



La U INVESTIGA

ISSN 1390-910X

Revista Científica Facultad Ciencias de la Salud





La U INVESTIGA

VOL 1 ISSN IBARRA- ECUADOR AÑO 2014

Dr. Miguel Edmundo Naranjo Toro MSc.
RECTOR

Dra. María De la Portilla Vera
VICERRECTORA ACADÉMICA

Ing. Ney Mora Grijalva
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Dra. Mariana Oleas Galeas MSc.
DECANA

Lic. Rocío Castillo Andrade MSc.
SUBDECANA

Lic. Geovanna Altamirano Zabala
COORDINADORA ENFERMERIA

Dra. Hilda María Salas
COORDINADORA NUTRICIÓN

Lic. Guadalupe Rosero Ortega MSc.
COORDINADORA GASTRONOMÍA

Dra. Salomé Gordillo Alarcón MSc.
COORDINADORA TERAPIA FÍSICA

CONSEJO EDITORIAL

Dra. Salome Gordillo Alarcón MSc.
DIRECTORA

MIEMBROS

Dra. Mariana Oleas Galeas MSc.
Lic. Rocío Castillo Andrade MSc.
Lic. Marcela Baquero MSc.
Lic. Viviana Espinel MSc.
Ing. Ivan Galarza MSc.

COMITÉ DE ARBITRAJE EXTRANJERO

Dra. MSc. Raquel Salazar. PhD
Dr. MSc. José Ramón Sanabria. PhD
Prof. MSc. Eloy Fernández. PhD.
Dr. MSc. Adrián Alasino PhD.
Dra. Isabel Cazar PhD.
Dr. Jesús Molina PhD.

CORECCIÓN DE ESTILO

Ing. Andrea Basantes
Ing. Cristina Vaca

IBARRA- ECUADOR

CONCEPTO GRÁFICO

Lic. Pablo Grijalva Rodas

EDICIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud

TIRAJE

1000 ejemplares

EDITORIAL



En la actualidad uno de los elementos fundamentales de la gestión académica lo constituye la investigación, proceso que en el país se ha constituido en un nudo crítico, especialmente en lo relacionado a la evaluación de las instituciones de Educación Superior. Sin embargo, la existencia de aportes científicos desde las diferentes unidades académicas de estas instituciones ha sido permanente, sin la posibilidad de plasmar los resultados de ellas en documentos que puedan transmitir la información a otros.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la UTN, anteriormente ya había realizado el esfuerzo de mantener una publicación de difusión de las acciones importantes de su quehacer académico, sin embargo este fue disminuyendo con el tiempo hasta su desaparición. Se pretende en este momento incentivar a los docentes de las carreras de Enfermería, Nutrición y Salud Comunitaria, Terapia Física Médica y Gastronomía; hacia la investigación a través de proyectos a desarrollarse en cada carrera y con la especificidad de cada una de ellas; así como en la escritura de artículos científicos que permitan evidenciar los resultados de estas investigaciones y difundirlas en los espacios locales, nacionales e internacionales.

Como antecedentes, la facultad ha realizado enormes y permanentes esfuerzos para la capacitación docente en el ámbito relacionado a la elaboración de proyectos de investigación y en la escritura de artículos científicos acordes a la normativa que en el tema de salud se encuentra estandarizada. Cabe señalar que todos aquellos proyectos desarrollados en este período han sido articulados tanto con las necesidades locales, considerando los derechos de la ciudadanía; así como con los objetivos establecidos en el Plan Nacional del Buen Vivir, con la finalidad de que las acciones de las unidades académicas puedan ser de utilidad para el avance en el cumplimiento de los mismos.

Deseamos que esta revista científica sea el espacio propicio para los docentes de la facultad de las habilidades y destrezas para la transmisión de los conocimientos tanto a los estudiantes como a los docentes de otras universidades y a los profesionales de la salud a nivel nacional e internacional que nos colaboren con sus contribuciones.

Dr. Miguel Naranjo Toro
RECTOR



REGLAMENTO DE LA REVISTA

Los artículos recibidos para la publicación serán revisados inicialmente por el Comité Editorial para verificar el cumplimiento de los criterios solicitados por la revista.

Una vez revisados los trabajos se someterán a la revisión de pares especialistas en el tema. Los pares evaluadores responderán en un plazo máximo de 2 semanas con una evaluación del trabajo, que incluye sugerencias sobre cómo mejorarlo, la cual es enviada al grupo de editores. Como resultado de dichos procesos, se le enviará al autor un documento único en el que quedarán explícitos los aspectos que necesitan ser subsanados. La publicación del original no se realizará hasta que ambos procesos tengan una valoración positiva. Las evaluaciones normalmente incluyen una recomendación explícita sobre lo que debe hacerse con la propuesta de investigación.

Las opciones propuestas son las siguientes:

- Aceptación incondicional del trabajo,
- Aceptación sujeta a las mejoras propuestas por el evaluador
- Rechazo

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Los trabajos deben contener un mínimo de 10 y un máximo 20 páginas, en Microsoft Word, tamaño A4, a doble espacio, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos. Tipo de letra: Arial; Tamaño: 12; márgenes superior, inferior y derecho: 2,5 cm y margen izquierdo: 3,5 cm.

CONTENIDOS

- Seguridad e inocuidad del implante subdermico de etonogestrel 68mg en pacientes que cursan el puerperio inmediato (9)
- Estudio analítico de embarazadas adolescentes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital San Vicente de Paúl (17)
- Disfuncionalidad de la Red de Salud para la atención materna en Quiroga - Imbabura – Ecuador (23)
- Diagnóstico de la medicina tradicional indígena en la Provincia de Napo-Ecuador (30)
- Prevalencia del síndrome de burnout en fisioterapeutas de la Provincia de Imbabura (38)
- Evaluación de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de la comunidad de Carpuela - Imbabura. (44)
- Situación laboral de los egresados de enfermería de la Universidad Técnica del Norte, Ibarra- Ecuador. (52)
- Comparación del uso de la harina de semilla de amaranto y otros tipos de harina en la elaboración de panes tradicionales del Ecuador (58)
- Resultados del programa Ecuador Ejercítate en mujeres adultas de la ciudad de Otavalo. (64)

CARRERA DE ENFERMERÍA

MISIÓN

Formar profesionales de Enfermería con conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos que contribuyan a resolver los problemas de salud de la Población.

VISIÓN

La carrera de Enfermería será acreditada y constituirá en un referente de Excelencia Regional.

CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

MISIÓN

La carrera de Nutrición y Salud Comunitaria forma profesionales nutricionistas críticos, creativos, líderes, con sólidos conocimientos y valores éticos; que contribuyen a solucionar los problemas alimentarios, nutricionales y de salud de la población en el ámbito local, regional y nacional.

VISIÓN

Ser líder en la formación de profesionales nutricionistas, comprometidos con el desarrollo social, económico y cultural, competentes en el área de alimentación, nutrición y salud para promover estilos de vida saludables en la población a través de la docencia, investigación y vinculación con la colectividad.

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

MISIÓN

Formar profesionales íntegros con valores humanos y sociales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas generando soluciones prácticas a los problemas de la sociedad actual, mediante acciones de prevención, rehabilitación y habilitación.

VISIÓN

Dentro de los próximos 5 años la licenciatura en Terapia Física se proyectara a la sociedad como una carrera acreditada y reconocida por su desarrollo académico, investigativo y por su vinculación con la comunidad.

CARRERA DE GASTRONOMÍA

MISIÓN

Formar profesionales en gastronomía de excelencia con responsabilidad social, generando procesos de investigación, vinculación con la comunidad y gestión académica para contribuir al desarrollo turístico, gastronómico y socioeconómico del país

VISIÓN

La carrera de gastronomía de la UTN, en el 2017 será un referente regional en la formación de profesionales y construcción del conocimiento

Diana Elizabeth Donoso Simbaña¹
Jessica Patricia Jativa Vergara²
Edgar Xavier Vásquez Cervantes³

dianyeli71@hotmail.com

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la seguridad e inocuidad del Implante Subdérmico de Etonogestrel 68mg en pacientes que cursan el puerperio inmediato en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra – Ecuador, en el período comprendido entre febrero 2011 a diciembre 2012. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 340 mujeres a quienes se colocaron el Implante, los casos fueron escogidos de manera aleatoria. El estudio demuestra un 95% de eficacia anticonceptiva del Implante y un 78% de adherencia al método. En orden de importancia los efectos secundarios reportados por las usuarias del implante son: amenorrea 42.69%, cefalea 22.69%, aumento de peso 15%, hemorragia uterina disfuncional 10.7% y dolor en el sitio del implante 3.07%. El 91,2% de las pacientes que usan el implante manifestó una lactancia satisfactoria. Se encontró que la ganancia en los infantes se encuentra de los límites normales en un 36,5%. Se concluye que el Implante de Etonogestrel es un método seguro e inocuo en pacientes en puerperio inmediato, a pesar de que debemos ampliar nuestra experiencia en el uso del mismo.

1,2,3 Licenciado/a en Enfermería

Artículo Científico

SEGURIDAD E INOCUIDAD DEL IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL 68MG EN PACIENTES QUE CURSAN EL PUERPERIO INMEDIATO

SAFETY OF THE ETONOGESTREL-RELEASING IMPLANT DURING THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD

PALABRAS CLAVE:

Etonogestrel, seguridad, puerperio, lactancia, hemorragia.

ABSTRACT

The aim of the study is to evaluate the safety and safety Implant subdermal of etonogestrel 68mg in patients enrolled in the immediate postpartum period in the service of Gynecology - Obstetrics Hospital San Vicente de Paul Ibarra - Ecuador, in the period between February 2011 to December 2012 a retrospective study of 340 women whom the implant is placed, the cases were chosen at random was conducted. The study shows a 95% contraceptive efficacy of the implant and 78% adherence to the method. In order of importance the side effects reported by the implant users are: amenorrhea 42.69%, headache 22.69%, weight gain, 15%, 10.7% dysfunctional uterine bleeding and pain at the implant site 3.07%. 91.2% of the patients using the implant showed a satisfactory feeding. It was found that the gain in infants is the normal range in 36.5%. The authors conclude that the etonogestrel implant is a safe and safe method in patients in immediate postpartum period, although we must broaden our experience using it.

KEYWORDS:

Etonogestrel, safety, postpartum, breastfeeding, bleeding.

INTRODUCCIÓN

Una de las decisiones más delicadas e íntimas realizadas por una persona o su pareja es el control de la fecundidad (1). El Etonogestrel es uno de los más importantes avances tecnológicos en anticoncepción en las últimas tres décadas.

