a statistically significant association with microbiological results and with the temporal evolution of tissue discard. These findings demonstrate a progressive improvement in procurement processes and a reduction in discard rates over time, positively impacting

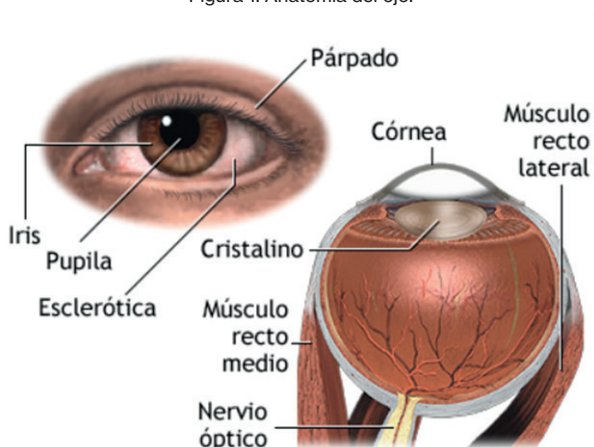
the availability of corneal tissue for transplantation. They also highlight the importance of serological and microbiological screening in ensuring recipient safety and optimizing the organ and tissue donation system.

KEYWORDS: cornea; corneal transplantation; donors; tissue discard; serology; microbiology.

1. INTRODUCCIÓN

La córnea es un tejido en el ojo humano que tiene el propósito de mejorar la calidad de la imagen formada en la retina. Es una membrana convexa, transparente, intensamente inervada y sensible ubicada en la porción anterior del globo ocular (Figura 1). Consiste en un tejido avascular en el cuerpo humano.

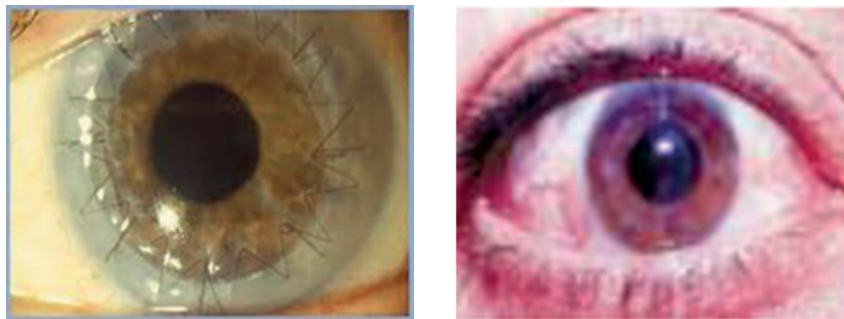
Figura 1. Anatomía del ojo.



Las enfermedades corneales constituyen un importante problema de salud pública debido a su impacto sobre la visión, la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas afectadas. La córnea cumple funciones esenciales de transmisión de la luz, refracción y protección de la porción anterior del ojo. Cualquier alteración en su transparencia, integridad estructural o curvatura puede comprometer seriamente la formación de imágenes en la retina y provocar discapacidad visual.

La cornea es la única parte del ojo que puede ser trasplantada. En este contexto, el trasplante de córnea, o queratoplastia (Fig. 2), se ha consolidado como uno de los procedimientos de tejido humano más exitosos, indicado para múltiples patologías de origen infeccioso, degenerativo, traumático, inflamatorio o quirúrgico.

Figura 2. Trasplante de Córnea con suturas, puntos separados - Transparente (3).



Su objetivo puede ser óptico, terapéutico, tectónico o cosmético, según la condición clínica del receptor. A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y en los sistemas de preservación, la disponibilidad de tejido corneal apto continúa siendo un desafío para los programas de trasplante.

A nivel global, la brecha entre la necesidad de córneas y la disponibilidad de injertos continúa siendo amplia. La tasa de descarte de tejidos procurados constituye uno de los principales obstáculos para ampliar el acceso al trasplante. Entre las causas más frecuentes de descarte se destacan las serologías reactivas frente a infecciones transmisibles, los cultivos microbiológicos positivos y distintas causas operativas o morfológicas que comprometen la aptitud del tejido para implante.

En Argentina, el sistema nacional de donación y trasplante se encuentra coordinado por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) y los organismos jurisdiccionales, a través de procesos regulados y registrados en el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA). En la provincia de Misiones, el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga implementó en 2010 un programa de procuración de tejidos oculares, lo cual permitió incrementar la obtención de córneas y fortalecer el circuito de distribución regional y nacional. Sin embargo, existe escasa literatura nacional orientada específicamente al análisis de las causas de descarte del tejido corneal procurado y a sus determinantes clínico-epidemiológicos.

Por ello, este estudio se propuso describir la evolución de las procuraciones de tejido corneal en el Hospital Escuela de Adultos "Dr. Ramon Madariaga" (**HEADRM**) y analizar las principales causas de descarte durante el período 2010–2019, con especial énfasis en las serologías reactivas y los cultivos microbiológicos positivos. Generar evidencia local sobre este proceso resulta fundamental para orientar estrategias de mejora en la selección de donantes, la calidad de los procedimientos y la seguridad del trasplante.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de los donantes y las ablaciones de tejido corneal en el HEADRM, así como la prevalencia de serologías reactivas y cultivos microbiológicos positivos en el descarte de tejido corneal procurado durante el período 2010–2019.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la frecuencia anual de ablaciones de tejido corneal en el HEADRM entre 2010 y 2019.
- Determinar la frecuencia de descartes de tejido corneal debido a serologías reactivas según agente etiológico.
- Analizar la proporción de descartes por cultivos microbiológicos positivos.
- Evaluar la asociación entre variables clínico-epidemiológicas de los donantes y el descarte del tejido corneal.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional retrospectivo.

El ámbito de estudio fue el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga (HEADRM), en la ciudad de Posadas, provincia de Misiones, Argentina. Se analizaron datos provenientes del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) y registros institucionales del CUCAIMIS correspondientes al período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2019.

La población del estudio incluyó todos los donantes de tejido corneal registrados en el HEADRM durante el período analizado. Se incluyeron donantes mayores de 14 años cuyos tejidos corneales fueron clasificados como aptos o no aptos para trasplante según la normativa vigente.

Las variables analizadas incluyeron sexo, edad, lugar de residencia, causa de muerte, resultados serológicos, resultados de cultivos microbiológicos y técnica de ablación utilizada.

Las causas de descarte se clasificaron en tres categorías:

- descarte por serología reactiva,
- descarte por cultivo microbiológico positivo,
- descarte por otras causas.

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las asociaciones entre variables se evaluaron mediante la prueba de chi cuadrado y el cálculo de odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%.

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE DONANTES Y TEJIDOS PROCURADOS

El estudio incluyó un total de 591 donantes evaluados entre 2010 y 2019, de los cuales 561 resultaron aptos para la procuración de tejido corneal (Tabla 1).

Tabla 1. Total de donantes y tejidos evaluados (procurados y no procurados) por año.

Año	Donante Potencial	Tejidos evaluados	Tejido corneal procurado (Aptos)	Tejidos no procurados	Donantes descartados
2010	18	36	33	3	2
2011	28	56	54	2	1
2012	24	48	46	2	1
2013	23	46	42	4	2
2014	24	48	46	2	1
2015	35	70	70	0	0
2016	46	92	84	8	4
2017	62	124	120	4	2
2018	119	238	223	15	8
2019	212	424	404	20	10
Total	591	1182	1122	60	31

A partir de estos donantes se obtuvieron 1122 tejidos corneales procurados, de los cuales 729 (65%) fueron implantados y 393 (35%) descartados (Tabla 2).

Tabla 2. Total de tejidos corneales procurados, descartados e implantados (2010 - 2019).

Tejido Corneales Procurados	Frecuencia	%
Descartados	393	35
Implantados	729	65
Total Procurados	1122	100

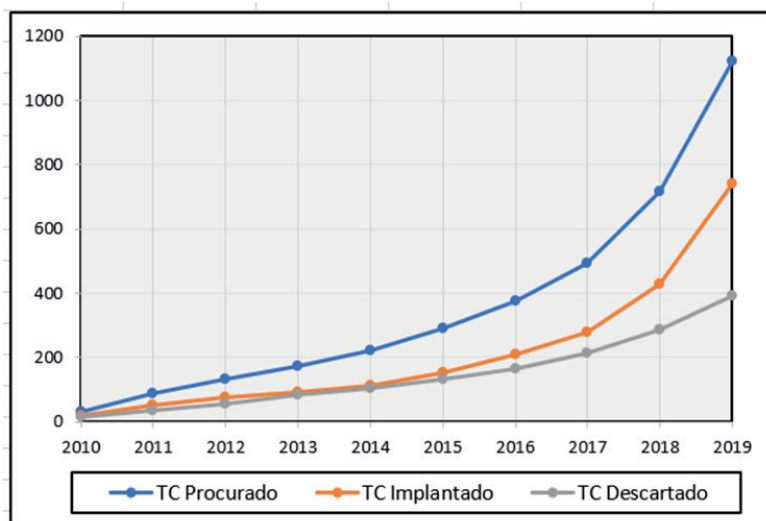
La **Tabla 3** detalla las procuraciones realizadas desagregando los descartes e implantes por año. Las frecuencias (F) acumuladas orientan la evolución anual de las procuraciones (descartadas e implantadas).

Tabla 3. Tejidos corneales descartados e implantados por año.

Año	Tejidos Corneales Descartados	F. Acumulada descartados	Tejidos corneales implantados	F. Acumulada implantados	Procuraciones total por año	Total Acumulado por año
2010	15	15	18	18	33	33
2011	20	35	33	51	54	87
2012	21	56	24	75	46	133
2013	28	84	16	91	42	175
2014	20	104	21	112	46	231
2015	30	134	40	152	70	291
2016	30	164	57	209	84	375
2017	50	214	70	279	120	495
2018	73	287	150	429	223	718
2019	106	393	300	729	404	1122

El Gráfico N° 1 expresa la frecuencia de acumulación anual de tejidos corneales procurados (implantados y descartados) entre 2010 y 2019.

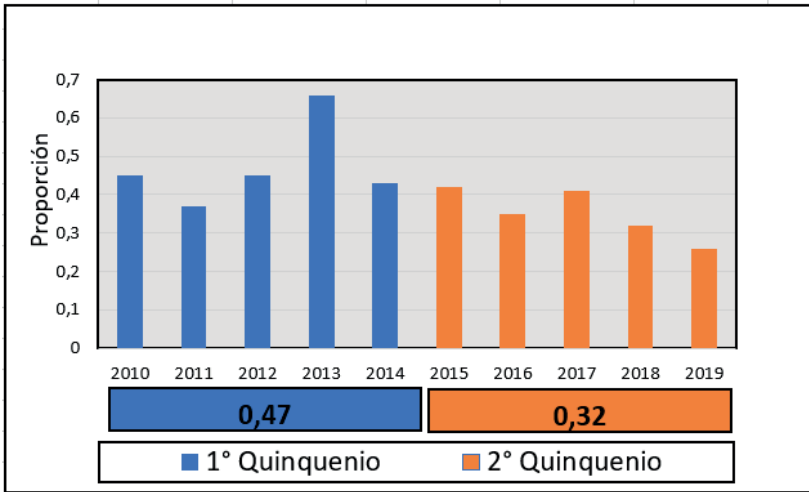
Gráfico 1. Acumulación anual de tejidos corneales procurados (implantados y descartados). Fuente: SINTRA 2010-2019.



Se observó una reducción en la proporción de descartes entre el primer quinquenio (2010–2014), con un promedio de 47%, y el segundo quinquenio (2015–2019), con 32%.

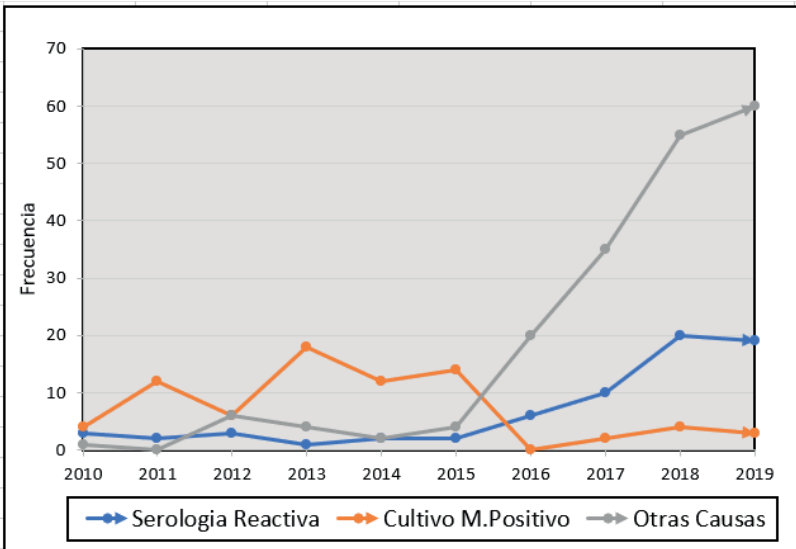
El Gráfico 2 expresa la disminución (15%) de los descartes en promedio entre ambos quinquenios.

Gráfico 2. Variação promedio del descarte de tejido corneal por quinquenio. Fuente: SINTRA 2010-2019.



Se observaron diferencias entre quinquenios en las causas de descarte. Las serologías reactivas mostraron un aumento en el segundo quinquenio (2015–2019), mientras que los cultivos microbiológicos positivos disminuyeron a partir de 2016. Los descartes por otras causas incluyeron factores operativos como manipulación del tejido, cadena de frío, tiempo de distribución y calidad del tejido. (Gráfico 3).

Gráfico 3. Descartes anuales por serologías, cultivos y otras causas. Fuente: SINTRA 2010-2019.



4.2. DESCARTE POR SEROLOGÍAS REACTIVAS

De los 393 tejidos descartados, se evaluaron los resultados serológicos de donantes resultando la prevalencia de seroreactivos el 28 % (ver **Tabla 4**).

Tabla 4. Serología de tejidos procurados descartados de donantes (N=241).

Serologías	Frecuencia	%
Reactivas	68	28
No Reactivas	173	72
Total	241	100

El análisis de los resultados serológicos mostró que *Trypanosoma cruzi* (33%), hepatitis B/C (32%) y *Treponema pallidum* (19%) fueron las principales causas infecciosas de descarte. En menor proporción se registraron infecciones por VIH (10%) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de descartes de tejido de donantes por serología reactiva y agente etiológico.

Serología Reactiva	Frecuencia	%
<i>Trypanosoma cruzi</i>	22	33
Hepatitis "B"	17	25
<i>Treponema pallidum</i>	13	19
Virus de la Inmunodeficiencia Humana	7	10
Hepatitis "C"	5	8
Otras	4	6
Total	68	100

Otras: incluye *Citomegalovirus*, *Brucella sp.*, *HTLV I-II*.

4.3. DESCARTE POR CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS

De los tejidos corneales descartados (N=393), 206 fueron evaluados mediante cultivo microbiológico y 75 (19%) presentaron desarrollo de microorganismos (Tabla 6).

Tabla 6. Proporción de descartes por "otras causas" y resultados de cultivos microbiológicos.

Cultivos	Frecuencia	%
Positivos	75	19
Negativos	131	33
Sin cultivo (por otras causas)	187	48
Total	393	100

4.4. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS DONANTES

Tabla 7. Distribución y frecuencia de tejidos corneales descartados según domicilio del donante.

Domicilio del donante	Frecuencia	%
Posadas	244	62
Interior de Misiones	106	27
Paraguay	31	8
Otras provincias de Argentina	12	3
Total	393	100

Tabla 8. Distribución y frecuencia de tejidos descartados según causa de muerte del donante.

Causa de muerte del donante	Frecuencia	%
Neoplásicas	90	23
Accidente Cerebro Vascular	75	19
Traumatismo Encéfalo Craneano	59	15
Otras causas	42	11
Endocrino metabólicas	39	10
Respiratorias	36	9
Cardiológicas	33	8
Otros traumatismos	13	3
Anoxia	6	2
Total	393	100

Otras causas: incluye enolismo, abdomen agudo, alteración del sensorio, espondilosis, convulsiones.

Otros traumatismos: incluye fractura de cadera, miembros inferiores y superiores.

Tabla 9. Distribución y frecuencia de descarte de tejidos corneales según rango etario.

Rango de Edades	Frecuencia	%
De 15 a 24	34	9
De 25 a 34	33	9
De 35 a 44	52	13
De 45 a 54	114	29
De 55 a 64	127	32
65 y mas	33	8
Total	393	100

El 64% de los donantes con tejidos descartados correspondió al sexo masculino. La técnica de enucleación representó el 74% de los procedimientos en tejidos descartados.

Tabla 10. Frecuencia de Técnicas de ablación por quinquenio y descartes por año.