El uso de este, se basa en que los anticonceptivos orales combinados deben iniciarse después de las 3 semanas post-parto para evitar riesgo de trombosis (2). Los métodos de progestágeno solo: pastillas, inyecciones o implantes, no tienen este problema y pueden iniciarse en cualquier momento (3). Dentro de sus ventajas se incluyen: larga duración, alta efectividad con bajas dosis de progestina, ausencia de estrógenos, confidencialidad y pronta reversibilidad (4).

Teniendo en cuenta que el Etonogestrel es un método anticonceptivo que consiste en la colocación subdérmica de un cartucho o cápsula cilíndrica plástica no biodegradable que contienen un progestágeno de depósito; Etonogestrel (ENG) en una dosis de 68mg que se deriva estructuralmente de la 19- nortestosterona y se une con una elevada afinidad a los receptores de la progesterona de los órganos diana y se libera progresivamente durante 3 años (5). El mecanismo de acción del Implante de Etonogestrel es evitar la ovulación, aumentar la consistencia del moco cervical y reducir el transporte de espermatozoides.

El fabricante cita un índice de Pearl de 0.38 embarazos por cada 100 mujeres/

año de uso, que es similar a la de los otros métodos anticonceptivos de acción prolongada (6).

Las tasas de embarazos no deseados siguen siendo altos en los Estados Unidos, aproximadamente el 50% de todos los embarazos no son planeados, con proporciones más altas entre las mujeres adolescentes y jóvenes, las mujeres que son las minorías raciales / étnicas y las mujeres con menor nivel de educación e ingreso (2).

El período post-parto, post-aborto; se asocia con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que pueden influir en la salud sexual y reproductiva. Aunque las mujeres pueden desear retrasar o evitar más embarazos, puede que no sepan cómo acceder a anticonceptivos o métodos que son seguros de usar. Por lo tanto, estas mujeres se encuentran en un particular alto riesgo de un embarazo no deseado, y requerirán atención especial a los métodos adecuados para la anticoncepción (7).

Es de nuestro interés conocer la eficacia del Etonogestrel ya que son uno de los recursos con mayor despacho en nuestro medio para planificación familiar, se ha revisado bibliografía que nos indica la seguridad de este método (8) y no abandono del mismo por lo que se nos hace indispensable su estudio en nuestra población.

Existen varios eventos adversos y se ha cuestionado la seguridad de los implantes de larga duración en mujeres en puerperio sea este parto o cesárea pero se ha demostrado que las irregularidades con el sangrado y otras molestias no varían en cuanto al procedimiento (9) se produce una disminución de sangrado y no afectan en cuanto al metabolismo (10).

El costo del tratamiento es importante ya que las pacientes que acuden a nuestra consulta por lo general son de clase media a baja por lo que la elección del método a largo tiempo sería una buena opción si la paciente cumpliera sin retiro anticipado del mismo, Etonogestrel refiere mayor efectividad y menos casos de retiro (11) (12).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Para realizar el presente trabajo se hizo un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de las pacientes colocadas el implante en los años 2011-2012 que constan en la base de datos que dispone el Hospital. Considerando al Hospital San Vicente de Paúl como hospital regional de segundo nivel en el que el área de ginecología y obstetricia representa el 50% de la producción total del hospital, en el que se pretende demostrar cuales son las características demográficas de las pacientes que usan el implante, eficacia y seguridad del mismo (13).

Se revisaron los expedientes de las pacientes a las que se les colocó el implante subdérmico de Etonogestrel 68mg en el período comprendido entre febrero del 2011 a diciembre del 2012. La información de las pacientes con el implante, así como también el número de su historia clínica se obtuvo de la base de datos informática del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital San Vicente de Paúl. Criterios de inclusión, mujeres que cursen el puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, colocación del implante en el Período 2011-2012, pacientes que en la base de datos cuenten con el número HCL y el

adhesivo en el que se evidencia que el Implante de Etonogestrel fue colocado.

Criterios de exclusión: insuficiente e inadecuada información para localizar a las pacientes en las que se evidenció error de información en la base de datos, usuarias a quienes no se pudo localizar por vía telefónica o por vista domiciliaria para realizar la entrevista semi estructurada. Para la obtención de datos sobre la eficacia e inocuidad del método anticonceptivo se realizó una entrevista semi estructurada que constó de 7 preguntas, cuyas respuestas podían ser abiertas, dicotómicas o de opción múltiple.

Se revisaron las historias clínicas de 410 pacientes, siendo este el tamaño de la muestra obtenido con el 90% de intervalo de confianza de una población 1662 pacientes que se colocaron el Implante Subdérmico de Etonogestrel en los años 2011 – 2012.

En el año 2011, el total de población colocada el Implante Subdérmico de Etonogestrel fue de 897 pacientes, la muestra de dicha población fue de 209 pacientes que se escogieron de manera aleatoria; de estas se excluyeron 12 pacientes (5,74%) por no poseer en la base de datos número de historia clínica, 12 pacientes (5,74%) por encontrarse mal digitado el número de la historia clínica, 6 pacientes (2,87%) por encontrarse depurados sus expedientes, 6 pacientes (2,87%) por que no se encontró el adhesivo de colocación del implante, y 5 pacientes (2,39%) por que sus expedientes correspondían a otras patologías y no eran pacientes ginecológicas; en total se excluyen 41 historias clínicas (19,61%), quedando una muestra definitiva de 168 pacientes para ese año (80,38%).

RESULTADOS

En el año 2012, el total de la población colocada el Implante de Etonogestrel fue de 765 pacientes, la muestra de dicha población fue de 201 pacientes que se escogieron de manera aleatoria; de estas se excluyeron 6 historias clínicas (2,98%) por no encontrarse el adhesivo de colocación del implante, 12 expedientes (5,97%) por no encontrarse en el archivo, y 11 pacientes (5,47%) porque sus expedientes correspondían a otras patologías y no eran pacientes ginecológicas; en total se excluyeron 29 historias clínicas (14,42%) quedando un total de muestra de 172 pacientes para ese año que corresponde al (85,57%)

En total se realizó el análisis de 340 historias clínicas que corresponde al 82,92% del total de la muestra; de este último tamaño de muestra; 80 pacientes (19,5%) no se incluyen estadísticamente en el estudio debido a que no se logró hacer el seguimiento de las mismas, por lo que para las variables que determinan la eficacia y seguridad del Implante tan solo se contó con el análisis estadístico de 260 pacientes. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo simple de los datos.

En cuanto a las características demográficas de las puérperas que han accedido al Implante Subdérmico de Etonogestrel se encontró que el grupo étnico cultural mestizas corresponde al 87%; de estas, el 36,3% de ellas proceden del sector rural, el 62,7% del sector urbano y el 1% no tienen dato del origen de procedencia.

De igual manera se encontró que el 40,3% de las pacientes mestizas son nulíparas, 55,3% multíparas y en el 4,4% no se obtiene un dato al respecto.

En el grupo étnico cultural Indígenas; estas corresponden al 6% de la muestra, de ellas el 15,8% reside en la zona urbana, mientras que el 84,2% reside en la zona rural. 26,3% de las Indígenas son nulíparas mientras que el 73,7% son multíparas. Dentro del grupo étnico cultural negro – afros descendientes que corresponde al 8% de la muestra, se evidenció que el 26,9% de estas proviene de zonas urbanas y el 73,1% de zonas rurales. En cuanto a la paridad de estas pacientes se encontró que el 26,9% de ellas son nulíparas y el 73,1% multíparas (14).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES PUERPERAS QUE UTILIZARON EL IMPLANTE DE ETONOGESTREL AÑO 2011 – 2012

VARIABLES	GRUPO ÉTNICO – CULTURAL					
	Mestiza		Indígena		Negra	
	casos	%	casos	%	casos	%
PROCEDENCIA						
Urbano	185	62,7	3	15,8	7	26,9
Rural	107	36,3	16	84,2	19	73,1
Sin dato	3	1,0	0	0,0	0	0,0
Total	295	100,0	19	100,0	26	100,0
GRUPO ETÁREO						
14-17	39	13,2	0	0,0	1	3,8
18 -24	143	48,5	7	36,8	12	46,2
25 -31	87	29,5	9	47,4	9	34,6
32 -38	20	6,8	1	5,3	4	15,4
39-46	5	1,7	1	5,3	0	0,0
Sin dato	1	0,3	1	5,3	0	0,0
Total	295	100,0	19	100,0	26	100,0
PROCEDIMIENTO OBSTÉTRICO						
Parto	149	50,5	15	78,9	12	46,2
Cesárea	69	23,4	2	10,5	8	30,8
Otros	77	26,1	2	10,5	6	23,1
Total	295	100,0	19	100,0	26	100,0
PARIDAD						
Nulípara	119	40,3	5	26,3	7	26,9
Múltipara	163	55,3	14	73,7	19	73,1
Sin dato	13	4,4	0	0,0	0	0,0
Total	295	100,0	19	100,0	26	100,0

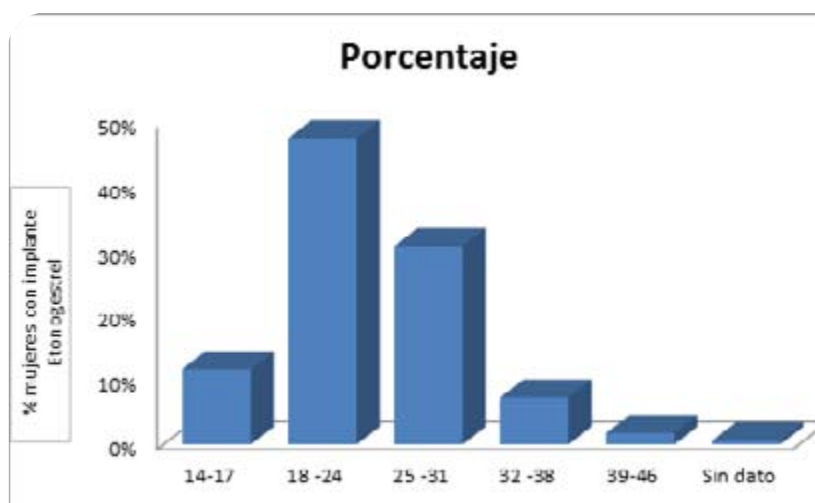


Figura 1 número de: Historias Clínicas HSVP 2011-2012

Los procedimientos obstétricos a partir de los cuales se decide el uso del implante de Etonogestrel incluyen pos cesárea 79 pacientes (23%), post parto 176 pacientes (52%), y otros procedimientos que incluyen aborto, planificación familiar o retiro del implante se encontró en 77 pacientes que corresponde al (22,6%) (15) (16).

Las pacientes que cursan el puerperio inmediato y que han sido colocadas el Implante subdérmico de Etonogestrel en el Hospital San Vicente de Paúl han optado por dicho método anticonceptivo para planificación familiar en el 54%, después de la sugerencia médica en un 19%, porque piensan es la mejor opción 16%, debido a que el uso del método es fácil 6%, por que no permite olvidos 2% y 3% de las pacientes entrevistadas no contestan dicha pregunta. La percepción de eficacia del Implante subdérmico de Etonogestrel es del 87,30% que corresponde a 227 pacientes; 9,2% piensa que dicho método no es seguro y 9 pacientes (3,46%) no responden la pregunta (17).

247 pacientes entrevistadas (95%) no ha quedado en estado de gestación mientras utilizó el Implante y 2 pacientes (0,76%) únicamente reportaron embarazo; 11 de ellas (4,23%) no responden dicha pregunta.

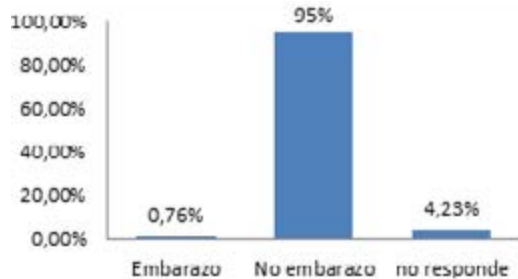


Figura 2. Eficacia Real del Implante de Etonogestrel en las pacientes púerperas del HSVP 2011 - 2012

Al momento de la entrevista 203 pacientes continúan colocado el Implante de Etonogestrel lo que corresponde al 78,07%, mientras que 57 pacientes 21,92% has desertado del método anticonceptivo.

En lo que respecta a los efectos secundarios del Implante en la paciente púerpera la amenorrea se manifiesta en 111 de ellas lo que representa el 42,69%, seguido de la cefalea en 59 pacientes (22,69%); aumento de peso en 39 pacientes (15%), Hemorragia uterina disfuncional en 28 pacientes (10,7%), Dolor en el sitio del Implante en 8 pacientes (3,07%), Mastalgia en 2 pacientes (0,76%), otras causas 3 pacientes (1,15%); mientras que ningún efecto adverso tan solo se reporta en 10 pacientes que corresponde al 3,84% (18)

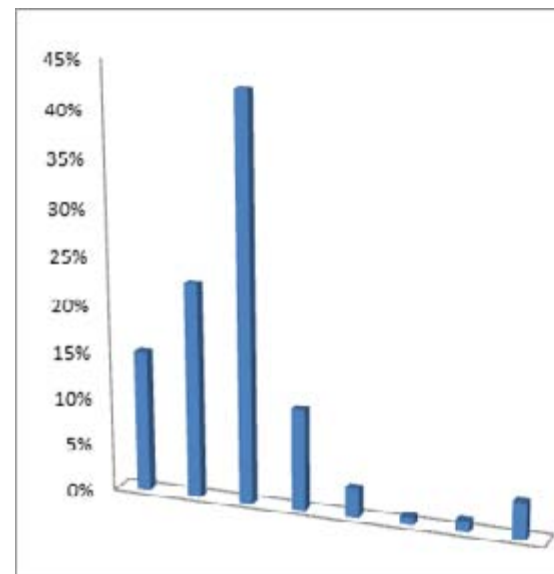


Figura 3. Efectos secundarios registrados por las pacientes púerperas en uso del Implante de Etonogestrel HSVP 2011 - 2012

En cuanto a si el Implante de Etonogestrel provocó modificaciones en la lactancia, se encontró que el 91,1% de las pacientes tuvo una lactancia satis-

factoria, la que se define como la percepción de la paciente para el aumento o normal producción de leche. Tan solo el 8,8% de las pacientes reportó lactancia insatisfactoria.

Se analizó también la ganancia de peso de los infantes a los 6 meses de edad de las pacientes que se encuentran aun utilizando el Implante de Etonogestrel, se preguntó a las pacientes si estas al momento de la entrevista disponían del carnet de vacunación en donde observó que 155 (60%) no disponían de él, 96 (37%) tenían el carnet y a partir de las cuales se pudo

recabar la información acerca de la ganancia de peso en la que se encuentra que el 36,47% de dichos infantes obtuvo un peso normal, considerando este como el peso que se encuentra entre el percentil 10 y 80 de la curva de crecimiento; 57,64% de estas pacientes no reportan el peso de sus infantes al momento de la entrevista y el 2,35% comparten tanto el peso alto como el peso bajo. Se reportaron dos fallecimientos que corresponde al 1,17%

Tabla 2. Ganancia de Peso de los Infantes de 6 meses de madres puérperas que utilizan el Implante de Etonogestrel

Tabla 2 Entrevistas Semiestructurada

CONDICION DEL PACIENTE	CASOS	PORCENTAJE (%)
PESO NORMAL	62	36,5
PESO BAJO	4	2,4
PESO ALTO	4	2,4
SIN DATOS	98	57,6
FALLECE	2	1,2
TOTAL	170	100,0

DISCUSIÓN

La decisión de uso del Implante de Etonogestrel en el Hospital San Vicente de Paúl predominantemente es como método de Planificación Familiar, seguido en un gran porcentaje de sugerencia médica y como mejor opción al momento de la consejería de Planificación Familiar. El Implante Hormonal ha tenido aceptación y adherencia en las usuarias ya que un porcentaje considerable de pacientes (78%) al momento del estudio persisten con este método anticonceptivo debido a que la percepción en cuanto a la seguridad de dicho método es del 87%. El Implante Subdérmico de Etonogestrel tiene una eficacia del 95% en las pacientes puérperas, tan solo 2 pacientes es decir 0,76% quedo embarazada

utilizando el método, lo cual tiene concordancia con el Índice de Pearl que tiene el Implante de Etonogestrel.

Dentro de los efectos secundarios de las pacientes puérperas que usan el Implante la mayoría reportó amenorrea seguida de cefalea, aumento de peso, hemorragias uterinas disfuncionales y por último dolor en el sitio del implante, motivo por los cuales se decide el retiro del Implante (19).

CONCLUSIÓN

El grupo etareo de 18 a 31 años (79%), que corresponden a las pacientes es de edad fértil acceden al uso del implante subdérmico de Etonogestrel. El 87% de las pacientes que acceden al método anticonceptivo de estudio pertene-

cen al grupo étnico cultural mestizas. Las pacientes que residen en el sector urbano acceden al método anticonceptivo en un 57%. La colocación del implante en el puerperio fue el 52% en pacientes de parto normal y en el 23% de las pacientes con parto por cesárea.

La eficacia del implante subdérmico de etonogestrel en las pacientes que cursan el puerperio inmediato es de 99.2%.

El 78% de las pacientes puérperas se adhirió al método anticonceptivo, solo el 22% no manifestó adherencia debido a la inadecuada información de los efectos secundarios que han sido reportados para este método.

Los efectos secundarios percibidos por las pacientes puérperas que utilizan el implante subdérmico de etonogestrel en orden de frecuencia son amenorrea, cefalea, aumento de peso, sangrados inaceptables, dolor del sitio del implante y otros.

AGRADECIMIENTOS

A los Directivos del Hospital San Vicente de Paúl en especial al Doctor Galo Enríquez por las facilidades prestadas para la realización del presente trabajo.

A las Médicos Anita Carrera y Marisela Ramos por la ayuda proporcionada para la realización de las entrevistas.

Bibliografía

1. German JT. Candan ItermirDuvan, ElifGozdemir, Ikbalkaygusuz y col. etonogestrel contraceptive implant; 2010.
2. Rev.clin.med. Manejo de los implantes de etonogestrel en atención primaria; 2011.
3. Contraception. The Effect of immediate post partum compared to delayed post partum and interval etonogestrel contraceptive implant insertion on removal rates for bleeding; 2014.
4. Iván SGP. Anticoncepción en el puerperio. Obstetricia integral Siglo XXI.
5. Ecuador CYMdSP. Normas y Protocolos de Planificación Familiar ; 2010.
6. Schering-Plough. Implanon implante para uso Subdérmico. N.V. Organon Oss. 2001 febrero.
7. Dra. Soledad Díaz; Winner B; Peiper JF; Zhao Qx. Regulación de la fertilidad del Ministerio De Salud de Chile : England Med J; 2012.
8. Obstec gynecol Immediate post partum initiation of intrauterine contraception and implant a review of the safety and guidelines for use. .
9. T V, F Z, ML M. A new long term reversible contraception method sexual and metabolic impact.; 2012.
10. database C. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or their implants as effective methods of preventing pregnancy. [Online].; 2007.
11. AOG. Continuation the etonogestrel implant in women undergoing immediate postpartum placement. 2012 Noviembre.
12. Contracepción, AOG. Association of body mass. index whit removed etonogestrel subdermal implant. 2013 marzo.
13. Genzell BP. Tolerability and clinical safety of implanon Eur j contracep reprod health. Care. 2008.
14. Unintended pregnancy with subdermal implant following mis carriage. J. fam Plan Reprod Health care. 2012.
15. gov. Ct. Safety of the etonogestrel Releasing implant during the puerperium of healthy woman.
16. AOG OG. Twenty four month continuation of reversible contraception. 2013 Nov.
17. Medicine Plus BC. A Study to investigate the contraceptive efficacy and safety of a subdermal etonogestrel implant. 2009 October.
18. The effect of hormonal contraception on breast milk production and infant growth. Medline Plus Breastfeeding. 2012 Mayo.
19. FF. GCdQ. Etonogestrel implant in post partum adolescents bleeding pattern, efficacy and dis. continuation. 2010 Sep.

ESTUDIO ANALÍTICO DE
EMBARAZADAS
ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAÚL

Ruth Magdalena Calderón Jácome¹
Viviana Margarita Espinel Jara²
Rocío Elizabeth Castillo Andrade³
Silvia Marcela Baquero Cadena⁴

rmcalderon@utn.edu.ec

RESUMEN

La presente investigación, hace referencia al número de adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, en la cual se evidencia una elevada incidencia de embarazos adolescentes. En el estudio realizado en los meses de enero a marzo del 2014 se atienden 183 pacientes, que corresponde al 14.83 % de madres adolescentes en las diferentes etapas del embarazo. Las principales consecuencias del embarazo adolescente principalmente altera la dinámica familiar, porque su embarazo no es planeado y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social (1) (14). El Embarazo es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto. En el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, en el área de Ginecología hospitalización llama la atención la incidencia elevada de adolescentes embarazadas, niñas entre 13 a 18 años que acuden desde los diferentes cantones de la provincia de Imbabura, Carchi, Esmeraldas y hasta el norte de Pichincha.