Años/Q	Tejidos Procurados	In Situ	Enucleación	% tejidos descartados
2010/Q1	33	15		45
2011/Q1	54	20		37
2012/Q1	46	21		45
2013/Q1	42	28		66
2014/Q1	46	20		43
Q1	221	104		47
2015/Q2	70		30	42
2016/Q2	84		30	35
2017/Q2	120		50	41
2018/Q2	223		73	32
2019/Q2	404		106	26
Q2	901		289	32
Total	1122	393		35

Q= quinquenio.

Se observó asociación estadísticamente significativa entre la técnica de ablación y los resultados de cultivos microbiológicos ($p < 0.001$).

5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian una evolución favorable del programa de procuración de tejido corneal del HEADRM durante el período analizado. El incremento sostenido en la procuración de tejidos y la reducción proporcional de descartes reflejan mejoras en los procesos operativos y en la organización del sistema de donación.

La prevalencia de serologías reactivas observada en este estudio (28%) es comparable a la reportada en investigaciones realizadas en Brasil, como el estudio de Lunardelli y colaboradores, que encontró una prevalencia del 23% en donantes de córnea.

Otros estudios realizados en diferentes regiones también han reportado variaciones en la prevalencia de infecciones detectadas en donantes, lo cual puede estar influenciado por factores epidemiológicos regionales y características sociodemográficas de la población.

En relación con la contaminación microbiológica, los resultados del presente estudio muestran una proporción de cultivos positivos del 19%. Este hallazgo resalta la importancia de fortalecer los procedimientos de ablación, preservación y procesamiento del tejido corneal para reducir el riesgo de contaminación.

Asimismo, el análisis mostró una asociación significativa entre la técnica de ablación utilizada y los resultados microbiológicos, lo que sugiere que la implementación de la técnica de enucleación podría contribuir a mejorar la calidad microbiológica del tejido obtenido.

El predominio de donantes masculinos observado en este estudio coincide con resultados reportados en investigaciones realizadas en Brasil y China, donde se ha descrito una mayor proporción de donantes masculinos y variaciones en las principales causas de muerte (26,28,34).

Finalmente, los resultados obtenidos confirman el papel del HEADRM como principal centro de procuración de tejidos corneales en la provincia de Misiones y uno de los centros más relevantes del país en términos de generación de tejidos para trasplante.

6. CONCLUSIONES

El Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga incrementó significativamente las procuraciones de tejido corneal entre 2010 y 2019, acompañado de una reducción en la proporción de descartes.

La prevalencia de serologías reactivas (28%) y cultivos microbiológicos positivos (19%) representó causas relevantes de descarte durante el período analizado.

La implementación de la técnica de enucleación en los procedimientos de ablación se asoció con una reducción significativa en la proporción de descartes.

Los resultados de este estudio aportan evidencia para optimizar los procesos de procuración y mejorar la disponibilidad de tejidos corneales para trasplante en el sistema de salud.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación de los procesos de procuración de tejido corneal, así como promover investigaciones multicéntricas que permitan analizar las causas de descarte a nivel nacional.

Asimismo, se sugiere mejorar la articulación entre las instituciones involucradas en el proceso de donación y trasplante, optimizando la integración de bases de datos y fortaleciendo los mecanismos de control microbiológico y serológico.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las principales limitaciones se identificó la ausencia de información completa en los registros del SINTRA durante los primeros años del período estudiado, particularmente en relación con variables morfológicas del tejido corneal.

9. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En el año 2022 se habilitó el Banco de Tejidos de la Provincia de Misiones, lo que permitió mejorar la supervisión del tejido corneal y reducir los tiempos de procesamiento y distribución.

REFERENCIAS

Cruz GKP, Azevedo IC de, Carvalho DP de SRP, Vitor AF, Santos VEP, Ferreira Júnior MA. Aspectos clínicos y epistemológicos de pacientes trasplantados con córneas en un servicio de referencia. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 20 de marzo de 2017 [citado 20 de julio de 2023];25(e2897):1-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1537.2897>.

MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU) actualizado 05 de ago.2023. 2007 [citado 6 de diciembre de 2023]. p. 1 Anatomía interna y externa del ojo MedlinePlus. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8867.htm

Hawa Montiel H. Trasplante de córnea. Criterio clínico quirúrgico. Revista de Investigación Clínica. 1 de abril de 2005;57(2):358-67.

Unidad de trasplante equipo de trasplante de corneas, Equipo de trasplante de córnea. PO-Solicitud y trasplante de Córnea. Buenos Aires; 2014 dic.

Garralda A, Epelde A, Iturralde O, Compains E, Maison C, Altarriba M, et al. Trasplante de córnea. Navarra. An Sist Sanit Navar. 2006;29(Suplemento 2):163-74.

Herrera Cantalapiedra JM, Cocho Achilles L. Trasplantes de córnea en el año 2019: Análisis de resultados. Master en investigación en ciencias de la visión. 2021;1-43.

American Academy of Ophthalmology. 11 de oct. 2022 [citado 7 de diciembre de 2023]. p. 1 Trasplante de córnea. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/tratamientos/trasplante-de-cornea>

Terán Pérez SA, Orozco Gómez LP. Procuración de tejido corneal con fines de trasplante en el Centro Médico Nacional - 20 de Noviembre. [México]: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; 2013.

Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante, Cucaiba. Procuración de Órganos y Tejidos. Directrices del Proceso en Establecimientos Asistenciales. Anexo 1. [Internet]. Ciudad de Buenos Aires; 2022 abr [citado 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: argentina.gob.ar/salud

Pasos operativos | Argentina.gob.ar [Internet]. [citado 22 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaj/comunidad-hospitalaria/pasos-operativos>

Mliendo. Manual de Procedimientos para la Procuración de Tejido Ocular. Banco de Tejidos Oculares de Cucaiba. Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Manual [Internet]. [citado 22 de julio de 2023];2-36. Disponible en: www.cucaiba.gba.gov.ar

Mliendo CUCAIBA, Ministerio de Salud de la Nación. Vol. 1, Manual. Buenos Aires ; 2012 [citado 22 de julio de 2023]. p. 2-18 CUCAIBA - Criterios de selección de donantes de tejido corneal. Disponible en: www.cucaiba.gba.gov.ar

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Bacqué M del C, Reybaud G, Rey Fernández E, Bouchez Starcenbaum MI, Cittadino E. Banco de ojos Santa Lucía. Manual de Procedimientos Técnico - Administrativo. Rev-3-ao-2011. Caba; 2011 nov.

Calvano ML, Szewaga JD, Malan R, Villalba W. 05- Procedimiento de Ablacion de Corneas - ED1. Posadas - Misiones; 2015 dic.

Cittadino E, Fraga Betancur D, Lara JM, Olivia G, Solorza O, Penone P, et al. 0000001269cnt-Manual de ablación de globos oculares (1). Vol. DC-001 v01, Manual. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.; 2016. 1-31 p.

Spohn M, Calvano ML, Malan R, Villalba W. 04- Procedimiento de Distribucion de Corneas - ED1. Posadas - Misiones; 2015 jun.

Lunardelli A, Alvarenga RB, Assmann ML, Brum DE de L, Barison MA. Serological profile of candidates for corneal donation. Rev Bras Oftalmol. 14 de octubre de 2014;73(5):282-6.

Malan R, Szewaga JD, Safulko KA, Andruzsysyn T, Farquharson C, Esquivel LA, et al. SAT2018 XIV. Congreso Argentino de Trasplantes. Análisis del impacto del desarrollo de un programa de procuración de tejidos oculares en un hospital de alta complejidad. Cucaimis. 13 de noviembre de 2018 [citado 3 de septiembre de 2023];1-2. Disponible en: <https://www.eventgo.com.ar/SAT2018/TrabajosLibres.dll/EXEC/12/1xwxlj70mtp63d1tbzbath08vq292>

Ministerio de Salud Pública, INCUCAI. En línea. [citado 21 de agosto de 2023]. Historia | Argentina. gov.ar. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaihistoria>

Alvarez P, Montaner M, Suarez Bustos L, Cozza L. Comunicación, solidaridad y donación de órganos en la República Argentina. Tesis. 2014.

INCUCAI, Ministerio de Salud de la Nación. 0000001195cnt-10-Memoria 2017.Procuración y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Argentina. SINTRA CRESI [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 3 de septiembre de 2023];1:1-48. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/000000119cnt-10-memoria_2017.pdf

Cucaimis - Ministerio de Salud Pública de Misiones. Marandú Comunicaciones, Developmenteam. 2018 [citado 4 de septiembre de 2023]. Misiones tiene lista de espera para trasplante de córneas Cero. Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/misiones-tiene-lista-de-espera-para-trasplante-de-corneas-cero/>

Cucaimis. Ministerio de Salud Pública. 2020 [citado 17 de agosto de 2023]. Año histórico para Misiones en materia de donación de órganos y tejidos 2019. Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/2019-ano-historico-para-misiones-en-materia-de-donacion-de-organos-y-tejidos/>

Lunardelli A, Alvarenga RB, Assmann ML, de Lima Brum DE, Barison MA. Serological profile of candidates for corneal donation. Rev Bras Oftalmol. 2014;73(5):282-6.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Hospital Italiano de Buenos Aires [Internet]. Disponible en: <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/edu/home/principal/seccion/16967>

Shiratori CN, Hirai FE, Sato EH. Características dos doadores de córneas do Banco de Olhos de Cascavel: Impacto do exame anti-HBc para hepatite B. Arq Bras Oftalmol [Internet]. julio de

2011;74(1):17-20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492011000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Jeng Ting DS, Chen Y, Figueiredo FC. Effects of whole globe enucleation versus in situ corneoscleral excision on donor cornea tissue quality: A systematic review protocol. *JBI Evid Synth* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 29 de agosto de 2023];19(1):251-6. Disponible en: DOI:10.11124/JBIES-20-00117

Pessoa JLE, Schirmer J, Freitas D, Knihns NS, Roza BA. Distribuição do tecido ocular no Estado de São Paulo: Análise por razões de descarte de córneas. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 28 de agosto de 2023];27(e:3196):1-7. Disponible en: DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3041.3196>.

Schroeter J, Wilkemeyer I, Herrlinger F, Pruss A. Comparison of in situ corneoscleral disc excision versus whole globe enucleation in cornea donors regarding microbial contamination in organ culture medium - A prospective monocentric study over 9 years. *Transfusion Medicine and Hemotherapy* [Internet]. 11 de diciembre de 2012 [citado 28 de agosto de 2023];39(6):391-4. Disponible en: DOI:10.1159/000345717

Verdiguél Sotelo K, Carrasco Quiroz A, Alejandro López Macías P, Ortiz Lerma R. Calidad de tejido corneal procurado por personal médico no oftalmólogo capacitado. *Aportaciones originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc*;54(6) [Internet]. 4 de septiembre de 2016 [citado 29 de agosto de 2023];54(6):688-95. Disponible en: dalinde_karlaverdiguél@hotmail.com

Viegas MTC, Pessanha LC, Sato EH, Hirai FE, Adán CBD. Descarte de córneas por sorologia positiva do doador no Banco de Olhos do Hospital São Paulo: dois anos de estudo. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 29 de julio de 2009;72(2):180-4. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

INCUCAI, Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo de actuación, Artículo 33. Ley 27.447. Anexo Único de la Resolución de Directorio N° 54/2018. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.; 2011 ene.

Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-27447.pdf>

Tan H, Lin M, Gou Q, Li A, Gu F, Liu Q, et al. Trends in Corneal Transplantation and Characteristics of Donors in the Chongqing Eye Bank, China: A Retrospective Study, 1999–2018. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 28 de octubre de 2021 [citado 1 de septiembre de 2023];8(Article 750898):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.750898>

Ministerio de Salud de la Nación, Incucaí. Boletín Integrado de Vigilancia [Internet]. Vol. N° 404-SE, Quienes hacemos BIV Dirección de Epidemiología. 2018. p. 2-41. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin-vigilancia-404-23-3-2018.pdf>

Cobos M, Hidalgo G, Soratti C. Serologic Profile of Donors in Argentina. *El SEVIER Transplantation Proceedings* [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 26 de agosto de 2023];000(00041-1345/20):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2023.03.076>

Filev F, Bigdon E, Steinhorst NA, Kammal A, Schröder C, Wulff B, et al. Donor cornea harvest techniques: Comparison between globe enucleation and in situ corneoscleral disc excision. *Cornea*. 2018;37(8):957-63.

INCUCAI, Ministerio de Salud de la Nación. Memoria 2019. Procuración y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Argentina. Ministerio de Salud. [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2019 [citado 17 de agosto de 2023]. 1-57 p. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaí/comunidad-hospitalaria/reportes-estadisticas>.

CAPÍTULO 11

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Data de submissão: 13/02/2026

Data de aceite: 27/02/2026

Claudia Marcela Cantú Sánchez

Maestra en Terapia Familiar Sistémica
Profesor de Tiempo Completo del
Departamento de Enfermería y
Obstetricia de Irapuato
División Ciencias de la Vida
Universidad de Guanajuato
Doctorante en Ciencias del
Desarrollo Humano
UNIVA León
México

<https://orcid.org/0000-0003-2677-2570>

RESUMEN: La enfermería es considerada como un producto social relacionado con el arte de cuidar que responde a la necesidad de la ayuda a las personas cuando han perdido la independencia, estos cuidados se brindan cubrir las necesidades reales o potenciales por lo tanto las teorías y modelos conceptuales no son nuevos en la práctica de enfermería, desde que Florence Nightingale sentó las bases para la profesionalización de Enfermería. Ahora la enfermera tiene una visión científica que guiarán los pasos en la atención al individuo, familia o comunidad de forma holística con un fundamento de acuerdo con las necesidades. En las clasificaciones

de las diferentes teorías y modelos de enfermería uno de los roles es ayudar al individuo a realizar acciones que la persona no puede realizarlos por sí mismo como las acciones que preservan la vida, una de las representantes de esta tendencia es Dorotea E. Orem. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar. El tipo de paciente que se describe en la teoría del déficit de autocuidado son pacientes que requieren una ayuda parcial o total para realizar actividades de autocuidado, o en conjunto enfermera-paciente como el baño o pacientes con cuidados especiales, si existe el déficit de autocuidado los enfermeros pueden compensarlo con la participación del individuo para realizar, regular o rechazar el cuidado, de rechazar el cuidado de enfermería se deben activar otro sistema para llevarlo a cabo.

PALABRAS-CLAVE: adulto mayor; déficit de autocuidado; Orem; la relación familiar.

FAMILY FUNCTIONING AND SELF-CARE DEFICITS IN OLDER ADULTS

ABSTRACT: Nursing is considered a social product related to the art of caring, responding to the need to assist individuals when they

have lost independence. Such care is provided to meet real or potential needs. Therefore, theories and conceptual models are not new to nursing practice, especially since Florence Nightingale laid the foundations for the professionalization of nursing. Today, nurses adopt a scientific perspective that guides care for individuals, families, and communities in a holistic manner, based on their specific needs. Within the classification of nursing theories and models, one of the central roles is to assist individuals in performing actions they are unable to carry out by themselves, particularly those that preserve life. One of the main representatives of this approach is Dorothea E. Orem. Self-care is a learned activity directed toward a specific goal. It is a behavior that occurs in concrete life situations and is oriented either toward oneself or the environment, in order to regulate factors that affect one's development and functioning, ultimately benefiting life, health, and well-being. The type of patient described in the Self-Care Deficit Theory includes individuals who require partial or total assistance to perform self-care activities, or who engage in shared care with nurses, such as bathing or other specialized care needs. When a self-care deficit exists, nurses can compensate for it through patient participation in performing, regulating, or even rejecting care. In cases where nursing care is refused, alternative systems must be activated to ensure that care is still provided.

KEYWORDS: older adult; self-care deficit; Orem; family relationship.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el aumento de promedio de vida ha provocado el desarrollo de enfermedades degenerativas que ocurren con más frecuencia ocasionando estados de minusvalidez. Actualmente en México viven 8 millones de adultos mayores y la ONU calcula que de continuar estas tendencias para el año de 2025 los adultos mayores en América Latina y el Caribe constituirán el 14.1% de la población del planeta llegando hasta el 22.6% en 2050. Nuestra sociedad relega a los ancianos ocasionando baja autoestima, deterioro físico y aislamiento social, en algunos casos maltrato, generando depresión. Se visualiza un incremento del grupo poblacional de adultos mayores en Guanajuato sobre todo en los corredores industriales: León Irapuato y Celaya previendo que el aumento de la población de adultos mayores se triplique en los próximos veinte años. (Navarro, Ojeda, Ortega, Moreno, 2014).

Con los últimos avances en medicina y salud pública aumento el promedio de vida de las personas, y aunque la muerte no se evita, es de vital importancia llegar a una adultez con calidad, este cambio demográfico creará consecuencias a nivel social, demográfico, familiar y económico.

Uno de los problemas de salud de los adultos mayores como grupo poblacional serán las enfermedades crónicas con mayor prevalencia que ocurren por múltiples factores; es por esto que familia y sociedad tienen la responsabilidad de ofrecer las

oportunidades para que el adulto mayor tenga las habilidades para lograr un autocuidado satisfactorio a través de intervenciones de enfermería.