ANALYTICAL STUDY OF
PREGNANT ADOLESCENTS
SEEN AT THE GYNECOLOGY
SERVICE OF SAN
VICENTE DE PAUL HOSPITAL

Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante (1)

PALABRAS CLAVE: Embarazo, madre adolescente, parto, Planificación Familiar.

ABSTRACT:

This research refers to the number of adolescents seen in the obstetrics and gynecology service of San Vicente de Paul Hospital in the city of Ibarra, in which a high incidence of teenage pregnancies is evident. In the study conducted in the months of January to March 2014 183 patients, corresponding to 14.83% of teenage mothers at different stages of pregnancy are met. The main consequences of teen pregnancy alters family dynamics mainly because pregnancy is unplanned and

1-Magister en gerencia de salud para el desarrollo local. Licenciada en enfermería

2- Magister en salud familiar. Licenciada en enfermería

3- Magister en docencia universitaria e investigación. Licenciada en enfermería

4- Magister en gerencia de salud para el desarrollo local. Licenciada en Terapia Física

has a significant impact on the personal life of the teenager and its social environment. Pregnancy is a sizeable impact on the lives of young people, their health, that of your child, your spouse, family, environment and the community as a whole. In the San Vicente de Paul Hospital in the city of Ibarra, in the area of gynecology hospital we called attention to the high incidence of teenage pregnancy, girls aged 13 to 18 who come from different corners of the province of Imbabura, Carchi, Esmeraldas and to northern Pichincha.

For the control and containment of pregnant adolescents, the integration of an interdisciplinary team, with broad participation of psychologists and social workers, is required in addition to special training of the health care team regarding perinatal risks they are exposed teen pregnant.

KEYWORDS: Pregnancy, teenage mother, childbirth, family planning.

INTRODUCCIÓN

La OMS en el año 1965 definió a la adolescencia como el “período de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socio-económica”, fijando sus límites entre los 10 y los 20 años (2)

La adolescencia corresponde a una etapa de la vida llena de cambios, en la que se produce un distanciamiento de las figuras parentales, un acercamiento a los pares, un interés por el sexo opuesto y un sentimiento de invulnerabilidad, lo que los hace propensos a asumir conductas sexuales riesgosas (3)(12). La experimentación sexual puede conducir a embarazos no

planeados o a la transmisión de ITS (4) (9). La mayor parte de los embarazos en la adolescencia no son intencionales y se deben a la combinación de comportamiento riesgoso, falta de conocimiento y sensación de invulnerabilidad. Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como aquel que se produce entre los 12 y los 18 años (5)

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, existen 346 700 niñas, de las cuales 2080 ya han sido madres (6)(8), liderando la lista de países con mayor índice de embarazos en niñas y adolescentes, es por eso que debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) (7) (15). El embarazo precoz es un fenómeno expansivo que se produce en el comienzo de la edad fértil, considerados como embarazos no deseados, que se producen a edades cada vez más tempranas (8) (13), convirtiéndose en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta a todos los estratos sociales, pero con mayor frecuencia en los adolescentes de las clases de bajo nivel socioeconómico (9).

La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable (8). Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante (5)

MATERIALES Y METODOS

Es un estudio analítico retrospectivo de cohorte, para identificar a embarazadas adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, durante los meses de enero a marzo del año 2014.

Se realizó una revisión y recopilación del libro de ingresos y egresos, tomando en cuenta a todas las adolescentes embarazadas, independientemente de su edad gestacional y tratamiento recibido, la información obtenida se procesó en una base de datos en el programa Excel. El Universo de estudio fueron las 1230 pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, del Hospital San Vicente de Paúl y la muestra se constituyó en las 183 adolescentes atendidas en el mismo servicio de esta casa de salud.

RESULTADOS

Una vez realizada la investigación analítica, retrospectiva de cohorte sobre las adolescentes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia, del Hospital San Vicente de Paúl, se describe la siguiente información:

- Las jóvenes proceden de diferentes status sociales y nivel educativo.
- Las adolescentes ingresadas y atendidas corresponden al 15%, como lo indica la (Figura 1); dato que es comparable con la incidencia de embarazos en América del Sur que se registra entre el 16% de la población (10)
- Las edades (Figura 2), varía entre los 14 a 18 años, con mayor incidencia de pacientes que se encuentran en la adolescencia tardía (11).
- Se revisa el dato referente a estado civil (figura 3) de las pacientes adolescentes atendidas y se obtiene que

el 63,79 % son solteras; el 27,87% tiene unión libre y solo el 8,74% son casadas. Este dato es un indicador que se asemeja a los valores que resalta el ENIPLA en sus estadísticas presentadas a nivel nacional (9).

- En cuanto a procedencia (figura 4), se puede evidenciar que las pacientes son originarias de las provincias de Carchi, Pichincha y Esmeraldas; con un predominio del 80% de la provincia de Imbabura.
- Tomando en cuenta que la mayoría de las adolescentes son de la provincia de Imbabura, se quiso identificar (figura 5) el cantón donde estaban domiciliadas; encontrándose que se ha atendido pacientes de los seis cantones de esta provincia, sobresaliendo que las pacientes domiciliadas en Ibarra son el 75,16%.
- Otro dato tomado en cuenta es el diagnóstico de las pacientes atendidas (figura 6), verificándose que al 51,80% son pacientes de post parto; un 15,32% de post cesárea; seguidos por 9,91% de casos de adolescentes en amenaza de parto prematuro (12).

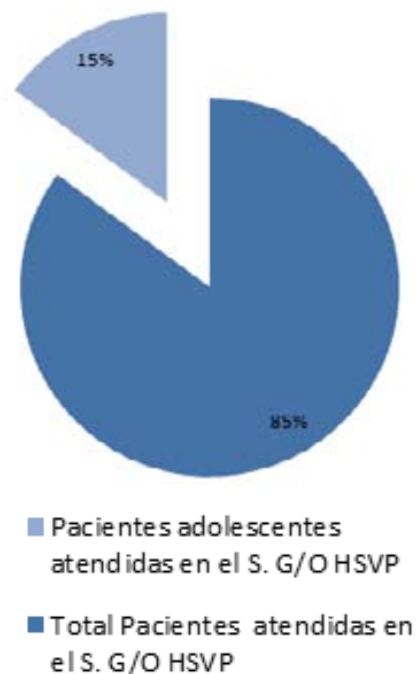


Figura 1.- Pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de la Ciudad de Ibarra de enero a marzo de 2014.

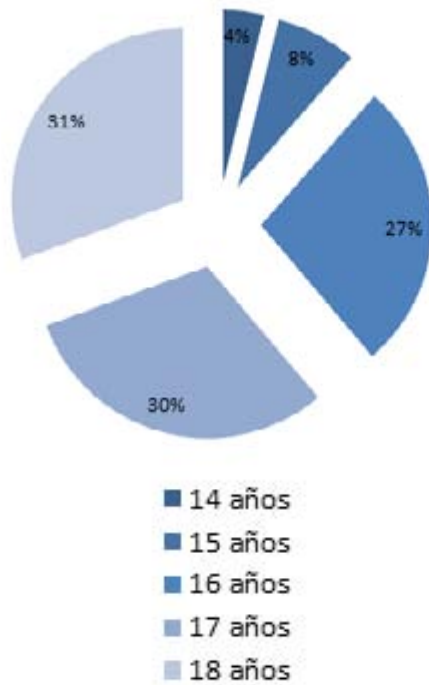


Figura 2.- Edad de las pacientes adolescentes, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl, de la Ciudad de Ibarra de enero a marzo de 2014

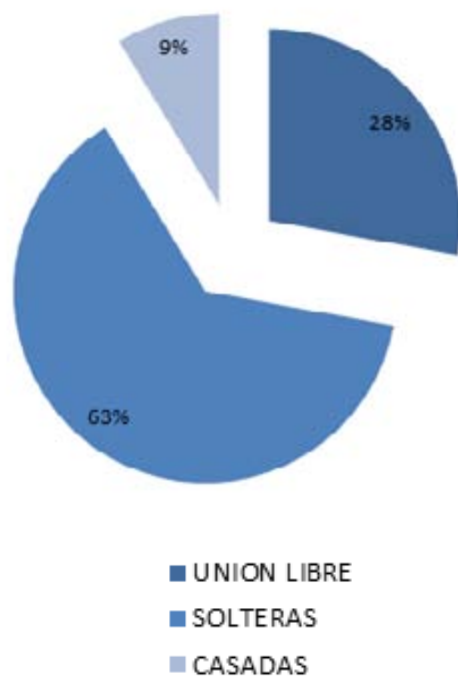


Figura 3.- Estado civil de las pacientes adolescentes, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl, de la Ciudad de Ibarra de enero a marzo de 2014

Figura 4.- Procedencia según provincias de las pacientes adolescentes, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl, de la Ciudad de Ibarra de enero a marzo de 2014

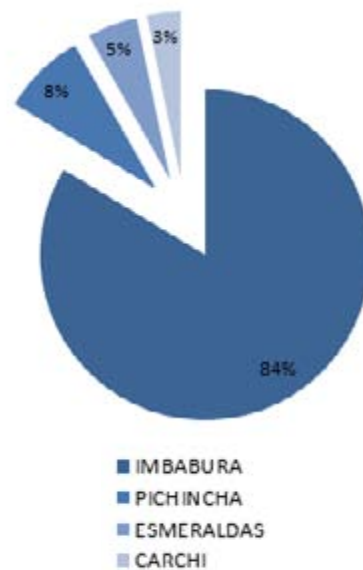


Figura 5.- Procedencia según cantones de la provincia de Imbabura, de las pacientes adolescentes, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl, de la Ciudad de Ibarra de enero a marzo de 2014

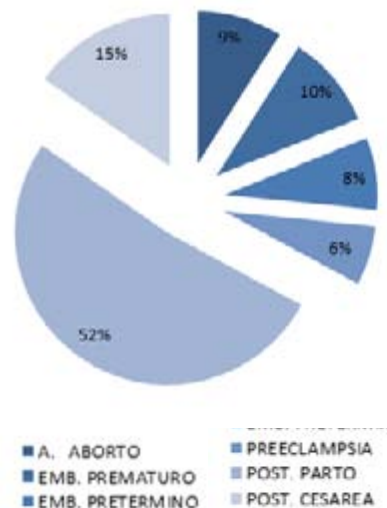


Figura 6.- Diagnósticos de las pacientes adolescentes, atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl, de la Ciudad de Ibarra de enero a marzo de 2014

DISCUSIÓN:

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, de acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ya ha estado en embarazo por lo menos en una ocasión (2).

El presente estudio demuestra que lo dicho se confirma y con los datos recopilados aportamos con cifras la realidad que vivimos en nuestro, es así que en el artículo mencionado tenemos similares datos en porcentajes encontrados como lo son: los antecedentes de edad, escolaridad y la mayor frecuencia de riesgo en familias disfuncionales de tener en su núcleo familiar un embarazo adolescente o más. Así tenemos que si a menor edad se produce el embarazo en una adolescente mayor es el número de cargas familia-

res que llegan a tener en su vida (13).

CONCLUSIONES

1.- El embarazo en la adolescencia es un problema que avanza y se presenta cada vez en edades más tempranas, el incremento de embarazos en adolescentes preocupa, la violencia intrafamiliar y las carencias afectivas causa un mayor estímulo hacia el inicio precoz de relaciones sexuales; frente a este complejo panorama el embarazo aparece en ocasiones como una alternativa de un proyecto de vida.

2.- El embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública PREVENIBLE. El no tener control prenatal es un factor altamente ligado a resultados adversos maternos y fetales, con elevados riesgos de complicaciones durante el embarazo, y el parto; que conlleva al incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.

AGRADECIMIENTO

De manera especial a la Lic. Raquel Villón B, líder de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl, al equipo de enfermeras de cuidado directo que son quienes recopilan día a día los datos que se presentaron en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA:

1. UNICEF EMDLI2LauédO,EUP1. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 2011, La adolescencia una época de Oportunidades. In UNICEF. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 2011, La adolescencia una época de Oportunidades. USA: UNICEF; 2011. p. 134.
2. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia; Salud Materna y Neonatal. Primera ed. Plaza 3UN, editor. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2009.
3. VALERA LOPEZ JA. EMBARAZO ADOLESCENTE. In VALERA LOPEZ JA. EMBARAZO ADOLESCENTE. PERU: Indecopi; 2009. p. 11,12.
4. México. EMG–HIP5. “Ginecología en Pediatría y la Adolescencia”. In EMANS JH, LAUFER M, GOLDSTEIN DP. “Ginecología en Pediatría y la Adolescencia”. MEXICO: INTERAMERICANA; 2000. p. 546.
5. Lina Osorio Jaramill KCV. Evaluación de mitos sexuales de acuerdo al género y nivel de. Realitas, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes. 2013 Ene - Jun; 1(1).
6. BURROUGHS A. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL DE BLEIR. In BURROUGHS A. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.: Edición. Interamericana; 1994.
7. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes.MSP E2. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescente. In MSP. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescente. QUITO: MSP; 2009.
8. ROSARIO ACGGA, Factores de riesgo predisponentes para el embarazo precoz en adolescentes que demandan atención en los hospitales UCdEQ,1. Factores de riesgo predisponentes para el embarazo precoz en adolescentes que demandan atención en los hospitales. In ROSARIO ACGGA. Factores de riesgo predisponentes para el embarazo precoz en adolescentes que demandan atención en los hospitales. QUITO: Universidad Central del Ecuador; 1997. p. 135.
9. Ecuador MdSP. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2011 [cited 2014 Agosto 15. Available from: <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>.
10. Angélica Díaz PSRNYB. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Scielo. 2002 Enero; 67(6).
11. Ulanowicz María Gabriela PKEWGEML. Riesgos en el Embarazo Adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 Enero; 1(153).
12. 378 Z(“AEA.CP3. MADRES ADOLESCENTES. In ADLOESCENTES M. MADRES ADOLESCENTES. COLOMBIA: ATENAS; 1996. p. 345.
13. Ernesto Espíndola AL. La deserción escolar en America Latina, un tema prioritario para la agenda regional. Revista Iberamericana de Educación. 2002 Septiembre - diciembre; 1(30).

Mercedes del Carmen Flores Grijalva¹
María Nelly Echeverría Jaramillo²
Edgar Xavier Vásquez Cervantes³
Viviana Margarita Espinel Jara⁴

merche_flores@hotmail.com

Artículo Científico

DISFUNCIONALIDAD DE LA RED DE SALUD PARA LA ATENCIÓN MATERNA EN QUIROGA - IMBABURA – ECUADOR

RESUMEN

El presente estudio investigativo hace referencia a la disfuncionalidad de la Red de Salud para la atención materna en la Parroquia Quiroga de Imbabura Ecuador, se inicia haciendo un reconocimiento del parroquia en estudio, y de los proveedores de servicios de salud, encontrándose a tres de ellos que son un sub centro de salud del MSP, un dispensario médico del Seguro Social Campesino y tres parteras tradicionales. Se identifican el tipo de prestaciones del componente materno que ofertan y ejecutan los tres actores indistintamente. Se procede a realizar una revisión aleatoria de historias clínicas en los servicios de salud formales y en los registros de atención de las parteras, luego del cual se observa que se estaba atendiendo dos y hasta tres veces a las gestantes por los prestadores de salud existentes en esta zona. Se determina además que las actividades realizadas por las parteras no son reconocidas ni valoradas por los servicios formales y que la duplicidad de acciones debido a la no articulación de programaciones a ejecutarse por los oferentes. Se sugiere que las principales autoridades parroquiales se empoderen de la prestación de los servicios y lidere una correcta articulación de la red de salud, para el beneficio de la po-

DYSFUNCTIONAL HEALTH NETWORK FOR MATERNAL CARE QUIROGA - IMBABURA - ECUADOR

blación, de la comunidad y para reducir el gasto en evitando la duplicidad de acciones al integrar adecuadamente la Red de Servicios de Salud de la Parroquia Quiroga.

PALABRAS CLAVES: Red de salud, atención materna, parteras, gestantes, comunidad.

ABSTRACT

The present research study makes reference to the dysfunctionality of the health network for maternal care in the Quiroga parish of Imbabura Ecuador, it starts off by making a recognition of the parish in study, and providers of health services, with three of them being a sub health centre in the MSP, a medical dispensary of the Rural Social Security and three traditional midwives. The type of services that offer maternal component and either run by the three identified factors. It is to conduct a random review of clinical histories in formal health services and records of care from midwives, after which there is two to three times a midwife it was taking care by health care providers in this area. It also determines that the

1,2,3- Licenciada en Enfermería

4- Magister en Salud Familiar

activities of midwives are not recognized or valued by the formal services and duplication of actions because no joint programs are to be executed by the bidders. It is suggested that the main parish authorities become empowered by the provision of services and lead a proper articulation of the health network, for the benefit of the population, the community, and to reduce expenditure in avoiding the duplication of actions to adequately integrate the network of services of health of the parish Quiroga.

INTRODUCCIÓN

En 1999 se menciona que: “Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementarias entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos

Con la constitución de “Redes” se pretende asegurar atención integral para el individuo, familia y comunidad, con equidad, calidad y calidez; en proporción a la complejidad de la demanda en cada uno de sus ámbitos geográfico poblacionales determinados, es una de las soluciones a la problemática generada por la fragmentación del sistema sanitario (2). Las Redes de Salud pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir

los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de los usuarios externos.

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación que es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, hay varias experiencias de buenas prácticas en la creación de Redes Integrales de Servicios de Salud, en especial en países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, que tradicionalmente han apoyado el desarrollo de redes de servicios para mejorar la calidad de sus servicios. En Ecuador la conformación de la red plural de servicios de salud se basa en la Constitución de la República como lo indica el Art. 360. Se menciona además que la Red Pública de Salud, será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, públicos, semi-públicos y con otros proveedores que no pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. El modelo conceptual de las Redes plantea a la referencia como una concepción de sistema buscando que las unidades de salud que son del primer nivel de atención cumplan con su función “responsabilidad total sobre su población”, este proceso debe ser profundizado en las estructuras organizacionales de cada actor, para que lue-

go puedan confluir hacia la mirada de objetivos más colectivos; ya que todos los proveedores de un mismo servicio deben articularse de tal forma para que toda la población reciba el mismo tipo de servicios y prestaciones.

En la Parroquia Rural de Quiroga, como en el resto de parroquias rurales del país se identifican a los proveedores de salud del primer nivel de atención, Para la conformación de la red plural de servicios de salud, se seleccionaron actividades relacionadas al cuidado materno como cuidados del embarazo, parto y post parto, por ser actividades similares ejecutadas por los tres prestadores antes mencionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio corresponde a una investigación – acción con un enfoque predominantemente cualitativo. Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron cuantitativas y cualitativas, se desarrollaron entrevistas, observación directa, grupos de discusión, análisis del discurso, revisión y análisis de historias clínicas.

Las fuentes de información primarias fueron: el personal de salud del SCS de Quiroga, Dispensario del Seguro Campesino y las parteras tradicionales, los instrumentos de recolección de información fueron: una guía para la revisión de partes diarios de atención, concentrados mensuales, historias clínicas principalmente de pacientes de control prenatal, por ser esta actividad común para los tres prestadores de salud, están también los documentos de sistematización de eventos de capacitación, el diario de campo y las guías para entrevistas. Se realizó un mues-

treo aleatorio de historias clínicas de mujeres que acudieron a control prenatal de enero a diciembre del 2011.

RESULTADOS

En el presente estudio se reconocen tres oferentes de servicios de salud: como prestador público está el SCS de Quiroga, en el cual laboran 9 funcionarios; entre los semipúblicos está el Dispensario del Punge del Seguro Social Campesino con 3 funcionarios y los proveedores de salud no formal están representados por tres parteras tradicionales, que cumplen con su rol en la atención materna, como se lo evidencia en la Tabla 1. Estos proveedores ofertan similares acciones enmarcadas en el programa de atención del componente materno.

De enero a diciembre del año 2011 en el SCS de Quiroga, la cobertura de control prenatal fue del 60,89%, En el control post natal se logró el 17,6%; En el dispensario del Seguro Social Campesino del Punge, con la misma oferta de programas preventivos que el MSP, la cobertura es muy baja para los programas de atención materna; así, control prenatal (6,9%) control postparto 0 consultas; Las parteras tradicionales no tienen una población definida. Ellas realizan las atenciones en las comunidades donde las solicitan, para efectos de medir las actividades cumplidas en el territorio se toma únicamente las realizadas en las comunidades pertenecientes a la parroquia de Quiroga, las parteras indican haber realizado, 16 primeros controles prenatales; 102 controles prenatales subsecuentes; además realizaron 16 controles postparto Tabla 2.