2. MÉTODO

Se entrevistó a una derechohabiente de un asilo de ancianos de 66 años; utilizó el método de estudio de caso entendido como el análisis de una situación real, la entrevista a profundidad es una forma de recolección de datos de manera primaria ya que recoge de modo descriptivo el estado de una cuestión en el Estado de Guanajuato, en México, la descripción y valoración de una adulta mayor que llamaremos Amalia, se llevó a cabo por personal de enfermería en 10 visitas previo consentimiento informado, posteriormente se procedió a la jerarquización de requisitos afectados, y de acuerdo a ellos se realizaron valoraciones focalizadas para adquirir datos suficientes para proceder a la elaboración de diagnósticos de Enfermería y posteriormente, establecer el plan de cuidados especializados de acuerdo al sistema de Enfermería, considerando las capacidades de autocuidado de la paciente y su familia.

Esta teoría es parte del modelo de Orem donde establece que los sujetos de cuidado presentan limitaciones relacionadas o derivadas de su estado de salud lo que incapacita un autocuidado continuo o resulta ineficaz o incompleto. Podemos definir que existe déficit de autocuidado cuando las demandas de la capacidad de la persona las sobrepasan y no pueda actuar porque no cuenta con la capacidad o no puede realizar las acciones para cubrir las demandas de su autocuidado.

La legitimidad de los cuidados de enfermería se da por la existencia del déficit de autocuidado cuando las personas que se encuentran con alguna limitación o incapacidad no pueden realizar su autocuidado, siendo candidatos para el cuidado de enfermería. El personal de Enfermería analiza cuales son los requisitos de cuidado del paciente para cubrirlos realizando un plan de cuidados, evaluando las capacidades y aumentar el potencial del paciente para llevarlas a cabo, cuando se recabaron los datos, se realizó el análisis con el programa Atlas ti para información cualitativa, versión 7, se codifico y se hizo un análisis de los datos. Cabe destacar que publicaciones en Enfermería en estudio de caso de adulto mayor son mínimas, lo cual revela una gran necesidad de la realización de investigación en esta línea para enriquecer la práctica de Enfermería.

3. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica, 1999).

El significado de Geriátrica según Nicola, 1985, es la medicina de los ancianos. Esta definición incluye, en un sentido moderno, la asistencia médica; es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica.

La Calenti en el 2011 define gerontología como la ciencia que estudia el envejecimiento y todos los fenómenos asociados a éste, dividiéndose en tres ramas de acuerdo a los aspectos que recoge: la gerontología social, cuyo objetivo es el estudio de todos los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en el envejecimiento; la gerontología experimental, referida a los aspectos de investigación que nos permitirían avanzar en el conocimiento del envejecimiento y, por último, la gerontología clínica, que se referiría a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, su diagnóstico y la intervención y readaptación social. En este sentido, la gerontología clínica incluiría todas las actuaciones que hay que realizar en la cabecera del enfermo por los diferentes profesionales del ámbito de la salud.

Aspectos psicosociales del envejecimiento

Para analizar los cambios psicosociales que se presentan en las personas mayores se ha de tener en cuenta no sólo su situación en el momento actual sino toda una serie de circunstancias que han influido y van a influir en los mismos, junto con su proceso de envejecimiento.

- **Tiempo de reacción:** Con el envejecimiento la repuesta a estímulos es más lenta. Por ello, al cuidar a personas ancianas hemos de partir de la base de que su ritmo va a ser más lento y evidentemente les tenemos que hacer comprender que no pueden realizar las actividades de una forma más rápida ya que ello conllevaría un riesgo importante de carácter físico y por ello no deben de sentirse incapaces de realizar dichas tareas, minimizando de esta forma el impacto psicológico que representa el sentirse incapaz de realizar algo, ya que el tema es sólo una cuestión de tiempo.
- **Capacidad de acción:** La lentitud es más notoria a medida que pasan los años, algo fácilmente observable en las personas ancianas, siendo ésta una de las características más destacadas del envejecimiento. Esta lentificación de las acciones está influenciada por la pérdida de eficacia de los procesos

sensoriales, pues el sistema nervioso central procesa los estímulos con menos eficacia y da lugar a un tiempo de respuesta mayor y alterando evidentemente también la precisión. Por ello no debemos apresurar al anciano en la realización de una actividad, hay que darle tiempo al tiempo.

Agudeza sensorial

- **Inteligencia:** Según Eisdorfer en Callenti 2011, la define como “la capacidad de comunicar, comprender y cuidar de uno mismo”. La persona mayor anciana media, física y mentalmente sana, no presenta disminución en su capacidad de inteligencia. Por lo general el déficit de inteligencia se suele relacionar con el estado de salud, específicamente con las patologías vasculares que afectan a la corteza cerebral, causando una disminución en la capacidad del cerebro para almacenar información.

Aprendizaje

- En las etapas finales de la vida tanto la memoria como el aprendizaje disminuye, aunque no temporice esta función, es decir, que se le permita utilizar el tiempo que necesite. También se debe de tener presente que el aprendizaje está relacionado con toda una serie de factores complejos que influyen en él como la salud, el tiempo de reacción y la motivación entre otros. La verdad es que las personas mayores tienen una motivación alta en el aprendizaje, cuando el tema o actividad tienen un sentido para ellos. Lo que es cierto es que aprenden con mayor facilidad cuando la información se da a un ritmo más lento y en ausencia de factores distorsionantes, o sea, que el entorno no distraiga y a la vez sea facilitador o favorable.
- **Resolución de problemas:** Ante los problemas, las personas ancianas intentan buscar su solución a través de sus experiencias previas. Parece ser que, ante retos nuevos, para los que no tienen experiencias anteriores propias, presentan un alto grado de dificultad para solucionarlos. Les es difícil llegar a realizar una discriminación precisa frente a los estímulos múltiples para organizar una información o material que sea complejo y evidentemente también por la ineficacia de su memoria a corto plazo.

El proceso de envejecimiento produce un deterioro mínimo en la memoria. La memoria se divide en inmediata, reciente y remota.

- La memoria inmediata la medimos pidiendo a las personas que repitan una serie de números, por lo tanto, implica un recuerdo durante unos segundos. Es

una función que raramente se ve dañada significativamente en las personas ancianas.

- La memoria reciente consiste en recordar información suministrada hace unos minutos. Se caracteriza por estar disminuida en las personas ancianas. Este tipo de memoria se puede ver afectada por factores fisiológicos y/o psicológicos. Esto último puede suceder en una persona que puede ser independiente, aun teniendo una libera afectación de este tipo de memoria; el hecho de que se presente un problema fisiológico (hipoxia) o psicológico (el fallecimiento de una persona allegada) puede desencadenar una descompensación o pérdida de capacidad importante o grave en este tipo de memoria.
- La memoria remota es la que permite recordar lo sucedido o aprendido hace muchos años. Su función se ve poco afectada por el envejecimiento normal.
- Los cambios en la motivación para la realización de unas determinadas actividades en los ancianos suelen estar enmarcados por la utilidad que ellos los ven. Si tiene una percepción positiva sobre la misma el grado de motivación será alto y si no es así, todo lo contrario.
- El autoconcepto positivo de las personas mayores es uno de los valores más importantes. La persona que tiene un buen autoconcepto de sí misma tendrá más recursos para luchar contra los problemas diarios, pues la autoestima tiene un profundo efecto sobre los procesos de pensamiento, emociones, deseos, valores, objetivos y comportamiento. Los ancianos presentan alteraciones de la autoestima con frecuencia, causados por procesos patológicos agudos o crónicos, por cambios en el entorno físico, social o económico, como pérdidas de seres queridos, etc. Ante estas circunstancias existen alternativas como el voluntariado o los animales de compañía, etc., que servirán para incrementar la autoestima.
- Se considera que es un rasgo que heredamos y en el que influye el entorno. Es la forma como la persona percibe, piensa, actúa y siente. Se puede decir que hay dos personalidades, una interna, donde encontramos la motivación, la autoestima y los valores y otra externa, que es la que la persona muestra a los demás. La personalidad en el anciano no suele alterarse por el proceso de envejecimiento, y es clave para determinar cómo se va a comportar ante un determinado proceso, es decir, cuáles van a ser sus reacciones. Esto significa que una persona anciana hará frente a las pérdidas de la misma manera en la que ha actuado a lo largo de toda su vida. Los cambios acentuados que se

presenten estarán relacionados con el miedo a las pérdidas y a los procesos de duelo.

- La jubilación se establece de forma administrativa al llegar a una determinada edad y lleva consigo asociado toda una serie de cambios, que fuerzan a la naturaleza humana a renovaciones de conducta y comportamientos a partir de un momento cronológico determinado, con lo que crea toda una serie de problemas físicos, sociales y psicológicos, muchos jubilados no resisten, y desarrollan cuadros de ansiedad o angustia con repercusiones físicas y psicológicas. (Quintanilla, 2006)

El Paciente Gerontológico como persona: autonomía y dependencia

Nuestras sociedades envejecidas plantean desafíos económicos, sociales, familiares, personales y también éticos. El tránsito a la madurez y el logro de autonomía significan convertirse en razonadores prácticos independientes, la dependencia y su conversión en oportunidad o capacidad de vida es la clave de la independencia y la autonomía.

Las tres dimensiones de la autonomía

Para identificar y comprender cuáles son las necesidades de salud de un paciente gerontológico y las respuestas clínicas y éticas más adecuadas es necesario distinguir tres dimensiones de la autonomía, aunque no como realidades aisladas sino como un continuum: la autonomía decisoria, la autonomía informativa y la autonomía funcional:

- La autonomía decisoria refiere a la libertad de elección, esto es, a la capacidad del paciente para deliberar y decidir (se) por un curso de acción. Es la dimensión ética y jurídicamente más desarrollada, a partir de la teoría del consentimiento informado.
- La autonomía informativa se centra en la definición, la protección y el control de la información de carácter personal y de la documentación asistencial, bien con mecanismos tradicionales como el secreto profesional, la confidencialidad y el derecho a la intimidad, bien con otros más recientes como el derecho fundamental a la protección de datos personales, garantizados al paciente anciano igual que al resto de los ciudadanos.
- La autonomía funcional alude a la libertad de acción (actuación o abstención) y la capacidad de realizar por uno mismo las decisiones adoptadas. (Calenti, 2011).

Análisis de la actividad

Diversas investigaciones centradas en el grupo de población de personas mayores concluyen que la actividad física, psicológica y social aumenta de forma significativa la calidad de vida y el bienestar en las personas que lo realizan de manera asidua. Así pues, el profesional de la salud puede utilizar las actividades para evaluar las destrezas y déficit de cada persona y para identificar las subsecuentes razones para la planificación de la intervención terapéutica basada en diversas actividades.

Desempeño Ocupacional: El objetivo de la terapia ocupacional es convertir estas ocupaciones humanas que son habituales en estado de salud (comer, caminar, etc.) en actividades que adquieren circunstancialmente valor terapéutico.

Las categorías de la función se encuentran bien diferenciadas: por un lado, las áreas del desempeño ocupacional y, por otro, los componentes del desempeño ocupacional. Según el Marco de Trabajo de la Práctica de la Terapia Ocupacional en su segunda edición (2008) las áreas del desempeño son:

- Las actividades de la Vida Diaria Básicas son aquellas actividades orientadas al cuidado de uno mismo, e incluyen el nivel más básico de la ocupación. Incluye la alimentación, el vestido, higiene menor (lavado de manos, lavado de cara, cepillado de pelo y cepillado de dientes), higiene mayor (uso del baño), esfínteres, movilidad funcional (en la cama, silla de ruedas y transferencias) y cuidado de dispositivos personales (gafas, audífonos, lentillas, dentadura postiza, equipamiento adaptado y dispositivos sexuales y contraceptivos).
- Las actividades de la Vida Diaria Instrumentales son aquellas que están orientadas hacia la interacción con el medio y que son a menudo más complejas. Incluye cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistemas de comunicación (teléfono e internet), uso de transporte público, manejo de dinero, cuidados del hogar, preparación de comidas, medidas de mantenimiento y seguridad en el hogar e ir de compras.

Estancias: Una de las opciones de vida para los ancianos que son dependientes es que los adultos mayores tienen riesgo de institucionalizarse, aunque es minoría es que realizan varios gastos al sistema de salud requiriendo cuidados por personal que en muchos de los casos no están bien preparados, y aunque muchos carecen de seguridad social y no cuentan con un apoyo familiar adecuado, muchos de ellos con enfermedades crónicas con requerimientos médicos, muchos de ellos cuentan con aislamiento social y bajos recursos económicos. La calidad de vida es un aspecto difícil de abordar en cuanto a la asistencia, ya que un buen servicio depende de la atención y la percepción

del atendido ya que depende de dos factores básicos: la descripción subjetiva personal, interna del paciente y, en segundo lugar, la determinación objetiva de los parámetros externos. (Gutiérrez, 1996).

Educación del Adulto Mayor: El aprendizaje en la tercera edad a partir de los años 70 se empezó a considerar al desaparecer la formación permanente y en la aparición de la educación permanente. Pierre Vellas un profesor de la Universidad de Ciencias sociales de Toulouse, Francia, para el año de 1973 propone el funcionamiento de la primera universidad de la Tercera edad facilitando el conocimiento y cultura del adulto mayor, es a partir de ahí donde se crean nuevas universidades con programas destinados a adultos mayores para formarlos reconociendo las necesidades de los adultos mayores. (Gómez, 2008).

Ramírez, et al, 2010, aseguran que con un mundo en constante cambio el ser humano necesita ser educado y formado de por vida por lo que la educación de adultos es un punto vital de importancia para el logro de los avances educativos, la educación para adultos es aquella que inicia, continua y termina el proceso educativo y es que en México el 34% de la población presenta rezagos educativos como el no saber leer o escribir y los objetivos en alfabetización no se han alcanzado y es que la visión del gobierno es que la educación de los adultos mayores es para subsanar las metas no alcanzadas por el sistema escolarizado.

En las últimas décadas, diferentes organizaciones e instituciones nacionales e internacionales organizan eventos relacionados con la tercera edad, con el fin de concientizar a la sociedad en general sobre su vulnerabilidad, otros ayudan a reintegrarlos con actividades encaminadas a formar su independencia capacitándolos en actividades para obtener un ingreso, además de integrarlos con otros adultos mayores con actividades lúdicas y recreativas. La imagen de la vejez es de la disminución de las capacidades intelectuales y cognitivas llamado declive de la inteligencia por desgaste en este ciclo vital, pero el aprendizaje de la tercera edad presenta rasgos distintivos que lo hacen peculiar por lo que deben ser tomados en cuenta en los programas educativos. (Gómez, 2008).

En el área educativa se da por hecho que el adulto mayor es un cliente difícil debido a que son lentos y pasivos y no tienen la capacidad de retención para un proceso de aprendizaje. Es importante basarse en los aspectos que son positivos en el proceso de envejecimiento como la participación, experiencias y el potencial para vivir plenamente apoyando el envejecimiento activo y próspero. El adulto mayor posee un conjunto de aprendizajes de experiencias previas, son activos y motivados como la gente joven. Los

programas de alfabetización para adultos mayores demuestran que los participantes son participes en su aprendizaje y en relación con los jóvenes obtienen el mismo éxito. Por lo que las personas de edad no deben marginarse, en Australia el gobierno puso su atención en los adultos mayores con una ley para protegerlos de la discriminación.

Las computadoras y el manejo de las técnicas en computación según la UNESCO, 1999, actualmente son de interés del adulto mayor. El Programa de la Universidad de Milán en el Área de Gerontología Aplicada posee un programa para la enseñanza de la tercera edad con más de 3000 jubilados que aprendieron a trabajar con computadoras.

4. ENFERMERÍA

Enfermería y el adulto mayor: El objetivo de la enfermería se ha ampliado desde la atención al individuo enfermo hasta su cuidado tanto en su salud como en enfermedad, y desde la atención del individuo de forma aislada, hasta el cuidado de la familia e incluso de toda una comunidad. En el pasado, la principal actividad de la enfermera era ocuparse del individuo enfermo, estando la atención sanitaria orientada hacia la enfermedad. Hoy en día, el objetivo principal es el conocimiento de las necesidades, aún en situaciones de salud y la independencia de la enfermera.