En el muestreo aleatorio de historias clínicas de mujeres que acudieron a control prenatal de enero a diciembre del 2011 Se revisaron 41 historias clínicas de control prenatal correspondientes al 38% del total de historias de control prenatal que eran 108, encontrándose que 7 de las pacientes atendidas son afiliadas al Seguro Social Campesino donde también recibieron atención y además se pudo identificar que provienen de las comunidades donde las parteras ejercen su trabajo, se procedió a revisar los libros de registros y se observa que también fueron atendidas con este tipo de medicina no formal.

El trabajo entre parteras y personal de salud, no puede articularse adecuadamente ya que el personal nuevo que llega a estas unidades operativas, requieren de un proceso de sensibilización para que reconozcan el rol de las parteras como interlocutoras entre los servicios formales de salud y las comunidades, y valoren el trabajo en el cuidado de las mujeres embarazadas, la atención en el parto y del post parto. Las parteras cubren parte de la atención que el Estado garantiza a la población, contribuyen a la continuidad

de la atención en el área rural en la vida familiar y comunitaria, los conocimientos ancestrales que poseen las pateras deben ser fortalecidos, mas no cambiados por la medicina formal, este trabajo que les permite subsistir y aportar a su núcleo familiar.

La Red de salud en la Parroquia Quiroga existe, pero no se ha articulado adecuadamente, los actores de esta se encuentran ejecutando las actividades del componente materno las realizan independientemente unos de otros, y en algunos casos como se ha evidenciado en el presente estudio se han duplicado y hasta triplicado, existen usuarias que ha sido atendidas por los tres prestadores de salud que ejercen en esta parroquia, existiendo al mismo tiempo mujeres embarazadas que no han recibido ningún tipo de atención durante el tiempo de sus gestaciones.

En cuanto al modelo conceptual de referencia se determina que hay mucho trabajo para conseguir la articulación de la red plural – local de salud. Se suma a esto la debilidad del Gobierno Local de la parroquia para incorporar en su desempeño la mirada de responsabilidad con los servicios de salud que existen en su territorio

Proveedores de Salud Parroquia Quiroga			
Formales	MSP	SCS Quiroga	9 funcionarios
	SSC	D. Punge	3 funcionarios
No Formales	Med. Tradicional	Agentes tradicionales	3 Parteras

Tabla 1.- Proveedores de Salud de la Parroquia Quiroga

	Control Prenatal	Control Postnatal
SCS Qiroga	60%	17%
D. Punge	6,9%	0%
Parteras	118	16

Tabla 2.- Atenciones por prestaciones

GRUPOS DE EDAD	SCS MSP	DSC	PARTERAS	TOTAL
Menores de 1 año	118	18		136
1 a 4 años	496	80		576
5 a 9 años	618	100	No tienen	718
10 a 14 años	634	102	población	736
15 a 19 años	562	90	asignada,	652
20 a 64 años	3092	498	atiende a	3590
65 a 74 años	279	45	quienes lo	324
75 y más	174	28	solicitan	202
Embarazadas	154	25		179
Control Posparto	143	27		170
TOTAL	5973	961		6934

Tabla 3.- Población de Responsabilidad por Proveedor de Servicios de Salud en la Parroquia Quiroga, 2011.

DISCUSIÓN

La formación del personal, como un elemento importante en la conformación de la red, como lo señala (Rovere 1999), debe ser continua, y con la población. Requiere de un plan de formación que recoja elementos muy importantes como el desarrollo de instrumentos de análisis de la información para la toma de decisiones, ya que las unidades de salud producen gran cantidad de ésta que requiere ser procesada en beneficio de su desempeño. Pues en la parroquia Quiroga, los proveedores de servicios de salud traba-

jan aisladamente, duplican sus acciones en los programas del componente materno, lo que afecta a una atención de salud integral, continua y eficiente. El sistema de salud tradicional está invisibilizado por los actores de la medicina formal, desconociendo las concepciones y prácticas populares de salud de la población que contempla el bienestar humano

CONCLUSIONES:

- En la parroquia Quiroga, los proveedores de servicios de salud trabajan aisladamente, duplican sus accio-

nes en los programas del componente materno, lo que afecta a una atención de salud integral, continua y eficiente.

- El sistema de salud tradicional está invisibilizado por los actores de la medicina formal, desconociendo las concepciones y prácticas populares de salud de la población que contempla el bienestar humano.
- Plantearse la delimitación zonas geográficas entre actores, definir paquetes esenciales de servicios con unidades de salud que tienen lógicas organizativas propias e individuales, más aún cuando en la

práctica no se han asignado los recursos financieros suficientes para fortalecer el primer nivel de atención, limitando la permanencia del talento humano que es el generador de cambios, es una constatación que merece ser considerada en un nuevo proceso de investigación – acción.

Agradecimientos Al personal de salud de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública y Seguro Social Campesino, en especial a las parteras tradicionales que siempre están dispuestas a colaborar, compartir sus inquietudes y sabiduría. Al personal del Jambi Mascaric.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. R.M. R. Redes de Salud un Nuevo Paradigma para el Abordaje de las Organizaciones y la Comunidad. 2nd ed. Lazarte I, editor. Rosario - Argentina: Ed. Secretaria de Salud Pública /AMR; 1999.
2. OPS , editor. Gobierno local de Cotacachi y los objetivos del desarrollo del milenio relacionados con la salud de la población. Primera ed. Cotacachi: OPS; 2015.
3. Salud Md. Manual de Modelo de Atención de Atención Integral de Salud. 2nd ed. Pública SSNdlGdlS, editor. Quito: MSP; 2012.
4. OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. 4th ed. Salud OPdl, editor. Washington: OPS; 2010.
5. Cevallos R AA. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Primera ed. OPS , editor. Quito: OPS; 2009.
6. H. B. Desarrollo Humano y calidad en salud. San José - Costa Rica: Secretaría Técnica del Sistema Nacional de Categoría de Servicios, Educación; 2008.
7. Constituyente AN. Constitución de la República del Ecuador. 1st ed. Ecuador CdIRd, editor. Quito: Registro Oficial; 2008.
8. C. B. Modelo de gestión local de servicios de salud. Primera ed. USAID P, editor. Lima: PRAES; 2007.
9. Pública MdS. MANUAL OPERATIVO RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD- RED PRIVADA COMPLEMENTARIA. Preliminar ed. MSP , editor. Quito: MSP; 2013.
10. Bonilla L GR. La Medicina Ancestral como recurso potencial para el desarrollo del turismo comunitario en la zona andina, del Canton Cotacachi, Provincia de Imbabura. Ibarra: UTN, investigación; 2009.
11. Ecuador MdSPd. MANUAL OPERATIVO , RED NACIONAL INTEGRADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUITO; 2013.
12. Mercenier G. Investigación. 20th ed. Ed V, editor. Madrid: Multicines; 2007.
13. Asamblea C. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Quito: Registro Oficial; 2008.
14. SEMPLADES. Plan Nacional Para el Buen Vivir. Segunda ed. SEMPLADES , editor. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2009.
15. R. NPyE. La Medicina Tradicional en el Ecuador. Primera ed. Nacional CE, editor. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 1995.
16. Hermida PA. CHAMANISMO Y ETNOTURISMO: La venta de rituales de ayahuasca y compra de sentidos en el alto Napo. ANTROPOLOGÍA, Cuadernos de Investigación. 2009 Mayo; Primero(8).

Viviana Margarita Espinel Jara¹
Alicia Salomé Gordillo Alarcón²
Rocío Elizabeth Castillo Andrade³
Bethy Elizabeth Vargas García⁴

vivispnl@hotmail.com

RESUMEN:

La presente investigación procura elaborar un diagnóstico de la medicina tradicional indígena en Napo. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, de acción y exploratorio, se lo trabajó en las los cinco cantones de la provincia de Napo, donde se realizó un censo en el cual se utilizaron como instrumentos a la encuesta y a la entrevista con los agentes de medicina tradicional indígena. Durante el desarrollo de la investigación se encontró que la medicina tradicional en la provincia de Napo es utilizada por más del 60% de la población, se elaboró además una conceptualización de la medicina tradicional según los pueblos indígenas y colonos; y se conoció más sobre los rituales empleados en esta medicina por cada uno de sus actores. Se identificaron a 161 parteras, 128 yachacks, 93 sobadores, 48 curanderos, 142 limpiadores y 55 promotores de salud en un total de 627 Agentes de medicina tradicional indígena. Se identifica como una de las principales limitantes la no legalidad del ejercicio, de esta o diferentes formas de curación asociadas a lo tradicional y ancestral, hecho que genera prácticas un tanto ocultas y hasta clandestinas. Todo esto propicia a que el presente estudio debe ser compartido al pueblo ecuatoriano y en especial a los profesionales del área

Artículo Científico

DIAGNÓSTICO DE LA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EN LA PROVINCIA DE NAPO-ECUADOR

DIAGNOSIS OF TRADITIONAL INDIGENOUS MEDICINE IN THE PROVINCE OF NAPO- ECUADOR

de la salud, para que puedan comprender de mejor forma, respetar y hasta aceptar las creencias de los pueblos milenarios que se asientan en la provincia de Napo.

ABSTRACT: This research seeks to develop a diagnosis of traditional indigenous medicine in Napo. It is a qualitative, descriptive study of action and exploration, you will be working in the five counties of the province of Napo where census in which they were used as instruments to survey and interview agents medicine traditional Indian. During the course of the investigation it was found that traditional medicine in the province of Napo is used by more than 60% of the population, also developed a conceptualization of traditional medicine as indigenous peoples and settlers; and also more closely the rituals used in this medication is known for this exercise for each of its players. We identified 161 midwives, 128 yachacks, 93 sobadores, 48 healers, 142 cleaners and 55 health promoters in a total of 627 agents of traditional indigenous medicine. It is identified as a major limiting non-legality of the exercise of this or different forms of healing

1- Magister en salud familiar. Licenciada en enfermería

2- Magister en gerencia de salud MBA. Doctora en medicina y cirugía

3- Magister en docencia universitaria e investigación. Licenciada en enfermería

4- Licenciada en enfermería

associated with the traditional and ancestral, thus giving rise to a somewhat hidden and clandestine practices. All this is leading to this study should be shared to the Ecuadorian people and especially professionals in the area of health, so they can understand better way to respect and accept the beliefs of the ancient peoples who settled in the province Napo.

PALABRAS CLAVES: Medicina Tradicional, Terapias alternativas, rituales, parteras, yachacks, sobadores.

INTRODUCCIÓN:

En el contexto de los pueblos y nacionalidades andinas; cada país, cada estado, cada república, corresponde, en su etnoconstitución a una determinada confederación de pueblos que ancestralmente fueron dueños de ese territorio y, junto con ello, eran dueños también de su propia cultura y formas de desarrollo, que actualmente se sintetizan como cultura andina (1), (2), (3).

La Constitución Política de Estado, reconoce al Ecuador como un país pluricultural y multiétnico, en el cual conviven una multiplicidad de seres humanos agrupados indistintamente por Nacionalidades y Pueblos (4). Las nacionalidades y pueblos poseen una diversa y rica herencia cultural (5), fundamentada en la sabiduría ancestral, que se construye con una lógica diferente y que se configura en una cosmovisión mítico/mágica que le confiere a cada nacionalidad una especificidad diferente (6) (7) (8).

Las costumbres ancestrales, a las que están ligadas las comunidades indígenas, nos ayudan a comprender que en la selva los habitantes de Napo (naporunas) curaban todas sus dolencias

tanto emergentes como crónicas mediante el consumo de plantas medicinales y ritos mágicos de curación que realizaban los hombres o mujeres más ancianos y con mayor sabiduría de la comunidad, quienes adquirieron todos sus conocimientos a través de iniciaciones especiales y años de experiencia. (1) (9) (10).

El desconocimiento de los/las otros(as) formas de recuperar la salud y/o mantenerla ha provocado actualmente clandestinidad en algunos y prácticas de charlatanes (falsos agentes tradicionales) que, al amparo de la tradición, cometen desde estafas hasta uso criminal de medicamentos de medicina occidental (11) (12). Estos hechos perjudican al mismo tiempo a la medicina tradicional y a quienes la practican, sean estos yachacks, pajuyos, curanderos, sobadores, comadronas o parteras entre otros (13).

Todos estos conocimientos, tradiciones y prácticas crean la necesidad de identificar y cualificar a los agentes de la medicina tradicional indígena y conceptualizar sus conocimientos, para que sean socialmente aceptados y reconocidos por sus diferentes comunidades (14) (15).

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio de tipo exploratorio y descriptivo de tipo cualitativo; Además es también un estudio etnográfico. Fue desarrollado en los cantones Tena, Archidona, Carlos Julio Arosemena Tola, Quijo y Chaco de la provincia de Napo, Ecuador. Se realizó un censo a la totalidad de agentes de la medicina tradicional indígena (AMTI), y las variables de investigación o análisis correspondieron a las características de los representantes de esta medicina en esta provincia.

Se realizó la encuesta y el censo a la población estudiada simultáneamente, al mismo tiempo se aplicó una entrevista, mediante la cual se indagó conocimientos, creencias y prácticas de medicina tradicional. Los resultados son presentados en tabas de porcentajes y datos absolutos.

RESULTADOS

El estudio, identifica que en la provincia de Napo, la población indígena es del 65%, se encuentran especialmente en los cantones de Tena y Archidona (fig.2) y sus asentamientos más numerosos se ubican en las riberas de los ríos navegables, en especial del río Napo. En la actualidad se auto identifican como naporunas o kichwas amazónicos, por ser el kichwa el idioma que hablan; en su mayoría son bilingües teniendo como segunda lengua el castellano. En el área de estudio, se identificaron a 627 agentes de la medicina tradicional indígena, distribuidos en los cinco cantones de esta provincia, de los cuales el 52% eran hombres y 48% mujeres, se puede destacar que la mayoría de los agentes tradicionales son parteras y en este grupo son mayoritariamente mujeres (tabla 1).

Las edades de los hombres y mujeres de sabiduría censados, oscila entre los 20 y 70 años, registrándose el rango de edad que más se repite entre los 50 a 59 años (tabla 2). A los sanadores tradicionales se los ha podido encontrar en todos los cantones de la provincia de Napo, pero se destaca que más del 50% se encuentran domiciliados en el cantón Archidona (fig. 2). Entre las artes o actividades que practican y que son las más reconocidas se encuentran a los de Yachacks, Sobadores o

hueseros, parteras o comadronas, curanderos, limpiadores o pajuyuks y promotores de salud (fig. 3).

Para tratar sobre la medicina tradicional de los pobladores indígenas de la provincia de Napo, es necesario adentrarse en su cultura y conocer más sobre ella. Ha sido muy difícil recoger y unificar todas las respuestas, criterios, conocimientos, conceptualizaciones de los naporunas, recolectadas en un instrumento de investigación aplicado a los agentes de la medicina tradicional indígena, para determinar los diferentes grados de poder y conocimientos de los agentes tradicionales. Pero a continuación se presenta una serie de definiciones y una esquematización aproximada de la realidad de la formación e identificación de cada agente de la medicina tradicional indígena del alto Napo.

Los naporunas han desarrollado su propio sistema médico, más conocido como medicina tradicional o ancestral, se basa en su cultura que es el fruto de miles de años de acumulación de conocimientos empíricos que van relacionados con mitos, leyendas, cuentos y rituales religiosos y mágicos a la vez.

Algunos de los agentes entrevistados plantean que esta es la ciencia silenciosa que resguarda en la naturaleza, los poderes ancestrales, que se aplican para sanar desde enfermedades leves hasta las más graves. Refieren además a la medicina tradicional como los remedios naturales de la selva y del campo, que no tienen químicos occidentales, que son extraídos de las diferentes partes de las plantas y animales sagrados; preparados por sus propias manos, aplicando los conocimientos ancestrales, saberes espirituales y

conjugándolos con los propios poderes sobrenaturales entregados por la selva, los cerros, los ríos, las lagunas, el calor, el frío, la tierra, el aire y la lluvia; y lo más importante haciendo todo esto siempre en el nombre de Dios.

Cuando se preguntó cuál es la base de la medicina tradicional indígena, en su mayoría coincidieron en responder que se basa en leyendas, cuentos, historias, ceremonias, rituales, costumbres y contactos con la naturaleza, que hacen referencia de conocimientos milenarios, en los cuales mezclan el poder de la naturaleza en general, conjugándose así la cosmovisión indígena del poder de curación. Su base fundamental es la FE y la sabiduría ancestral, secreta y silenciosa, el conocimiento, el poder espiritual para el uso de plantas y animales sagrados de la selva, la magia y el poder sobrenatural entregado por la selva, los cerros, los ríos, las lagunas, las cascadas, el arco iris, el calor, el frío, la tierra, el aire, el viento, la lluvia la luna y el sol.

Dentro de la cultura kichwa de los pobladores del alto Napo, se identifica una categorización de jerarquías, de saberes de la medicina tradicional indígena (fig.1). Observándose dos pirámides de las diferentes fases de formación por las que deben pasar cada uno de ellos, donde se inicia generalmente como pajuyuk, que es el agente tradicional que menos poder tiene y según sus conocimientos y años de experiencia y formación podrá llegar hasta Kuraga. (fig.1A). Y otra en la que se observa las fases de formación de las parteras tradicionales (fig.1B).

El PAJUYUK es aquella persona que posee ciertos conocimientos y poder o paju (paju = poder en las manos, para

hacer algo específico), o energía positiva para curar, administran y utilizan vegetantes para limpiar males en las personas, son especialistas que han adquirido y guardado los conocimientos sobre las virtudes curativas de las plantas, saben que parte usar, como recoger, como dosificar, como preparar, como guardar, como aplicar y que cuidados debe tener el paciente en cuanto a comportamiento los ayunos de acuerdo a la planta y la enfermedad. El paju es un don, poder o energía que se transmite de una persona que tiene más poder a otra que lo necesita para realizar curaciones u otras actividades especial que está relacionada con el uso de las manos. Existen tantas clases y tipos de pajus como enfermedades, afecciones y/o actividades. Entre los Pajukuks más conocidos y con mayor representación están los sabadores, fregadores o hueseros y las parteras, comadronas o matronas.

El SAMAYUK es el agente de la medicina tradicional que tiene más fuerza o más poder que el pajuyuk (Samay = fuerza o poder). Para ser Samayuk, debe haber pasado por lo menos de 2 a 3 años como pajuyuk, los padres o abuelos identifican el paju del niño de ente 12 y 15 años, y ellos son quienes solicitan a un sabio de la comunidad que le enseñe al niño; los padres son quienes proveen todo el material para la práctica y el estudio. El estudio va de 3 a 4 años, durante todo este tiempo el aprendiz acompañará a su maestro en todos los rituales, curas, siembras, cosechas, cacerías, pescas y caminatas; ayudando a sembrar, cultivar, recolectar y preparar el material para cada una de estas actividades, de esta manera aprenden como preparar, utilizar, dosificar y conjugar materiales con partes

específicas de plantas medicinales y de animales sagrados, cada preparación es distinta en cada saso y cada paciente.

El período de ayunos, dietas y abstinencias es muy importante por qué, es el tiempo en que el cuerpo se prepara para la toma de alucinógenos preparados con plantas sagradas como el ayahuasca o yage y el guanduc , el cuerpo del aspirante debe mantener su cuerpo y su alma puros sin maldad ni vicios. Cuando el maestro cree que su alumno está listo y que ha adquirido los suficientes saberes y poderes, le indica que ayude a quien lo necesita y el nuevo samayuk inicia ya sus curaciones, pero siempre consulta con su maestro aunque este se encuentre lejos.

El YACHACK, es el hombre sabio, (Yachack = sabio, el que sabe curar), es la persona que ha adquirido conocimientos, experiencias, para prevenir y curar diferentes enfermedades aplicando técnicas silenciosas. Según la cultura kichwa, el Yachack es una de las principales autoridades de la comunidad, es un agente de la medicina tradicional con altos conocimientos. Para ser buen Yachack se debe estudiar por lo menos 12 años, preparándose como pajuyuk y, como samayuk. Luego de esto pasará de 2 a 3 años aprendiendo de las diferentes culturas y adquiriendo los diferentes poderes de la madre naturaleza y siempre teniendo presente en sus actos la existencia y el poder de Dios. Pasado este tiempo el yachack regresa a su casa y tendrá una abstinencia sexual de treinta días, descansará casi sin levantarse de su cama, con la mayor paz y tranquilidad posible, comerá únicamente plátanos

asados, no comerá sal, ni ají, cada día beberá por la boca y la nariz uno o dos bocados de agua con tabaco macerado utilizando para esto el pico de un tucán y lavará con esta agua sus ojos y manos, posteriormente se reincorporará a su vida normal con su familia y comunidad y comenzará a curar cuando el caso lo requiera.