Es necesaria la prestación de servicios de cuidado de los adultos mayores en el hogar ya que el 27.8% de las mujeres y 22.5% de los hombres en el año 2009, tuvieron que recurrir a algún apoyo de un miembro de la familia, y uno de cinco adultos mayores necesitan ayuda en el rango de edad de 60 a 69 años y uno de tres adultos mayores de 80 años solicitara apoyo familiar, en nuestro país todavía tenemos estructuras familiares extensas, esto crea cambios en la estructura familiar modificando cambios en el rol, aunado a las pérdidas físicas, emocionales y de salud, el adulto mayor pierde su rol que fue asumido a lo largo de la vida modificando su autoimagen y autoconcepto, siendo el adulto mayor parte importante en contraste Corea del Sur, Estados Unidos y Alemania este cuidado es una responsabilidad individual. En México gracias a los programas de salud el 23% de los adultos mayores que ingresan a hospital pudieron prevenirse por un nivel preventivo de salud ya que el 2% de esta población fallece. En el sistema de salud de las 13336 unidades hospitalarias solo 176 camas son destinadas para la atención de pacientes geriátricos siendo 77% destinadas por la secretaria de Salud y el 18% se encuentran en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y es de considerar que actualmente es insuficiente el número de geriatras siendo 197 registrados por la Secretaria de Salud. Solo en México 8 Universidades cuentan con un posgrado de Geriatria: la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de México, Universidad Autónoma del

Estado de México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, el Instituto Mexicano de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad Autónoma de Guadalajara y el Instituto Politécnico Nacional. (ING, 2016).

Tecnología y Enfermería

La tecnología se aplicará en el área de la salud sobre todo en el área de cuidados intensivos o unidades coronarias, por lo que enfermería debe aprender a utilizar nuevas técnicas e instrumentos para el tratamiento de la población demandante, obligando a la enfermera a adaptarse con los nuevos y complejos equipos. El personal de Enfermería debe ser personal profesional capacitado, que prestara los servicios en los centros de educación geriátrica para mejorar y brindar una atención geriátrica de calidad, sobre todo a los adultos mayores minoritarios, de multiétnia, con bajos recursos y de abandono por lo que requiere que el personal a cargo tenga conocimientos y entrenamiento, para brindar liderazgo de profesores universitarios y trabajar de forma inter y multidisciplinariamente en estas instancias prestadoras de servicios sanitarios que trabajan con adultos mayores. Según las expectativas la población de adultos mayores continuará creciendo y cada vez la cantidad de los adultos mayores será más numerosa por lo que es un reto para nuestro sistema de salud ya que las demandas por los servicios serán sobrepasadas por el costo en la atención de este grupo de edad, por lo que aparecerán nuevas formas en la prestación de servicios de salud. Aparecerán casas en grupo, casas de vivienda asistida o instalaciones para el retiro, nuevas y diferentes casas de asistencia con diferentes formas de pago y múltiples servicios que pueden ofrecer. Se espera que estos adultos mayores tengan una casa propia pudiendo elegir donde vivir, y probablemente la tendencia sea envejecer en su propio hogar (Burque y Walsh, 1998).

Teoría de déficit de autocuidado

Esta teoría del Modelo de Orem establece que los sujetos de cuidado presentan limitaciones relacionadas o derivadas de su situación de salud provocando incapacidad para la realización del autocuidado continuo o no se realice de manera adecuada, siendo ineficaz o incompleto. El déficit de autocuidado ocurre cuando la demanda de acción es mayor a la capacidad de la persona para actuar, no tiene la capacidad o no desea emprender las acciones requeridas para lograr cubrir las necesidades de cuidado, puede darse en personas limitadas o incapacitadas.

La Teoría del Déficit de autocuidado de Orem

Prado (2014), menciona que es una relación entre la necesidad del ser humano desarrollar el autocuidado y cuando el autocuidado no se puede llevar a cabo de

manera adecuada, ya que las personas realizan el autocuidado de manera operativa adecuada, pero en otros no es posible, sobre todo en aquellos pacientes que requieren cuidados de enfermería de manera total ya que por sí mismos no los pueden realizar o requieren ayuda.

Los requisitos del autocuidado según Orem son tres:

1. Universales, que son comunes para todo el mundo y pueden ser variables en función de algunos factores ya sea internos o externos.
2. De desarrollo, que son determinados en etapas evolutivas de la persona.
3. De alteración de la salud, que son los que se derivan de alguna enfermedad.

Los requisitos del autocuidado son generalizaciones sobre los objetivos que los individuos deberían tener al realizar su autocuidado, estos son conceptualizados y validados por su utilización en la ayuda a individuos para manejar su salud y bienestar y se han convertido en elementos de la cultura general de los profesionales al cuidado de la salud.

Objetivos del autocuidado

Las actividades dirigidas al autocuidado de la persona vienen determinadas por objetivos tales como:

- 1.- Incrementar el nivel de salud actual de la persona, incluso en aquellas situaciones en las que la salud está disminuida por cualquier causa.
- 2.- Mantener al máximo el nivel de bienestar de la persona, identificando los cambios necesarios en el propio estilo de vida.
- 3.- Implicar a la persona en el cuidado de la propia salud desde un punto de vista que debe ser integral mejorando el autoconcepto y potenciando la autoestima y la autoimagen.
- 4.- Incrementar las capacidades de ayuda a los demás a través del equilibrio físico y emocional.

Factores que influyen en el autocuidado

Las personas a lo largo de la vida aprenden múltiples habilidades y conocimientos, así como el desarrollar capacidades para las cuestiones más diversas (el oficio de albañil, cocina, mantenimiento del hogar, etc.,). Pero los elementos que pueden ser descritos como elementos influyentes tanto en la cantidad como en la calidad son los siguientes:

1. Factor sociocultural como la edad, sexo, origen, educación, nivel de ingresos, estos mediatizan la concepción, la capacidad y motivación para incrementar los conocimientos sobre habilidades de autocuidado.

2. Patrones familiares, tales como formas de comunicación, formas de afrontamiento al estrés, la educación en hábitos de salud, la filosofía de vida, el concepto de salud y cuidado.
3. Experiencias previas como la propia enfermedad o de una persona significativa, así como las que el entorno mismo proporciona, son elementos que son un importante aprendizaje en las habilidades necesarias para el cuidado de la salud tanto física como mental.
4. Percepciones individuales, como el concepto de salud y control del mismo nivel de conocimiento de uno mismo y autoestima, la capacidad de percepción del cuidado de uno mismo que aumentan la motivación para aprender habilidades que incrementen el autocuidado.

Por lo tanto, una persona que sabe cuidarse posee una serie de características que la distinguen:

- a. Conocimiento de las propias necesidades, limitaciones, carencias y habilidades.
- b. Autoconcepto positivo y elevada autoestima.
- c. Filosofía de vida optimista, con fuentes variadas de intereses.
- d. Capacidad de adaptación con dominio de múltiples alternativas de respuesta para afrontar situaciones de estrés.
- e. Respeto hacia los demás y aceptación de las diferencias individuales. (Novel, 1991).

5. LA FAMILIA

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos de una forma u otra. (Novel, 1991).

Según Minuchin Minuchin, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998. “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. Por su lado Zurro en Novel 1991 “Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un numero variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar”. Mientras que Mendalie 1987 en Osorio, Álvarez, (2004). “Los miembros de la familia pertenecen a un sistema específico, a una unidad social en que los roles y patrones de conducta son mutuamente regulados por normas compartidas y en la que el control social se ejerce mediante la imposición de ciertos tipos de sanciones y la distribución de recompensas”.

Estructura familiar

Osorio y Álvarez (2004), refieren que la familia es el núcleo social constituido por personas que tienen vínculos entre sus miembros. Como institución debe permitir su desarrollo individual y colectivo de ellos dentro de esa unidad. En ella es necesario que se cumpla con los requisitos mínimos de cuidado y atención, que permitan la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, afectivas y materiales de sus integrantes. La familia debe de administrar los cuidados y el apoyo de sus miembros, ofreciéndoles un ambiente óptimo para que ellos puedan desarrollar la personalidad de manera individual, así como los roles asignado dentro de este núcleo o los papeles esperados socialmente.

Funciones de la familia

Medalie en Osorio y Álvarez (2004), refiere que la familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros. En este núcleo social se transmiten los principios y actitudes psicosociales. Las conductas, comportamientos y enfermedades pueden delinarse en la interacción de los participantes de una familia. Entre las funciones que se deben llevar a cabo en una familia, está el desarrollo de los roles de los miembros, la comunicación, y las transacciones múltiples. Por eso las personas “pertenece a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales (escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios o asociaciones, etc.). La familia es el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”, más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortaleza y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”.

Según Merrill, en Novel 1991, las funciones que continúa desarrollando la familia son:

- La función biológica: Socialmente se considera como aceptable esta forma de procreación, a pesar de que a partir de los cambios comentados anteriormente esta función ha sufrido cambios tanto en la forma (reproducción in vitro, etc.) como en el fondo (disminución de las tasas de natalidad).
- La función afectiva: La función afectiva incluye las relaciones sexuales, las cuales son aprobadas socialmente en el marco del matrimonio. Además, incluye otros aspectos, tales como mutuo cuidado y apoyo, sensación de identificación mutua, cuidado de los hijos e identificación de los padres con aquellos y, en definitiva, sensación de seguridad frente a los <<otros>>, es decir, frente a los posibles peligros externos al grupo familiar.

- La función de socialización: La formación de la personalidad en el niño se desarrolla fundamentalmente a través de la interacción que establece el seno familiar. Con el cuidado que se le brinda van implícitas una serie de enseñanzas que orientan al niño en una determinada línea de comportamiento, en un modo específico de actuar y, en definitiva, en unas actitudes, fines y valores que son propios de la sociedad y que la familia vehicula, como transmisor que es de dichos valores. La identificación del niño con los distintos roles se produce en el marco familiar en primer lugar, como imagen – espejo del contexto social en el que vive.

El sistema familiar

Kozier 1993, define a la familia como un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. La idea central de esta hipótesis es que cada uno de los grupos-naturales-con-historia, de los cuales la familia es fundamental (pero que podría ser también un equipo de trabajo, una comunidad espontánea, un grupo empresarial, etc), se forman un cierto lapso de tiempo mediante una serie de ensayos, intercambios y feedback correctivas, experimentando así lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que sostiene por medio de reglas que le son peculiares.

Para comprender la función normal de la familia, la estructura familiar, uno de los modelos por seguir, es el modelo circunflejo de la familia. Este distingue cinco funciones básicas que son realizadas por todas las familias y que se describen a continuación:

- **Apoyo mutuo.** Incluye apoyo físico, financiero, social y emocional. Este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones emocionales. Las familias ingieren sus alimentos juntos, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia.
- **Autonomía e independencia.** Para cada persona, el sistema es lo que facilita el crecimiento personal de cada miembro. Cada persona en la familia tiene roles definidos que establecen un sentido de identidad. Cada miembro tiene una personalidad que se extiende más allá de las fronteras de la familia. Cuando un niño inicia la escuela trata de establecer un rol separado con sus maestros y amigos. En efecto, las familias hacen cosas juntas y también separadas.
- **Reglas.** Las reglas y normas que gobiernan una unidad familiar y a cada uno de sus miembros pueden ser explícitas o implícitas. “Los límites de los

subsistemas deben de ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian”. Las normas incluyen los patrones de interacción, la conducta considerada como apropiada, la privacidad, la autoridad dentro del sistema familiar.

- **Adaptabilidad a los cambios de ambiente.** “La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que puede seguir funcionando”. “La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento”. “La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas, cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración”. Toda familia debe adecuarse a cualquier situación interna o externa que genere cambio, con el fin de mantener la funcionalidad y continuidad del sistema familiar.
- **La familia se comunica entre sí.** Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales, e implícitos. La comunicación fundamental para que las demás funciones de la familia puedan llevarse a plenitud y adecuadamente. Cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad familiar se ve entorpecida. En los períodos de crisis se ponen en evidencia las habilidades de los integrantes de una familia, tanto de manera individual, así como colectivo del sistema.

Los mecanismos que se emplean incluyen la negociación, la evitación, y la proyección entre otros.

Los recursos pueden ser internos y externos. En algunos casos, se utiliza a un miembro de la familia como el culpable o “chivo expiatorio”, para poner en exhibición o manifestación el problema del sistema familiar. La familia está en constante cambio y, por lo tanto, aunque algunos se refieren al estado de “equilibrio y homeostasis para designar a las familias funcionales. Sin embargo, estas descripciones son solo figurativas y pueden ser engañosas. La familia, como todos los sistemas sanos, evoluciona continuamente y para ello se aleja de las líneas homeostáticas y puntos de “equilibrio” que en los casos deseables están a un nivel superior al previo. Más que balance o equilibrio hoy se habla de dinámica y evolución”.

Tipologías

Según Osorio y Álvarez (2004) la tipología familiar se compone:

- Familia extensa. Está constituida por más de dos generaciones en el hogar de los abuelos.

- Família nuclear íntegra. Son matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.
- Família nuclear ampliada. Familias en que se incluye a otras personas, que pueden tener algún tipo de vínculo consanguíneo (madre, tíos, sobrinos) no tener vínculo de consanguinidad alguno, como es en el caso de las empleadas domésticas, o alguna persona que esté de visita en casa. Pero son importantes, ya que pueden ser causa de conflictos o problemas familiares o, en algunas ocasiones, de apoyo positivo o recurso familiar.
- Família monoparental. Es aquella en que un solo cónyuge esta con la responsabilidad total de la crianza y convivencia de los hijos.
- Família reconstituida. Es una familia en la que dos personas deciden tener una relación formal de pareja y forman una nueva familia, pero como requisito al menos uno de ellos incorpora un hijo de una relación anterior.

Tipos de familia según las relaciones de parentesco

- Pareja conyugal. La constituye la pareja. No incluye otros familiares.
- Familias nucleares. Un núcleo central formado por la pareja conyugal e hijos; por la madre e hijo (s); por el padre e hijo (s). Puede darse o no la presencia de otros parientes.
- Familias nucleares conyugales. Una pareja conyugal e hijos solteros. Se pueden subdividir a su vez en:
 - Nuclear-conyugal reducida: con menos de cinco miembros.
 - Nuclear-conyugal numerosa: con más de cinco miembros.
 - Familias extendida: Una pareja conyugal con hijos o sin ellos y otros parientes que convivan en forma conjunta.
 - Familias extensas: Con más de una pareja conyugal con o sin hijos y la presencia o no de parientes.

Tipos de familia según las etapas del ciclo de vida familiar

- Esta clasificación de la familia se hace tomando en cuenta a los hijos de la madre en una familia. Es de suma importancia, pues dependiendo de la edad de los hijos, se puede establecer cuáles son los abordajes que corresponden como prioritarios.
- Familias en la etapa inicial: hijo mayor entre 0 y 5 años.
- Familias en la etapa intermedia: hijo mayor entre 6 y 12 años.
- Familias en la etapa intermedia tardía: hijo mayor entre 13 y 19 años.

- Familias en la etapa final: hijo mayor tiene 20 años o más. (Osorio y Álvarez 2004).

Comunicación y familia

La comunicación como proceso interaccional sirve a la familia para expresar y compartir pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades. Este proceso constituye un elemento fundamental que tener en cuenta al valorar la dinámica de la familia. En una familia sana, la comunicación es abierta, clara y con pocas posibilidades de confusión acerca de la significación de los mensajes emitidos y recibidos, características que la distingue de una familia disfuncional.

Con respecto a las paradojas y doble vínculo – alteraciones comunicacionales-, hay aportaciones conceptuales importantes, que han sido suministradas por la teoría de la comunicación, tal como indicábamos con anterioridad.

La familia disfuncional: Estas familias presentan siempre muestras visibles de continuo e irresoluble estrés que no saben manejar. Este estrés puede expresarse de forma global o focalizado en un miembro- generalmente el más débil-, que es el que aparentemente sufre el resultado de la disfuncionalidad de la familia. (Novel, 1991).

Resultados

Pues de la diabetes que es lo que padezco, que no debo tomar refrescos, harinas, que debo hacer ejercicio, eh, no lo llevo todo a cabo, apenas tengo tres años de la diabetes y pues si, me está dando un poco de trabajo. Siempre he sido muy desordenada, siempre he sido muy...fiestera, las cubas y eso, ya, ahorita ya le bajé mucho, mucho mucho.

Ya me tomo una o dos cubitas, pero no, no las deajo, el refresco; muy rara vez, agua; pues me está dando trabajo, si tomo, pero muy poca.

¡Uy!, lloré muchísimo, yo pienso que deberían pasarlo a uno primero con un psicólogo, quien lo fuera, este, pues diciendo de poco a poco no se preparándola para la noticia me paraliza, me la dieron y salí llorando, se me bajo mi autoestima, sentí que ya, se acabó mi vida.

Apoyo mutuo Incluye apoyo físico, financiero, social y emocional. Este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones emocionales. Las familias ingieren sus alimentos juntos, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia. La comunicación como proceso interaccional sirve a la familia para expresar y compartir pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades. Este proceso constituye un elemento fundamental que tener en cuenta al valorar la dinámica de la familia. (Novel, 1991)

El apoyo en el adulto mayor es vital ya que una de las funciones básicas de la familia, el adulto mayor al no contar o tener poco apoyo familiar pueda tener sentimientos de desesperanza, abandono, siendo la comunicación importante para compartir sus pensamientos, sentimientos.

Pero por otra cosa, no, si me da un coma diabético, ¡me voy y ya!, Pero si es muy feo porque mi esposo, murió de eso; de un coma diabético.

Él duro veinte años con la enfermedad, como a los 65 años o a mi edad, pero él no se enfermó a veces se tomaba la medicina, pero de nada se cuidaba, decía: -»De todos modos me voy a morir». Y duro veinte años con la diabetes. Era lo que le iba a decir, imagínese usted, ya empieza a cuidar su salud, entonces puede tener una vida como cualquier otra persona.

Pues sí, pero no me gusta mucho cuidarme (risas)... porque pues toda una vida desordenada, desordenada porque con mi esposo: tomábamos, bailábamos y el refresco pues nunca se tomaba agua en la casa todo el día y noche, mariscos, de todo, grasas, de todo lo que no debe ser.

Experiencias previas como la propia enfermedad o de una persona significativa, así como las que el entorno mismo proporciona, son elementos que son un importante aprendizaje en las habilidades necesarias para el cuidado de la salud tanto física como mental. (Orem, 1991)

Conclusiones: Las experiencias previas que tuvo la paciente con su pareja pareciera que influyeron en su actual déficit de autocuidado, aún y cuando aun sabiendo y siendo consciente de la muerte de su esposo por diabetes, de igual manera la paciente refiere que su esposo no se cuidó cuando tuvo la enfermedad.

Pues de la diabetes que es lo que padezco, que no debo tomar refrescos, harinas, que debo hacer ejercicio, eh, no lo llevo todo a cabo, apenas tengo tres años de la diabetes y pues sí, me está dando un poco de trabajo. Siempre he sido muy desordenada, siempre he sido muy...fiestera, las cubas y eso, ya, ahorita ya le bajé mucho, mucho mucho.

Ya me tomo una o dos cubitas, pero no, no las deajo, el refresco; muy rara vez, agua; pues me está dando trabajo, si tomo, pero muy poca.

¡Uy!, lloré muchísimo, yo pienso que deberían pasarlo a uno primero con un psicólogo, quien lo fuera, este, pues diciendo de poco a poco no se preparándola para la noticia me paralizó, me la dieron y salí llorando, se me bajo mi autoestima, sentí que ya, se acabó mi vida.

Adaptabilidad a los cambios de ambiente “La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que puede seguir funcionando”. “La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento”. “La fortaleza

del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas, cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración”. (Novel, 1991).

La familia es la primera red de apoyo de cualquier individuo, juega un papel fundamental, proporcionando sentimientos de arraigo, seguridad, capacidad, autoestima, confianza y apoyo social. La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

Pues que yo todavía siento que me puedo valer por mí y no tengo que molestar todavía a mi hija, porque pues ya llegara el tiempo y pues se enfadan los hijos, se enfadan. Entonces por eso trato de molestar lo menos a mi hija.

Yo me vengo de mi casa, hago media hora, me vengo caminando, me voy caminando para hacer algo de ejercicio, pero sola, sola, solo cuando tengo que cargar algo si le marco porque también soy hipertensa, pero si, no no, pero esa noticia de ser diabética es muy muy difícil.

Las actividades de la Vida Diaria Instrumentales son aquellas que están orientadas hacia la interacción con el medio y que son a menudo más complejas. Incluye cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistemas de comunicación (teléfono e internet), uso de transporte público, manejo de dinero, cuidados del hogar, preparación de comidas, medidas de mantenimiento y seguridad en el hogar e ir de compras. (Borda, 2016).

Conclusiones: Es de vital importancia medir a través de estudios la descripción y evaluación de actividades de la vida diaria en los ancianos para estimar el nivel de independencia de las personas ya que es siendo un indicador de la calidad de vida, repercutiendo en su diario vivir, físico, mental y emocional.

Pues ellos ni lo toman en cuenta, tengo dos hijos, son navales, pero ellos pues están en México, lejos siempre, siempre, ahorita están cerca, están en México, me toco suerte, están los dos ahí. Pero pues sí, cuando solo cuando estoy muy mala, como su papá, cuando ya se puso muy malo se lo llevaron a México, para que allá en el militar en la naval, lo trataran mejor, de todos modos, él quería estar aquí, aquí falleció, vinieron ellos, no tienen tiempo de andarse acordando de las enfermedades de los papás, y yo soy de las personas que no me gusta molestar.

Patrones familiares: Como formas de comunicación, formas de afrontar estrés, educación en hábitos de salud (ejercicio, dieta, sueño, filosofía de vida, concepción de la salud y de su cuidado) son aprendizajes que se dan en el seno familiar. (Novel, 1991).

El cuidado no solo abarca la relación del cuidador y cuidado, va más allá, es la relación de todas las personas que entran en contacto con el paciente y su familia, abarca la atención y comprensión de sí mismo, incluyendo sus capacidades, limitaciones y necesidades. (Navarro, Ojeda, Ortega, Moreno, 1994).

Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran, usando además herramientas para valorar el funcionamiento familiar. El cuidado está ligado a las actitudes, el apoyo de quien cuida.

Tengo una hija que está aquí en Irapuato, pero tiene dos hijos y yo trato de molestarla lo menos posible, para no ser así como una carga muy pesada y al médico me voy sola, eh, hace poco me dijeron que me iban a operar de una hernia y me regañó el doctor, que dijo que ya a mi edad debería de andar siempre acompañada.

El cuidado abarca no sólo la relación entre cuidador y cuidado, sino entre todas las personas que entran y tienen contacto con el paciente y su familia. (Navarro, Ojeda, Ortega, Moreno, 2014). Los miembros de la familia del adulto mayor no siempre tienen el conocimiento, la sensibilidad, el tiempo y el ánimo para atenderlo y apoyarlo en las actividades diarias, los cambios que sufre el adulto mayor dificultan la interacción con su familia debido a que existen problemas de comunicación y estos son muy sensibles y pueden aislarse. (Aguilar Hernández, Félix, Vázquez Gutiérrez, Martínez, Quevedo, 2012).

Conclusiones: La familia debe brindar apoyo, Es también importante destacar que en la medida que el anciano mantenga su autovalía y un adecuado rol social incidirá en la mantención de una buena salud física y mental. En la medida que el anciano mantenga un rol social se convierte cada vez más en un ser útil y de gran valor para sus significativos cercanos y por ende se facilita también la tarea del cuidador. La familia además de brindar apoyo físico, emocional, social y económico contribuye al bienestar y satisfacción que se traduce en calidad de vida, especialmente en la vejez.

6. CONCLUSIONES

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. Cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. la atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

Las publicaciones de estudios de caso aportan conocimiento especializado que enriquecen la práctica de Enfermería usando el método científico sobre todo en pacientes geriátricos donde no se encuentran publicaciones actualizadas. Es un reto para el gremio de Enfermería fortalecer la investigación para brindar una atención holística basada en fundamentos éticos, científicos y con calidad humana. Para la atención del adulto mayor mexicano se debe cambiar el paradigma de la curación por el autocuidado e independencia, mejorando la calidad en la atención, la equidad y acceso a los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borda, Miguel Germán, Ruíz de Sánchez, Carolina, Gutiérrez, Santiago, Samper-Ternent, Rafael, & Cano-Gutiérrez, Carlos. (2016). Relación entre deterioro cognoscitivo y actividades instrumentales de la vida diaria: Estudio SABE-Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(1), 27-34. Retrieved June 11, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000100005&lng=en&tlng=es.
2. Burke Mary M, Walsh Mary B. 1998. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del adulto mayor, Edit Elsevier Mosby, Segunda Edición, Madrid, España, pág. 602.
3. Callenti Millán, Gerontología y Geriátrica. Valoración en intervención. Edit. Panamericana. España, 2011.
4. Gómez Bedoya María, (2008). El Aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de Ele: Los aprendientes mayores japoneses en el Instituto Cervantes de Tokio.

5. Instituto Nacional de Geriátria. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. México Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/noticias/HECHOS.pdf> Consultado el 07 del 10 del 2018
6. Instituto de la UNESCO para la Educación, 1999. Fecha de Consulta 24 de Julio de 2016.
7. Kozier Barbara, et al. (1993) enfermería fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica. Ed. Mc Graw Hill. 4ta edición. España, pp. 39-58.
8. Nicola Pietro de (1985) Geriatria, Edit. El Manual Moderno, México, D.F.
9. Novel Marti Gloria, (1991), Enfermería Psicosocial, edit. Salvat, Barcelona España, pag 5.
10. Osorio Adriana y Dr. Alejandro Álvarez Mora. - Introducción a la Salud Familiar/editado por 1 ed. - San José, Costa Rica, 2004. Obtenido el día 26 de agosto de 2018.
11. Quintanilla-Martínez M, Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriátricos, 2006, Tomo II 2ª. Ed. Editorial Monsa Prayma, Barcelona.
12. Ramírez, Liberio Victorino; Víctor Ramírez, Ana Cecilia; (2010). Educación para adultos en el siglo XXI: análisis del modelo de educación para la vida y el trabajo en México ¿avances o retrocesos? Tiempo de Educar, Enero - Junio, 59-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31116163004>. Consultado el 25 de Julio de 2017
13. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (1999), Temas de Enfermería Gerontológica, Editado por la sociedad española de geriatría y gerontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Aguilar Hernández Rosa Ma., Félix Alemán Aurora, Vázquez Galindo Laura, Gutiérrez Sánchez Gustavo, Martínez Aguilar Ma. De la Luz, Quevedo Díaz Ma. Magdalena. El Modelo de Enfermería Roper-Logan-Tierney en el Adulto Mayor. Edit. Mc Graw Hill, 2012. México.
- 2.- Arroyo Rueda, María Concepción; Ribeiro Ferreira, Manuel El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias Ciencia UANL, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 297-305 Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México. Recuperado el 12 de Junio de 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40219049011.pdf>
- 3.- Mesonero Valhondo, A., Fernández Rubio, C., González Castro, P. (2006). Familia y Envejecimiento. Disfunciones y Programas Psicoterapéuticos. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2(1), 275-288. Recuperado el 20 de Mayo de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832312023.pdf>
- 3.- Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 11 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es
- 4.- Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelía. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado en 11 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004&lng=es&tlng=es

CAPÍTULO 12

AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DA PESSOA IDOSA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE

Data de submissão: 27/02/2026

Data de aceite: 12/03/2026

Mafalda Sofia Cardoso Inácio

Centro de Investigação
Inovação e Desenvolvimento em
Enfermagem de Lisboa (CIDNUR)
Departamento Administração
em Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem da
Universidade de Lisboa
Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa
<https://orcid.org/0000-0003-2167-9406>

Rosa Cândido Carvalho Pereira Melo

Unidade Científica e Pedagógica de
Enfermagem Fundamental
Escola Superior de Enfermagem da
Universidade de Coimbra
Rua 5 de Outubro, s/n, 3045-043 Coimbra
<https://orcid.org/0000-0002-0941-407X>

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

Centro de Investigação, Inovação e
Desenvolvimento em Enfermagem
de Lisboa (CIDNUR)
Departamento Administração
em Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem da
Universidade de Lisboa
Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa
<https://orcid.org/0000-0002-2560-7306>

RESUMO: A promoção da autonomia da pessoa idosa institucionalizada constitui um desafio ético e assistencial central nas Ciências da Saúde. O presente estudo teve como objetivo comparar a percepção da autonomia da pessoa idosa institucionalizada, segundo a perspectiva da pessoa idosa e dos profissionais de saúde, antes e após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH®). Desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e comparativo, integrado num processo de investigação-ação, realizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) da região de Lisboa. A amostra integrou 26 pessoas idosas e 35 profissionais de saúde. Foram utilizados dois instrumentos paralelos: o Questionário de Avaliação da Percepção da Autonomia da Pessoa Idosa (PAPI) e o Questionário de Percepção da Autonomia da Pessoa Idosa – versão Profissionais (PPAPI). Os resultados evidenciaram discrepâncias iniciais entre as percepções e uma evolução significativa dos indicadores de autonomia após a implementação da metodologia. Conclui-se que a MCH® constitui um modelo estruturado com impacto positivo na reconstrução da autonomia relacional em contexto institucional.

PALAVRAS-CHAVE: pessoa idosa institucionalizada; autonomia; cuidados centrados na pessoa; humanização dos cuidados; Metodologia de Cuidado Humanitude.

AUTONOMY OF INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS: COMPARISON BETWEEN OLDER ADULTS' AND HEALTHCARE PROFESSIONALS' PERCEPTIONS BEFORE AND AFTER THE IMPLEMENTATION OF THE HUMANITUDE CARE METHODOLOGY

ABSTRACT: Promoting the autonomy of institutionalised elderly people is a central ethical and care challenge in Health Sciences. The aim of this study was to compare the perception of autonomy among institutionalised elderly people, from the perspective of both the elderly people themselves and healthcare professionals, before and after the implementation of the Humanitude Care Methodology (MCH®). A quantitative, descriptive and comparative study was developed as part of an action research process carried out in a Residential Care Home for the Elderly (ERPI) in the Lisbon region. The sample included 26 elderly people and 35 healthcare professionals. Two parallel instruments were used: the Questionnaire for Assessing the Perception of Autonomy in Older People (PAPI) and the Questionnaire for Assessing the Perception of Autonomy in Older People – Professionals version (PPAPI). The results showed initial discrepancies between perceptions and a significant evolution in autonomy indicators after the implementation of the methodology. It was concluded that MCH® is a structured model with a positive impact on the reconstruction of relational autonomy in an institutional context.

KEYWORDS: institutionalized older adults; autonomy; person-centered care; humanization of care; Humanitude Care Methodology.

1. INTRODUÇÃO

A autonomia da pessoa idosa constitui um princípio ético estruturante das práticas de cuidados em saúde e um indicador essencial da qualidade dos cuidados prestados em contextos institucionais. A autonomia refere-se à capacidade da pessoa de orientar a própria vida, atribuir significado às suas escolhas e participar ativamente nas decisões que influenciam o seu quotidiano e o seu percurso de cuidado (Gillon, 1995; WHO, 2002; Agich, 2003; Sherwin & Winsby, 2010). Nesta perspetiva, a autonomia não se limita à independência física, devendo ser compreendida como uma experiência vivida que se constrói nas interações quotidianas e nas oportunidades de participação e escolha proporcionadas pelos contextos de cuidado.

A dependência funcional, frequentemente associada ao envelhecimento, não implica necessariamente a perda da autonomia, mas exige que os profissionais criem condições que permitam à pessoa continuar a exercer o seu poder de decisão, expressar preferências e participar nas ações relacionadas com o seu cuidado. O cuidar, entendido como um processo relacional, implica reconhecer a pessoa como um ser singular, portador de história, valores e desejos próprios, cuja dignidade se expressa na possibilidade de continuar a decidir, mesmo quando necessita de ajuda para agir (Collière, 2003; Phaneuf, 2005; Hesbeen, 2006; Phaneuf, 2010).

Conseqüentemente, a promoção da autonomia exige abordagens de cuidado centradas na pessoa que valorizem a autodeterminação, a negociação do cuidado e a inclusão sistemática da pessoa nos processos decisórios. Esta orientação encontra-se alinhada com as recomendações internacionais que reconhecem a autonomia como um componente fundamental do envelhecimento saudável e da qualidade de vida (WHO, 2002), defendendo modelos assistenciais que reforcem a participação ativa das pessoas idosas, mesmo em contextos de elevada dependência (Melo et al., 2017; Zhu et al., 2025; Fernández-Ming et al., 2025; Araujo et al., 2025).

Em contextos de institucionalização, a autonomia da pessoa idosa pode ser particularmente vulnerável devido à presença de rotinas organizacionais estruturadas, à elevada dependência funcional de muitos residentes e à predominância de modelos de cuidados centrados na tarefa (Inácio, 2021). Estas condições podem contribuir para a redução das oportunidades de participação da pessoa nas decisões relativas ao seu quotidiano e aos cuidados que recebe, reforçando padrões de dependência e diminuindo a percepção de controlo sobre o próprio autocuidado. Conseqüentemente, a avaliação da autonomia em contexto institucional deve considerar a percepção subjetiva da própria pessoa idosa relativamente à sua capacidade de decisão e participação.

Considerando a autonomia como um princípio essencial da dignidade humana e um indicador relevante da qualidade dos cuidados em saúde, torna-se particularmente importante analisar de que forma esta é percebida pelos diferentes intervenientes no processo da prestação de cuidados. Neste sentido, avaliar as eventuais discrepâncias entre a percepção da pessoa idosa e a percepção dos profissionais constitui um passo fundamental para compreender de que forma a autonomia é efetivamente vivenciada em contexto institucional. A identificação destas diferenças permite evidenciar possíveis desalinhamentos entre a intenção assistencial e a experiência subjetiva do cuidado, contribuindo para o desenvolvimento de práticas mais centradas na pessoa e orientadas para a promoção da sua dignidade, participação e autodeterminação. Assim, a análise comparativa das percepções de autonomia assume relevância ética, ao apoiar a construção de cuidados que integrem, de forma mais consistente, a voz e a experiência da pessoa cuidada.

Neste contexto, torna-se relevante desenvolver e avaliar intervenções estruturadas que promovam práticas de cuidados centradas na pessoa e orientadas para o reforço da autonomia da pessoa idosa. A Metodologia de Cuidado Humanidade, assente em princípios relacionais que valorizam o olhar, a palavra, o toque e a verticalidade, tem sido proposta como uma abordagem facilitadora da humanização dos

cuidados e da participação da pessoa idosa no processo de cuidar (Melo et al., 2019). Ao privilegiar a negociação do cuidado, a obtenção do consentimento e a estimulação da participação nas atividades de autocuidado (Figueiredo et al., 2018; Melo et al., 2019; Fonseca et al., 2021; Celich et al., 2021; Melo & Melo, 2021; Zenevicz et al., 2021; Celich et al., 2022; Giang et al., 2023; Araujo et al., 2025), esta metodologia apresenta potencial para contribuir para o reforço da autonomia percebida em contextos institucionais, tornando pertinente analisar o seu impacto na percepção da autonomia da pessoa idosa e dos profissionais de saúde.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a autonomia da pessoa idosa institucionalizada através da comparação entre a percepção da própria pessoa idosa e a percepção dos profissionais de saúde.

Especificamente, pretende-se:

- Avaliar a percepção da autonomia da pessoa idosa institucionalizada antes da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH®), segundo a perspectiva da própria pessoa idosa e dos profissionais de saúde;
- Comparar as percepções da pessoa idosa e dos profissionais relativamente às diferentes dimensões da autonomia em contexto institucional, identificando convergências e divergências;
- Analisar a evolução dos indicadores de prática humanidade após a implementação da MCH®, examinando o seu contributo para a reconstrução e promoção da autonomia da pessoa idosa.

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, descritivo inserido num estudo de investigação-ação mais amplo orientado para a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade e avaliação dos seus efeitos nas práticas profissionais e nos resultados em saúde das pessoas idosas institucionalizadas.

2.2. CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), localizada na região de Lisboa, que acolhe pessoas idosas com diferentes níveis de dependência e necessidades de cuidados continuados.

2.3. PARTICIPANTES

A amostra do estudo integrou 26 pessoas idosas institucionalizadas com idade igual ou superior a 65 anos, que apresentavam dependência parcial ou total no autocuidado de higiene, bem como 35 profissionais de saúde envolvidos na prestação direta de cuidados às pessoas idosas participantes. A seleção dos participantes foi efetuada por amostragem não probabilística de conveniência, tendo em conta a elegibilidade e a disponibilidade para participar no estudo.

No grupo das pessoas idosas, foram considerados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos, residência na instituição e presença de dependência parcial ou total no autocuidado de higiene. Foram definidos como critérios de exclusão a existência de situações clínicas agudas ou de instabilidade clínica que impossibilitassem a participação, a recusa em participar no estudo e a ausência prolongada da instituição durante o período de recolha de dados, impedindo a aplicação dos instrumentos.

Relativamente aos profissionais de saúde, foram incluídos os 35 profissionais que desempenhavam funções de prestação direta de cuidados às pessoas idosas participantes e que aceitaram voluntariamente integrar o estudo mediante consentimento informado.

2.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada através de dois instrumentos paralelos, desenvolvidos especificamente para o presente estudo, com o objetivo de avaliar a perceção da autonomia da pessoa idosa institucionalizada a partir da perspetiva da própria pessoa e dos profissionais prestadores de cuidados. A construção dos instrumentos seguiu um processo metodológico estruturado, que incluiu a definição conceptual do constructo, a identificação das dimensões a avaliar e a elaboração dos respetivos itens, assegurando a sua coerência teórica, clareza semântica e adequação à população-alvo.

O desenvolvimento inicial dos instrumentos baseou-se na revisão da literatura científica sobre autonomia da pessoa idosa em contexto institucional e sobre cuidados centrados na pessoa, permitindo a definição das dimensões conceptuais que sustentaram a formulação dos itens. Posteriormente, procedeu-se à validação de conteúdo através da técnica Delphi, envolvendo um painel de peritos com experiência nas áreas da enfermagem geriátrica, cuidados continuados e metodologias de humanização do cuidado. O processo decorreu em rondas sucessivas de apreciação, possibilitando a análise da relevância, clareza e adequação dos itens, bem como a reformulação dos mesmos até à obtenção de consenso entre os especialistas.

Deste processo resultaram dois instrumentos complementares: o Questionário de Avaliação da Percepção da Autonomia da Pessoa Idosa (PAPI) (Inácio, 2021), aplicado às pessoas idosas, destinado a avaliar a percepção subjetiva da autonomia em contexto institucional, incluindo dimensões relacionadas com a participação na tomada de decisão, a capacidade de escolha e o envolvimento nas atividades quotidianas; e o Questionário de Percepção da Autonomia da Pessoa Idosa – versão Profissionais (PPAPI) (Inácio, 2021), aplicado aos profissionais prestadores de cuidados diretos, permitindo avaliar a percepção destes relativamente ao nível de autonomia das pessoas idosas participantes nas mesmas dimensões avaliadas no instrumento aplicado às pessoas idosas.

A utilização de instrumentos paralelos possibilitou a comparação direta entre a percepção das pessoas idosas e a percepção dos profissionais relativamente às diferentes dimensões da autonomia em contexto institucional, constituindo um recurso metodológico relevante para a análise das convergências e divergências entre ambas as perspetivas.

2.5. RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

A recolha de dados decorreu em contexto institucional, em momentos previamente agendados, garantindo condições adequadas de privacidade, conforto e confidencialidade para todos os participantes. Após verificação dos critérios de inclusão e obtenção do consentimento informado, os questionários foram aplicados individualmente às pessoas idosas e aos profissionais participantes.

Os dados recolhidos foram codificados, introduzidos e analisados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 28. Procedeu-se à realização de análise estatística descritiva, incluindo o cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, permitindo caracterizar a amostra e descrever as pontuações obtidas nas diferentes dimensões avaliadas.

A verificação dos pressupostos de normalidade foi efetuada através do teste de Kolmogorov–Smirnov, tendo-se constatado a não normalidade dos dados. Em função destes resultados, recorreu-se a procedimentos estatísticos não paramétricos nas análises comparativas. A comparação das pontuações entre profissionais de saúde e pessoas idosas foi realizada através do teste de Mann–Whitney U para amostras independentes, sendo reportados os valores de U , Z , nível de significância (p) e tamanho do efeito (r).

Os resultados foram apresentados sob a forma de scores percentuais, em que valores mais elevados correspondem a maior percepção de autonomia, permitindo a comparação direta entre as duas perspetivas analisadas e entre os diferentes momentos de avaliação.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética competente (Parecer n.º P554/01-2019), bem como autorização formal da instituição onde decorreu a investigação. Todos os participantes receberam informação detalhada sobre os objetivos do estudo e assinaram o respetivo consentimento informado, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

4. RESULTADOS

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, verificou-se predominância do sexo feminino em ambos os grupos (65,4% nas pessoas idosas e 85,7% nos profissionais). A média de idades das pessoas idosas foi de 84,8 anos, variando entre os 65 e os 97 anos, enquanto nos profissionais a média de idades foi de 44,6 anos, com experiência profissional média de 9,5 anos. Entre os profissionais, 74,3% eram auxiliares/ajudantes de lar e 25,7% enfermeiros.

A análise da consistência interna do instrumento de avaliação da Perceção da Autonomia da Pessoa Idosa (PAPI) revelou um valor de alfa de Cronbach de 0,938, calculado com base nos 37 itens que compõem o instrumento, indicando excelente consistência interna (Marôco, 2021).

5. PERCEÇÃO DA AUTONOMIA ANTES DA IMPLEMENTAÇÃO DA MCH®: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE PESSOAS IDOSAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Antes da implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade, observaram-se diferenças entre a perceção da autonomia reportada pelas pessoas idosas e a perceção dos profissionais de saúde, verificando-se valores superiores na perceção dos profissionais em todas as dimensões avaliadas. O score global de perceção da autonomia foi de 77,46% na perceção dos profissionais e de 44,33% na perceção das pessoas idosas, correspondendo a uma diferença global de 33,13 pontos percentuais (Tabela 1).

A comparação estatística das distribuições dos scores globais entre profissionais e pessoas idosas, foi realizada através do teste não paramétrico de Mann-Whitney U, uma vez que não se verificaram os pressupostos de normalidade. Esta análise evidenciou diferenças estatisticamente significativas, observando-se valores superiores no grupo dos profissionais (mean rank = 44,00) em comparação com o grupo das pessoas idosas (mean rank = 13,50). O teste revelou um efeito estatisticamente significativo ($U = 0,00$, $Z = -6,65$, $p < 0,001$, $r = 0,85$). Estes resultados indicam a existência de uma diferença de

magnitude elevada entre as distribuições dos scores de percepção da autonomia nos dois grupos. As maiores discrepâncias entre as percepções foram observadas nas dimensões proteger a intimidade da pessoa idosa (54,62 pontos percentuais), conhecer a pessoa e as suas necessidades (48,81 pontos percentuais) e proteger a dignidade e privacidade (45,03 pontos percentuais). A menor diferença foi registada na dimensão negociação do cuidado (2,37 pontos percentuais).

Tabela 1 - Percepção da autonomia antes da implementação da MCH®.

Dimensão	Profissionais (%)	Pessoa idosa (%)	Diferença
Promover a tomada de decisão	74,52	54,17	20,35
Negociação do cuidado	35,70	33,33	2,37
Obter consentimento	69,52	33,33	36,19
Dar oportunidade de escolha	59,62	36,67	22,95
Conhecer a pessoa e necessidades	89,84	41,03	48,81
Promover participação no cuidado	80,63	41,03	39,60
Relação de confiança e reciprocidade	90,00	61,75	28,25
Proteger dignidade e privacidade	99,52	54,49	45,03
Proteger intimidade	97,78	43,16	54,62
Score global	77,46	44,33	33,13

6. EVOLUÇÃO DA PERCEÇÃO DE AUTONOMIA APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA MCH®

Após a implementação da MCH®, a análise comparativa dos scores percentuais de percepção de autonomia reportadas pelas pessoas idosas evidenciou um aumento consistente em todas as dimensões avaliadas. O score global de percepção de autonomia evoluiu de 44,33% no período pré-implementação para 95,06% no período pós-implementação, correspondendo a um acréscimo de 50,73 pontos percentuais (p.p), o que traduz uma melhoria substancial da autonomia percebida (tabela 2).

Tabela 2 - Evolução do score global da percepção da autonomia da pessoa idosa antes e após a implementação da MCH®.

Momento de avaliação	Score global (%)
Antes da implementação da MCH®	44,33
Após a implementação da MCH®	95,06

A análise por dimensões evidencia melhorias consistentes da percepção de autonomia em todas as dimensões avaliadas após a implementação da MCH® (tabela 3). A dimensão obter o consentimento da pessoa aumentou de 33,30% para 100,00%,

enquanto a dimensão conhecer a pessoa e as suas necessidades aumentou de 41,03% para 100,00% e a dimensão proteger a intimidade da pessoa idosa aumentou de 43,16% para 100,00%. Registaram-se igualmente evoluções relevantes nas dimensões dar oportunidade de escolha, que aumentou de 36,67% para 91,54%, promover a participação no cuidado, que aumentou de 41,03% para 89,32%, e negociação do cuidado, que aumentou de 33,33% para 80,45%, evidenciando um reforço significativo das práticas de participação ativa da pessoa idosa no processo de cuidados.

Adicionalmente, verificaram-se evoluções positivas nas dimensões proteger a dignidade e privacidade, que aumentou de 54,49% para 100,00%, e promover a tomada de decisão, que aumentou de 54,17% para 97,12%, refletindo melhorias nas práticas orientadas para o respeito pela pessoa e pela sua individualidade.

Estes resultados indicam um aumento da autonomia percebida pelas pessoas idosas no período subsequente à implementação da metodologia, refletindo alterações observadas nas práticas de cuidado durante a prestação dos cuidados de higiene. Estes resultados sugerem que a implementação da MCH® contribui para uma maior consciencialização dos profissionais relativamente à promoção da autonomia da pessoa idosa, favorecendo práticas mais centradas na interação com a pessoa.

Tabela 3 - Evolução da perceção de autonomia da pessoa idosa por dimensão do PAPI antes e após a implementação da MCH®.

Dimensão	Antes implementação da MCH® (%)	Após implementação da MCH® (%)	Diferença (p.p)
Promover a tomada de decisão	54,17	97,12	42,95
Negociação do cuidado	33,33	80,45	47,12
Obter o consentimento da pessoa	33,30	100,00	66,70
Dar oportunidade de escolha	36,67	91,54	54,87
Conhecer a pessoa e as suas necessidades	41,03	100,00	58,97
Promover a participação no cuidado	41,03	89,32	48,29
Relação de confiança e reciprocidade	61,75	97,22	35,47
Proteger a dignidade e privacidade	54,49	100,00	45,51
Proteger a intimidade da pessoa idosa	43,16	100,00	56,84

7. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam diferenças consistentes entre a percepção dos profissionais e a percepção das pessoas idosas relativamente à autonomia no cuidado de higiene, verificando-se valores superiores na percepção dos profissionais em todas as dimensões avaliadas. Estes achados são congruentes com a literatura que descreve a autonomia tende a ser interpretada predominantemente sob uma perspectiva funcional e organizacional (Agich, 2003; McCormack & McCance, 2017).

Os valores mais elevados observados na percepção dos profissionais nas dimensões relacionadas com a proteção da dignidade, privacidade e intimidade sugerem que estes reconhecem a importância destes princípios na prática assistencial. Contudo, as pontuações mais reduzidas reportadas pelas pessoas idosas nas mesmas dimensões indicam que a experiência vivenciada do cuidado pode não refletir plenamente a intenção dos profissionais, evidenciando a necessidade de reforçar estratégias que promovam a participação efetiva da pessoa idosa nos cuidados e a valorização da sua percepção subjetiva.

A discrepância observada nas dimensões relacionadas com a tomada de decisão, consentimento e oportunidade de escolha reforça a evidência de que a autonomia pode permanecer limitada em contextos institucionais, mesmo quando existem práticas orientadas para a humanização dos cuidados (McCormack 2001; Feinberg & Whitlatch, 2001; McWilliam & Ward-Griffin, 2006; Sherwin & Winsby, 2010; St-Amant, Ward-Griffi & DeForge, 2012). Alguns estudos têm demonstrado que a participação ativa das pessoas idosas nas decisões relativas aos cuidados constitui um elemento essencial para a promoção da autonomia percebida e da qualidade de vida, sendo influenciada não apenas pelas capacidades funcionais, mas também pela cultura organizacional e pelas práticas profissionais predominantes (Melo et al., 2017; Figueiredo et al., 2018; Melo et al., 2019; Fonseca et al., 2021; Giang et al., 2023; Araujo et al., 2025).

Os resultados obtidos sugerem ainda que as diferenças de percepção podem refletir a existência de modelos interpretativos distintos sobre o conceito de autonomia. Enquanto os profissionais tendem a valorizar a autonomia numa perspectiva técnico-funcional, associada à execução das atividades de vida diária e à organização dos cuidados, as pessoas idosas valorizam frequentemente dimensões relacionais e subjetivas, como a possibilidade de escolher, opinar e participar nas decisões que influenciam o seu quotidiano. Esta diferença de perspectivas reforça a importância de integrar sistematicamente a avaliação da percepção da pessoa idosa nos processos de planeamento e avaliação dos cuidados, promovendo abordagens centradas na interação entre a pessoa cuidada e o cuidador (Collière, 2003; Phaneuf, 2005; Phaneuf, 2010).

Adicionalmente, a evolução observada após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade, traduzida no aumento expressivo da percepção de autonomia reportada pelas pessoas idosas, sugere o potencial desta abordagem para promover mudanças nas práticas de cuidados e na experiência vivenciada do cuidado. A MCH®, ao enfatizar a relação interpessoal, a negociação do cuidado, a obtenção do consentimento e a estimulação da participação ativa da pessoa (Gineste & Pellissier, 2008), favorece a criação de contextos de cuidados mais participativos e orientados para a promoção da autonomia percebida, contribuindo para aproximar a percepção dos profissionais da experiência vivenciada pelas pessoas idosas.

Assim, os resultados evidenciam a necessidade de fortalecer práticas de cuidados centradas na interação entre a pessoa cuidada e o cuidador, que integrem a perspectiva da pessoa idosa como elemento essencial na avaliação da qualidade dos cuidados, promovendo a convergência entre a intenção profissional e a experiência efetiva do cuidado e reforçando o papel de metodologias relacionais estruturadas na promoção da autonomia em contexto institucional.

8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

As diferenças observadas entre a percepção dos profissionais e a percepção das pessoas idosas relativamente à autonomia sugerem a necessidade de integrar de forma sistemática a voz da pessoa cuidada nos processos de avaliação, planejamento e implementação dos cuidados, promovendo abordagens verdadeiramente centradas na pessoa.

A incorporação de instrumentos de avaliação da percepção da autonomia, aplicados simultaneamente a profissionais e pessoas idosas, poderá constituir um recurso relevante para monitorizar a qualidade dos cuidados e identificar áreas prioritárias de intervenção, permitindo ajustar práticas de cuidados às necessidades e expectativas das pessoas cuidadas. Esta estratégia pode contribuir para reduzir discrepâncias entre a intenção dos profissionais e a experiência vivenciada pelas pessoas idosas, promovendo maior alinhamento entre as práticas institucionais e os princípios da autonomia e autodeterminação.

Os resultados reforçam igualmente a importância de desenvolver programas de formação contínua orientados para a promoção da autonomia participativa, incentivando práticas que valorizem o consentimento informado, a negociação do cuidado e a criação de oportunidades reais de escolha durante as atividades quotidianas, incluindo os cuidados de higiene. A integração de metodologias relacionais estruturadas, como a Metodologia de Cuidado Humanidade, poderá constituir uma estratégia relevante para

reforçar a participação da pessoa idosa nos cuidados e melhorar a sua perceção de autonomia em contexto institucional (Gineste & Pellissier, 2008).

Ao nível da formação inicial dos profissionais de saúde, torna-se igualmente pertinente reforçar a integração de conteúdos relacionados com autonomia, cuidados centrados na interação com a pessoa cuidada e comunicação terapêutica nos currículos das profissões da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências que favoreçam práticas de cuidados mais participativas e orientadas para a dignidade da pessoa cuidada. Finalmente, ao nível organizacional, a incorporação de indicadores de autonomia percebida nos sistemas de avaliação da qualidade poderá contribuir para o desenvolvimento de ambientes de cuidados mais humanizados e orientados para a melhoria contínua dos cuidados.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu analisar a perceção da autonomia da pessoa idosa institucionalizada no autocuidado de higiene, evidenciando diferenças relevantes entre a perceção das pessoas idosas e a perceção dos profissionais de saúde, bem como alterações observadas após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade. Os resultados demonstraram que, antes da implementação desta metodologia, a perceção de autonomia reportada pelas pessoas idosas era inferior à perceção dos profissionais, sugerindo a existência de discrepâncias entre a intenção assistencial e a experiência subjetiva do cuidado.

A evolução observada após a implementação da MCH®, traduzida no aumento expressivo da autonomia percebida pelas pessoas idosas, evidencia o potencial desta abordagem para promover práticas de cuidados mais participativas, centradas na interação e orientadas para a valorização da dignidade, do consentimento e da participação ativa nos cuidados. Estes resultados reforçam a relevância de intervenções formativas e organizacionais que incentivem a incorporação de metodologias relacionais estruturadas na prática, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto institucional.

Apesar dos contributos do estudo, importa reconhecer algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A investigação foi realizada numa única instituição, recorrendo a uma amostragem não probabilística de conveniência e a uma amostra de dimensão reduzida, o que pode limitar a generalização dos resultados. Acresce a possibilidade de viés de desejabilidade social nas respostas dos profissionais de saúde, bem como o facto de a avaliação da autonomia percebida assentar em dados

sujeitas à subjetividade dos participantes. Para além disso, a natureza observacional do desenho pré e pós-intervenção não permite estabelecer relações de causalidade absoluta.

Importa igualmente reconhecer que a avaliação da autonomia percebida constitui um fenómeno multidimensional e dependente de fatores individuais, relacionais e organizacionais, sugerindo a necessidade de desenvolvimento de investigações futuras que integrem diferentes contextos institucionais, amostras mais amplas e metodologias complementares de avaliação. O aprofundamento do conhecimento nesta área poderá apoiar a implementação de modelos de cuidados mais humanizados e orientados para a promoção efetiva da autonomia da pessoa idosa institucionalizada.

REFERÊNCIAS

Agich, G. J. (2003). *Dependence and autonomy in old age: An ethical framework for long-term care*. Cambridge University Press.

Araujo, J., Luz, H., Melo, R., & Van Son, C. (2025). Relationship-centered care and Humanity: A narrative review on reducing care refusal in people living with dementia. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6, 332–342. <https://doi.org/10.61415/riage.273>

Celich, K. L. S., Melo, R. C. C. P., Vargas, M. A. O., Henriques, L. V. L., Souza, J. B., Zilli, F., Zenevicz, L. T., Hanauer, M. C., & Madureira, V. S. F. (2021). Methodology of Humanity care: Repercussions on the performance of professionals in an institution for the elderly during the COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(6), e14010615529. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15529>

Celich, K. L. S., Melo, R. C. C. P., Vargas, M. A. O., Henriques, L. V. L., Souza, J. B., & Zilli, F. (2022). Contribuições do cuidar em Humanity durante a pandemia em uma instituição para idosos em Portugal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20210206. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0206pt>

Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência.

Feinberg, L. F., & Whitlatch, C. J. (2001). Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices? *The Gerontologist*, 41(3), 374–382. <https://doi.org/10.1093/geront/41.3.374>

Fernández-Ming, S., Martín-Cano, M. C., García-Domingo, M., & Ricoy-Cano, A. J. (2025). Perceptions of care in residential facilities according to functional dependency: A phenomenological approach centred on older adults' dignity. *Societies*, 15(10), 268. <https://doi.org/10.3390/soc15100268>

Figueiredo, A., Melo, R., & Ribeiro, O. (2018). Metodologia de cuidado Humanity: Dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 53–62. <https://doi.org/10.12707/RIV17063>

Fonseca, C., Luz, H., & Melo, R. (2021). Metodologia de cuidado Humanity: Benefícios e desafios da sua implementação na prática. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 7(1), 14–25. <https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.1.200>

Giang, T.-A., Koh, J. E. J., Cheng, L.-J., Tang, Q.-C., Chua, M.-J., Liew, T.-M., Wee, S.-L., & Yap, P. L. K. (2023). Effects of Humanity care on people with dementia and caregivers: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 2969–2984. <https://doi.org/10.1111/jocn.16477>

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanity: Cuidar e compreender a velhice*. Instituto Piaget.

- Gillon, R. (1995). Defending “the four principles” approach to biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 21(6), 323–324.
- Hesbeen, W. (2006). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2013). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Lusociência.
- Inácio, M. S. C. (2021). *(Re)construção da autonomia da pessoa idosa com dependência no autocuidado de higiene: contributo da Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH®)* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/58258>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.ª ed.). ReportNumber.
- McCormack, B. (2001). Negotiating partnerships with older people: A person-centred approach. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 202–211.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- McWilliam, C. L., & Ward-Griffin, C. (2006). Clients as partners in care: The role of autonomy. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(1), 18–32.
- Melo, R. C. C. P. (Coord.). (2017). *Higiene e conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade* (Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Melo, R. C. C. P., Costa, P. J., Henriques, L. V. L., Tanaka, L. H., Queirós, P. J. P., & Araújo, J. P. (2019). Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 825–829. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363>
- Melo, R. C. C. P., & Melo, A. S. P. (2021). Da inatividade ao sentimento de utilidade da pessoa idosa: Efeito na redução dos sintomas de ansiedade e depressão. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 75–82. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2120>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Phaneuf, M. (2010). *Relação de ajuda em enfermagem*. Lusociência.
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2010). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations*, 14(2), 182–190.
- St-Amant, O., Ward-Griffin, C., & DeForge, R. (2012). Autonomy in long-term care settings. *Journal of Aging Studies*, 26, 201–210.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO.
- Zenevicz, L. T., Melo, R. C. C. P., Madureira, V. S. F., Kolhs, M., Santos, A. T., Henriques, L. V. L., Meira, M. A., Radtke, M. E. B., & Thofehrn, M. B. (2021). Challenges of humanity care methodology in assist institutionalized elderly people in pandemic times. *Research, Society and Development*, 10(13), e479101321284. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21284>
- Zhu, X., Wang, Z., Yang, X., & Ning, Z. (2025). About half of older adults have two or more chronic conditions at the same time: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1680745. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1680745>

RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REGISTOS DE ENFERMAGEM

Data de submissão: 15/02/2026

Data de aceite: 03/03/2026

Telma Marina Barros

ULS Tâmega e Sousa- USF Freamunde
Freamunde, Porto
<https://orcid.org/0009-0000-6546-8462>

Liliana Maria Monteiro Neto

ULS Tâmega e Sousa- USF Freamunde
Freamunde, Porto
<https://orcid.org/0009-0006-4287-404X>

Sónia Cristina Borges Leão Costa

ULS Tâmega e Sousa- USF Freamunde
Freamunde, Porto
<https://orcid.org/0009-0007-6879-6171>

RESUMO: A depressão pós-parto constitui uma complicação frequente do período puerperal, afetando cerca de 10–15% das mulheres, com implicações relevantes na saúde materna, na relação mãe-bebé e na dinâmica familiar. A identificação precoce do risco depende da avaliação sistemática do estado emocional da puérpera e do registo rigoroso dessa avaliação nos sistemas de informação em saúde, fundamentais para a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem. Este estudo transversal e retrospectivo integrou um processo de melhoria contínua da qualidade, com o objetivo de avaliar

e otimizar os registos de enfermagem relativos à avaliação do humor na consulta de revisão do puerpério. A investigação decorreu em dois momentos: avaliação inicial dos registos e reavaliação após implementação de uma intervenção dirigida à equipa de enfermagem, que incluiu formação, sensibilização e integração da atividade diagnóstica “Avaliar Humor” no programa de saúde do puerpério, baseada na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Na avaliação inicial (n=43), verificou-se ausência de registo da atividade diagnóstica “avaliar humor” (0%). Um ano após a intervenção, na reavaliação (n=51), a taxa de registo aumentou para 90,2%, evidenciando melhoria significativa da qualidade da documentação clínica. Os resultados demonstram que intervenções formativas e organizacionais, associadas à otimização dos sistemas de informação, promovem práticas de registo mais sistemáticas e baseadas na evidência. O reforço do rigor documental em enfermagem contribui para a deteção precoce do risco de depressão pós-parto e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados no período pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: puerpério; humor; registos.

RISK OF POSTPARTUM DEPRESSION: NURSING RECORDS

ABSTRACT: Postpartum depression is a common complication of the puerperal period, affecting approximately 10–15% of women,

with significant implications for maternal health, the mother–infant relationship and family dynamics. Early identification of risk depends on the systematic assessment of the woman’s emotional state and the accurate recording of this assessment in health information systems, which are fundamental to the continuity and quality of nursing care. This cross-sectional and retrospective study formed part of a continuous quality improvement process, with the aim of assessing and optimising nursing records relating to mood assessment at the postpartum review consultation. The research was conducted in two stages: an initial evaluation of records and a reassessment following the implementation of an intervention directed at the nursing team, which included training, awareness-raising and the integration of the diagnostic activity “Assess Mood” into the postpartum health programme, based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In the initial assessment (n=43), there was no record of the focus “mood” (0%). One year after the intervention, in the reassessment (n=51), the recording rate increased to 90.2%, demonstrating a significant improvement in the quality of clinical documentation.

KEYWORDS: postpartum; humor; records.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, temos verificado um crescente investimento científico e político na promoção da saúde psicológica e do bem-estar das pessoas, levando conseqüentemente a uma mudança paradigmática centrada na capacitação das pessoas enquanto agentes ativos na gestão da sua saúde. Este investimento tem como perspectiva, envolver as pessoas, auxiliando-as a serem parte ativa na promoção da sua saúde. Contudo, não podemos descorar que a saúde psicológica é um direito fundamental de cada um e uma responsabilidade de todos. Segundo a World Health Organization, este enfoque está alinhado com os princípios da promoção da saúde e com o reconhecimento da saúde mental como um direito humano fundamental e uma responsabilidade coletiva, essencial ao funcionamento social e ao desenvolvimento humano (WHO; 2022). A saúde psicológica constitui um fenómeno multidimensional que influencia profundamente a forma como o indivíduo experiencia a vida, como estabelece relações interpessoais, como responde a situações de mudança e constrói processos de adaptação ao longo do seu ciclo vital, como vamos poder analisar na fundamentação do nosso trabalho. A compreensão das dinâmicas de autorrepresentação, a integração social e o ajustamento da pessoa a transições do ciclo vital têm sido um foco crescente de investigação, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade psicossocial (Slomian et al., 2019).

Através da análise da literatura, podemos reforçar que, a complexidade com que a saúde psicológica afeta positiva ou negativamente, a forma como o ser humano vive e como se integra ou interage na sociedade, são um foco de reflexão emergente, assim como, compreender a forma como nos vemos e como vemos ou outros e nos integramos em

situações de mudança e adaptabilidade. Entre os grupos populacionais mais suscetíveis a alterações na sua saúde mental, destacam-se as mulheres. A evidência epidemiológica demonstra que, globalmente, as mulheres apresentam maior prevalência de perturbações depressivas e de ansiedade ao longo da vida, sendo este fenómeno justificado pela interação dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (WHO, 2022). Apesar do desenvolvimento de estratégias preventivas e avanços sociais, persistem desigualdades estruturais, pressões normativas e exigências de múltiplos papéis sociais que contribuem para uma maior vulnerabilidade feminina através dos níveis elevados de stress emocional. A procura incessante de ser reconhecida ou ter sucesso pode potenciar esse stress emocional e um sentimento de fracasso porque enfrentam diferentes expectativas, sejam elas por parte delas próprias, por parte da família ou da sociedade onde estão inseridas.

A literatura evidencia que o contacto com expectativas sociais frequentemente contraditórias - associadas a desempenho profissional, à responsabilidade familiar e à construção de identidades socialmente valorizadas – podem potenciar sentimentos de autocritica, sobrecarga emocional e inadequação. Estas exigências, internalizadas ou externalizadas, constituem fatores de risco relevantes para o desenvolvimento de sofrimento psicológico, particularmente num período de transição significativo do ciclo vital (Biaggi et al., 2016).

A maternidade representa uma transição do ciclo vital com as mudanças mais profundas e desafiantes da vida adulta, envolvendo transformações emocionais, biológicas, identitárias e relacionais. Este período implica um processo complexo de reorganização do *self*, frequentemente acompanhado por redefinições de papéis, ajustamento de novas responsabilidades e alteração da dinâmica familiar (Slomian et al., 2019). As expectativas que se criam baseadas na perfeição em torno da parentalidade, como o amamentar, ser impecável com a casa e outras lidas domésticas, ou a forma como cuida da criança implicam uma excessiva sobrecarga física e emocional. E como já abordamos anteriormente, a discrepância entre as expectativas idealizadas e experiências reais da maternidade têm sido associadas a sentimentos de culpa, isolamento, perda de identidade pessoal e sofrimento emocional (Milgrom et al., 2015).

O período perinatal constitui uma janela crítica de vulnerabilidade psicológica, pois a chegada de uma criança é uma transição importante na vida familiar, no qual o risco de desenvolvimento de perturbações mentais, nomeadamente depressão pós-parto se encontra significativamente aumentado (Howard et al., 2014). Neste contexto, a depressão pós-parto constitui uma das complicações mais frequentes do período puerperal.

Revisões sistemáticas e meta-análises internacionais estimam uma prevalência global entre 14% e 18%, variando em função de fatores socioculturais, metodológicos e

contextuais (Hahn-Holbrook et al., 2018; Shorey et al., 2018). Segundo a Direção Geral de Saúde, em Portugal, a depressão pós- parto apresenta uma prevalência relevante e consistente com os valores internacionais, entre 10 % a 15% das mulheres no período pós-parto, sendo reconhecida como um problema de saúde pública com impacto significativo na saúde materna e infantil (DGS, 2015).

Para além do impacto na saúde mental materna, esta condição associa-se a alterações no funcionamento familiar, na vinculação precoce e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, reforçando a relevância da sua identificação precoce (Slomian et al., 2019).

Perante estas evidências, torna-se uma prioridade clínica de saúde pública, a monitorização sistemática do estado emocional da mulher no período pós- parto, sendo amplamente recomendada em orientações internacionais de cuidados perinatais (Nacional Institute for Health and Care Excellence, 2020). Também a OMS recomenda que todas as mulheres sejam avaliadas quanto ao seu bem-estar emocional em cada contacto com os serviços de saúde no período pós-parto, utilizando instrumentos validados para o rastreio e assegurando ferramentas estruturadas para o diagnóstico, para a referência e no acompanhamento quando são identificados sinais de risco.

Assim, é consensual que a identificação precoce dos problemas de saúde mental no período perinatal e pós-natal devem integrar a prática assistencial de rotina, envolvendo os profissionais dos cuidados de saúde primários através das suas equipas multidisciplinares, dando grande enfoque ao papel dos enfermeiros. Esta deteção sistemática permite melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental através da referência para um apoio especializado e reduzir consequentemente a morbilidade associada à depressão pós-parto.

Assim, os cuidados de enfermagem assumem um papel central, quer na avaliação e na vigilância quer na documentação do bem-estar psicológico materno, contribuindo para a deteção precoce do risco e para uma implementação de intervenções adequadas e oportunas.

Contudo, a literatura identifica barreiras significativas à implementação consistente da avaliação do humor e do rastreio da depressão pós-parto, descrevendo constrangimentos organizacionais, limitações de tempo, falta de formação específica e ausência de sistemas estruturados de registo clínico. Estas dificuldades contribuem para um registo incompleto da sintomatologia depressiva, e este fenómeno é muito descrito na literatura, sendo reconhecido que uma grande proporção dos casos permanece não diagnosticada ou não documentada em contexto clínico.

Perante este enquadramento, a documentação sistemática e rigorosa da avaliação do estado emocional materno assume um papel central na qualidade dos cuidados de saúde. O registo clínico não consiste apenas num instrumento administrativo, mas um elemento estruturante da prática profissional dos enfermeiros, permitindo a continuidade assistencial, a comunicação interdisciplinar, a monitorização da evolução clínica e a tomada de decisão baseada em evidência. Contudo, registos insuficientes ou ausentes limitam a capacidade de vigilância longitudinal e compromete a implementação de intervenções adequadas e precoces, principalmente neste contexto de maior vulnerabilidade psicossocial.

No contexto português, a monitorização clínica da mulher no período pós- parto é suportada por sistemas de informação eletrónicos estruturados, onde se destaca o SClínico, que integra o processo de enfermagem, o registo padronizado de focos, diagnósticos, intervenções e resultados em saúde, segundo a linguagem classificada CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Assim, perante o exposto anteriormente, a melhoria da qualidade dos registos da prática de enfermagem relacionados com a avaliação do humor da mulher no período pós-parto, representa uma estratégia essencial para fortalecer a importância da vigilância da saúde mental materna, promover a deteção precoce do risco de depressão pós-parto e garantir cuidados de saúde mais seguros, integrados e centrados na mulher.

Apesar destes avanços, a literatura portuguesa refere que ainda existe variabilidade organizacional e clínica na integração sistemática da avaliação do bem-estar emocional nos cuidados de rotina, particularmente no que respeita à uniformização dos procedimentos de registo e de monitorização longitudinal da saúde materna da mulher e salienta o papel central dos enfermeiros, na avaliação, registo e intervenção precoce no sofrimento psicológico da mulher no período perinatal e pós-parto. A documentação adequada e completa do processo de enfermagem garante uma monitorização eficaz dos cuidados prestados, promovendo assim, a continuidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, persistem desafios relacionados com a operacionalização consistente da vigilância do bem-estar emocional da mulher no puerpério e com a padronização desses registos clínicos. A literatura fomenta a relevância de estudos que analisem e promovam a melhoria da qualidade dos registos de enfermagem neste domínio.

2. OBJETIVOS

Este estudo procura promover a monitorização sistemática da saúde mental da mulher através da deteção precoce do risco de depressão pós-parto, melhorar a qualidade

dos registos de enfermagem e reforçar a continuidade dos cuidados contribuindo para a excelência da prática clínica no contexto de vigilância da mulher no pós-parto.

Insere-se numa abordagem de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, estruturado segundo a metodologia de melhoria contínua baseada em 4 etapas do ciclo PDCA (Plan- Do – Check – Act), onde o foco foi a avaliação dos registos clínicos relacionados com a avaliação do humor da mulher no período pós-parto.

Plan (planear) – pretende-se identificar e caraterizar a prática existente de registo de enfermagem no que concerne à atividade diagnóstica “avaliar humor” na consulta de revisão de puerpério, analisando a conformidade dos registos com as recomendações clínicas e com os padrões de qualidade da documentação em enfermagem. Nesta fase, prende-se diagnosticar necessidades de melhoria e definir estratégias de intervenção orientadas para a sistematização da avaliação emocional materna.

Do (executar) – pretende-se implementar ações de formação e sensibilização da equipa de enfermagem, bem como ajustes instrumentais que favoreçam a integração sistemática da atividade diagnóstica e o seu registo estruturado no processo clínico, ou seja, implementar intervenções de melhoria dirigidas à prática clínica.

Check (avaliar) – o estudo tem como objetivo medir o impacto das intervenções de melhoria implementadas através da reavaliação da qualidade dos registos de enfermagem, comparando indicadores de documentação antes e após a intervenção, de modo a determinar o grau de melhoria alcançado e a eficácia das estratégias adotadas.

Act (atuar/ ajustar) – pretende-se consolidar as práticas clínicas mais sustentadas e consistentes na evidência, promovendo a integração das melhorias identificadas na rotina assistencial, contribuindo para uma padronização da avaliação do humor da mulher no puerpério, reforçando assim, a cultura organizacional de qualidade e de segurança dos cuidados.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, transversal e retrospectivo, integrado numa abordagem de melhoria contínua da qualidade dos registos dos cuidados de enfermagem, onde assumiu a forma de auditoria clínica aos registos de enfermagem, com a avaliação comparativa em dois momentos distintos, em que o primeiro correspondeu a uma fase diagnóstica inicial e a outra a uma fase de reavaliação após implementação de uma intervenção de melhoria.

População alvo – foram incluídos todos os registos clínicos de puérperas que realizaram consulta de revisão de puerpério no período definido para cada momento de avaliação.

Amostra – foi constituída por todos os registos disponíveis que cumpriam os critérios definidos, correspondendo a duas coortes independentes: uma referente ao período pré-intervenção e outra ao período pós-intervenção.

Procedimento de recolha de dados – foi realizada através da análise documental dos registos de enfermagem existentes no SClínico e foram avaliados indicadores relacionados com a documentação da avaliação do estado emocional, nomeadamente o registo da atividade diagnóstica “avaliar humor”.

Intervenção de melhoria – após a fase diagnóstica inicial, foi implementada uma intervenção dirigida à melhoria da prática dos registos clínicos da prática de enfermagem, incluindo-se as ações de formação à equipa de enfermagem, no que concerne à importância da avaliação sistemática do humor no puerpério, bem como ajustamento organizacional e funcional do sistema de informação SClínico, com vista à integração estrutural da atividade diagnóstica “avaliar humor” parametrizada no programa de vigilância da saúde da mulher no puerpério.

Avaliação pós-intervenção – após o período de implementação das medidas de melhoria, foi realizada nova auditoria aos registos de enfermagem, utilizando-se os mesmos critérios de análise, permitindo a comparação dos indicadores de qualidade dos registos antes e após a intervenção.

Análise dos dados – os dados foram analisados de forma descritiva, através do cálculo de frequências absolutas dos indicadores de registo avaliados, permitindo comparar o desempenho da documentação clínica entre os dois momentos de avaliação no estudo e assim, identificar o impacto das intervenções implementadas.

Considerações éticas – foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação em saúde, garantindo-se a confidencialidade e anonimização dos dados analisados, uma vez que se tratou de análise retrospectiva de registos clínicos, sem identificação direta de pessoas.

4. RESULTADOS DISCUSSÃO

O resultado deste estudo evidencia uma melhoria substancial na qualidade dos registos de enfermagem no sistema de informação SClínico relativos à avaliação do humor da mulher no período pós-parto, após a implementação de uma intervenção estruturada de melhoria dos registos da prática clínica.

A avaliação do humor foi realizada com base num instrumento estruturado de rastreio e validado para a população portuguesa, a Escala de Depressão Pós- Parto de Edimburgo, permitindo a sistematização e padronização da monitorização do estado emocional materno no puerpério.

Na fase diagnóstica inicial, que incluiu a análise dos registos de 43 puérperas, verificou-se ausência total de documentação da atividade diagnóstica “avaliar humor”, traduzindo uma taxa de registo de 0%. Esta ausência total de registo nos processos clínicos analisados, constatou que a avaliação sistemática do estado emocional materno não se encontrava integrado de forma consistente na documentação da prática assistencial, apesar de ser reconhecido como relevante.

Assim, este resultado foi consistente com a evidência descrita na literatura já mencionada na introdução, que aponta para a existência de barreiras organizacionais, estruturais e formativas que dificultam a integração sistemática da avaliação do humor no período pós-parto da mulher. Nas barreiras destacam-se a ausência de instrumentos de registo estruturados, a variabilidade na sensibilização dos profissionais e a priorização de dimensões biomédicas em detrimento de aspetos psicossociais, particularmente em contexto de elevada pressão assistencial.

Um ano após a implementação das medidas de melhoria, foi realizada uma nova auditoria, abrangendo 51 puérperas, verificando-se uma taxa de registo de 90,2%. Esta melhoria tão expressiva revela que a combinação de estratégias educativas (formação e sensibilização da equipa de enfermagem) e alterações estruturais no sistema de registo (integração no sistema de informação da atividade diagnóstica “avaliar humor” no programa de vigilância da saúde da mulher no puerpério) revelaram-se altamente eficazes, promovendo mudanças sustentadas na prática clínica.

Contudo, os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações: trata-se de uma análise realizada numa única unidade de saúde, o que pode limitar a generalização dos resultados a outros contextos organizacionais e, o estudo avaliou a presença de registo da atividade diagnóstica, não permitindo inferir diretamente na qualidade clínica da avaliação realizada nem o impacto nos resultados na saúde materna. Também de frisar que a análise dependeu da exatidão da completude dos registos existentes.

Apesar destas limitações, o estudo vem corroborar com a literatura, demonstrando que intervenções estruturadas de melhoria contínua da qualidade podem produzir ganhos significativos na documentação clínica e na sistematização da vigilância da saúde mental no período pós-parto da mulher, reforçando a importância de estratégias organizacionais

que integrem formação aos profissionais, adequação dos sistemas de informação e monitorização contínua dos indicadores de qualidade, como forma de promover práticas clínicas mais consistentes, mais seguras e centradas na pessoa.

5. PRINCIPAIS CONCLUSÕES

A melhoria elevada do registo do humor na vigilância da saúde da mulher no pós-parto, reflete não apenas a eficácia de medidas implementadas, mas também a importância da reflexão crítica contínua sobre a prática profissional como motor de transformação e desenvolvimento da qualidade dos cuidados. O registo de enfermagem constitui um elemento central no processo clínico, traduzindo a avaliação realizada, sustentando a tomada de decisão e garantindo a continuidade assistencial. Assim, a sua qualidade e rigor são indissociáveis da qualidade global dos cuidados prestados.

Estes resultados reforçam a evidência de que a disponibilização de instrumentos padronizados e integrados nos sistemas de informação clínica facilitam a operacionalização de recomendações clínicas e promovem a sistematização da avaliação de áreas frequentemente subavaliadas, como a saúde mental.

A melhoria observada evidencia o papel determinante da formação contínua e da sensibilização dos profissionais na promoção da qualidade da documentação clínica e do contributo da incorporação de alterações estruturais no sistema de registo, que permitem aumentar a prática e consistência quer na qualidade global dos cuidados quer na organização e estrutura dos cuidados e sua documentação, pois o registo em enfermagem constitui um reflexo direto da prática assistencial.

A sistematização da avaliação do humor no puerpério assume particular relevância pela sua contribuição precoce de sintomatologia depressiva e para a monitorização longitudinal de bem-estar emocional materno. A documentação estruturada permite identificar situações de risco, garantir a continuidade assistencial, facilitar a comunicação entre profissionais e sustentar decisões clínicas atempadas, contribuindo para a prevenção de consequências adversas à depressão pós-parto.

Neste contexto, torna-se fundamental promover, de forma consistente, a valorização do registo clínico enquanto expressão de intervenção da enfermagem e como instrumento essencial para a monitorização da saúde, particularmente em áreas sensíveis como a saúde mental materna.

Os resultados obtidos reforçam a necessidade de investir em estratégias organizacionais e formativas que promovam registo rigoroso, consistente e baseado em evidência, com base na qualidade e responsabilidade profissional. Considerando

a natureza e âmbito deste estudo, recomenda-se que investigações futuras explorem o impacto da melhoria dos registos de enfermagem não apenas a nível documental, mas também nos resultados clínicos, incluindo a identificação precoce dos casos, referência e evolução dos sintomas.

Sugere-se também, a realização de estudos multicêntricos que permitam avaliar a generalização dos resultados em diferentes contextos organizacionais e níveis de cuidados de saúde, assim como a sustentabilidade das mudanças implementadas e a sua integração na prática clínica.

Por último, recomenda-se o desenvolvimento e avaliação de modelos integrados de intervenção em saúde mental perinatal e pós-parto suportados por sistemas de informação clínica, com vista à otimização da monitorização, da comunicação interdisciplinar e da continuidade de cuidados ao longo do ciclo gravídico e pós-parto.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, R. N., & Xavier, J. S. (2022). *Teoria das necessidades humanas básicas e a depressão pós-parto: uma reflexão para a enfermagem*.

Alves, P., Sequeira, C., Néné, M., & Ribeiro, I. (2024). Enfermagem de saúde mental perinatal: construção de um programa de aconselhamento. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.

Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Psychological Bulletin*, 144(6), 706–737.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788.

Leite, D., Santanita, C., & Reis, T. (2024). Implementação e replicação de programas de saúde mental perinatal em hospitais públicos portugueses. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 10(2), 54–61.

Mendes, M. (2024). *O enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica na prevenção da depressão pós-parto* (Relatório de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém.

Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2015). *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management*. Wiley- Blackwell.

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192)*.

Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade no exercício profissional dos enfermeiros*. Formasau.

Projeto UICISA E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. *Promoção da saúde mental materna perinatal em cuidados de saúde primários*.

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *104*, 235–248.

Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Formasau.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*, Article 455.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.

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

Accesibilidad a los servicios de salud 81

Adulto mayor 139, 141, 147, 148, 157, 158, 159, 160, 161

Años de esperanza de vida perdidos 95, 98, 102

Argentina 94, 106, 107, 108, 109, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 133, 136, 137, 138

Atención 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 104, 139, 146, 148, 149, 152, 159, 160, 161

Autonomia 5, 71, 78, 82, 145, 153, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

C

Calidad 4, 11, 26, 45, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 80, 84, 85, 88, 91, 106, 107, 118, 124, 126, 127, 131, 135, 138, 140, 146, 149, 150, 158, 159, 160, 161

Calidad de atención 58, 60, 61, 62, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 80

Colombia 14, 81, 82, 83, 85, 90, 91, 93, 94, 160

Contacto 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 159, 178, 179

Córnea 124, 125, 126, 127, 134, 136, 138

COVID-19 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 118, 119, 121, 123, 174

Cuidados centrados na pessoa 162, 166

Curso de vida 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78

D

Déficit de autocuidado 139, 141, 149, 157, 160, 161

Descarte de tejidos 125, 127, 133

Desigualdades en la salud 81

Diabetes mellitus tipo 2 70, 71, 73, 79

Disasters 25, 26, 27, 28, 36, 43

Discapacidad 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 71, 124, 126

Donabedian 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 68, 69

Donación de órganos 106, 121, 122, 123, 137

Donantes 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 127, 128, 129, 132, 133, 134, 135, 137

E

Esperanza de vida 89, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104

Ethos cultural 13, 14, 15, 18

Evaluar 6, 10, 58, 60, 61, 63, 128, 146

F

Familia 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 17, 18, 93, 108, 139, 140, 141, 148, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 178

Flashbacks 25, 34, 35, 40

Food waste 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57

H

Humanização dos cuidados 162, 164, 171

Humor 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184

L

La relación familiar 139

M

Mass catering 45

Metodologia de Cuidado Humanidade 162, 164, 165, 168, 172, 173, 175

Microbiología 125

Migración 14, 16, 20, 22

Mortalidad 70, 71, 72, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Muerte 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 77, 95, 97, 101, 102, 108, 113, 124, 128, 133, 135, 140, 157

N

Narrativa 71

Nightmares 25, 34, 39

Nutritional assessment 45, 49, 51, 53, 56, 57

O

Orem 139, 140, 141, 149, 150, 157, 159, 160, 161

P

Percepção 6, 23, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 85, 88, 91, 144, 146, 151, 159

Pessoa idosa institucionalizada 162, 165, 166, 173, 174

Processo de aceitação 1, 4, 11

Procuração 4, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 137, 138

Puerpério 176, 180, 181, 182, 183, 184

Q

Quantification 45

R

Registos 176, 180, 181, 182, 183, 185

Risk 14, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 36, 37, 46, 55, 123, 176, 177, 185

S

Salud rural 81

Serologia 125, 128, 132

Stress 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 41, 43, 178

Suicídio 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

T

Trasplante 106, 107, 108, 109, 110, 114, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 135, 136, 137, 138

Trasplante de córnea 124, 125, 126, 127, 136

U

University canteen 44, 45, 47, 57

W

Worani 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