EL BANCUK, (Bancuk = el que ha adquirido muchos conocimientos, experiencia y respeto), debe la persona haber pasado por lo menos 5 años como yachack y posterior a este tiempo haber adquirido, desarrollado y acumulado muchos conocimientos y destrezas, tanto dentro como fuera de su comunidad. Ha compartido con otros pueblos y nacionalidades sus saberes y también ha aprendido de ellos. Es una de las personas más consideradas y respetadas de la comunidad, tiene la potestad para autorizar y guiar las curaciones de yachacks y samayuks.

EL KURAGA, es el agente tradicional que domina todas las técnicas y destrezas, es el más poderoso y capaz de adivinar y diagnosticar sólo con la mirada. Para llegar a ser Kuraga debió haber pasado de 6 a 10 años perfeccionando su sabiduría en todas las artes. El Kuraga ya no aumenta sus poderes, muy por el contrario lo distribuye y comparte generalmente con Bancuk y pocas veces con samanes. Se encarga de organizar y ordenar, es la persona más considerada, respetada y a la vez temida en la comunidad. El Kuraga, es el escalón más alto dentro de la pirámide de jerarquización de los Agentes de la medicina tradicional indígena de los pobladores del alto Napo.

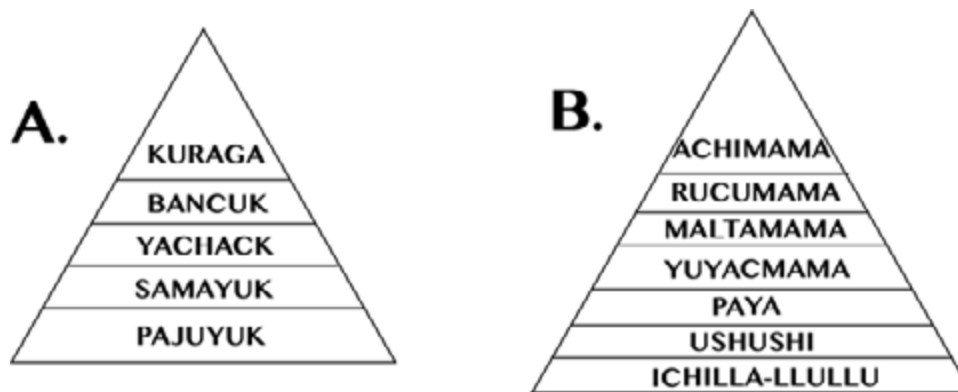


Figura 1. A Categorización de jerarquías, de saberes de la medicina tradicional indígena

Figura 1. B Categorización de jerarquías, de saberes de la Partería

YACHACS – SHAMANES		SOBADORES-HUESEROS		PARTERAS – OS		CURANDERAS – OS		LIMPIADORES O PAJUYOS		PROMOTORES	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
122	6	40	53	16	145	33	15	81	61	41	14
19,46%	0,96%	6,38%	8,45%	2,55%	23,13%	5,26%	2,39%	12,92%	9,73%	6,54%	2,23%
128		93		161		48		142		55	
20,41%		14,83%		25,68%		7,66%		22,65%		8,77%	

Tabla 1: Total de Agentes de la Medicina Tradicional Indígena identificados en Napo

EDAD	TOTAL AMTI-N		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
20-29	16	17	33
30-39	51	50	101
40-49	67	63	130
50-59	83	70	153
60-69	50	52	102
70 y más	42	32	74
TOTAL	309	284	593

Tabla 2: Edad de los Agentes de la Medicina Tradicional Indígena en Napo.

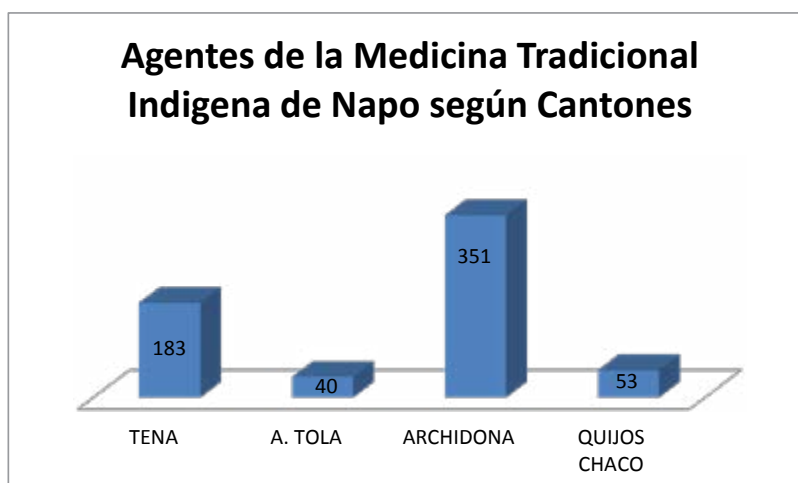


Figura 2: Total de Agentes de la Medicina Tradicional Indígena identificados según artes y cantones en Napo

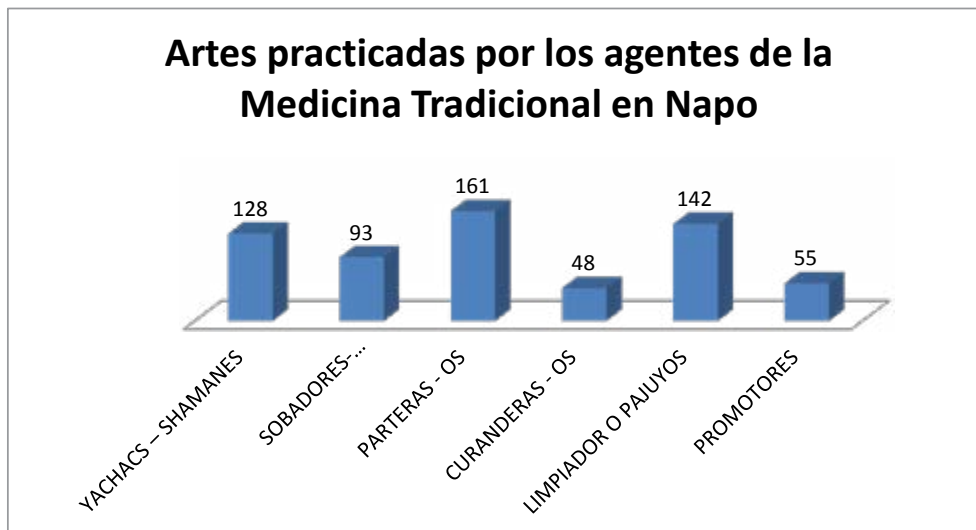


Figura 3: Agentes de la Medicina Tradicional Indígena de Napo según artes practicadas.

DISCUSIÓN:

La Medicina Tradicional es una realidad del día a día en Napo al ser una provincia en la cual mayoritariamente existe población indígena, quién no ha tomado una agua medicinal para aliviar alguna dolencia. En Ecuador el Plan Nacional del Buen Vivir, menciona la libertad de ejercer sus creencias y en especial de rescatar las prácticas ancestrales, se reconoce que existe la medicina tradicional, pero no se la conoce ampliamente ni que es, menos quienes son los que la practican y menos como han adquirido sus conocimientos. Con el presente estudio se pretende revalorizar a la Medicina Tradicional y en especial a aquellas personas que la ejercen, reconociendo sus virtudes, sabiduría y años de experiencia.

CONCLUSIONES:

- En el año 2010 se identifican a 627 agentes de la medicina tradicional,

se conocen, al mismo tiempo que en la provincia de Napo el mayor porcentaje está constituido por las parteras con el 25,68%

- En el presente estudio se logró identificar los procesos de formación, las diferentes formas de iniciación y en especial las artes que practican; de esta manera se pueden realizar una categorización y jerarquización de saberes, así como conocer las conceptualizaciones propias de los pobladores de esta provincia.

AGRADECIMIENTO:

Al grupo de Facilitadores de Salud Intercultural, de la Dirección de Salud de Napo, por el apoyo brindado en el levantamiento de las encuestas y recolección de la información en las comunidades de la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. R. NPyE. La Medicina Tradicional en el Ecuador. Primera ed. Nacional CE, editor. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 1995.
2. A. A. Diario Médico. [Online].; 2011 [cited 2013 mayo 26. Available from: www.diario-medico.com/edicion/noticia/0.2458.374298.00.html-47k.
3. Arias JAC. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. Scielo. 2011 agosto; 4(14).
4. Asamblea C. CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Quito: Registro Oficial; 2008.
5. Jaime T. Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional en México. Scielo.br. 1995 abr-jun; 11(1).
6. SEMPLADES. Plan Nacional Para el Buen Vivir. Segunda ed. SEMPLADES , editor. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; 2009.
7. Carlos Z. La medicina tradicional indígena en el México actual. Arqueología mexicana. 2011 julio; 3(21).
8. OMS. Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005. 1st ed. Desing RK, editor. Ginebra: OMS; 2002.
9. Peña A OP. Medicina alternativa: intent de análisis. Scielo. 2007 enero - marzo; 68(1).
10. Jaiberth A C. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Embera-Chami del Departamento de Caldas- Colombia. Scielo. 2012 Agosto; 14(4).
11. Hermida PA. CHAMANISMO Y ETNOTURISMO: La venta de rituales de ayahuasca y compra de sentidos en el alto Napo. ANTROPOLOGÍA, Cuadernos de Investigación. 2009 Mayo; Primero(8).
12. Blanca P. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. Scielo.br. 2005 Diciembre; 39(4).
13. Carmen C. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonía nororiental: salud y saberes alternativos. Redalyc.org. 2011 marzo-mayo; 24(1).
14. Blanca MG. Saberes médicos, tradicionales y religiosos en interacción permanente. Scielo. 2009 ene/abr; 29(1).
15. Laza Celmira RC. Entre la necesidad y la Fe La partera tradicional en el Valle del Río Cimitarra. Scielo.cl. 2010 agosto; 16(1).

Silvia Marcela Baquero Cadena¹
Miguel Edmundo Naranjo Toro²
Yu Ling Reascos Paredes³
Jenny Elizabeth Villarreal⁴

smbaquero@utn.edu.ec

Artículo Científico

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

RESUMEN

El síndrome de "Burnout" es una patología de estrés laboral cada vez más frecuente en los profesionales del área de la salud, este síndrome afecta al bienestar de los profesionales y por tanto la calidad de atención que brindan. En el Ecuador la prevalencia de este síndrome en fisioterapeutas no está totalmente documentada por lo que el objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en los fisioterapeutas de la Provincia de Imbabura que laboran en centros de rehabilitación tanto públicos como privados.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación descriptiva con un diseño transversal en una muestra de 47 fisioterapeutas a los que se les administró el Maslach Burnout Inventory en su versión válida en español, el cual consta de tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Resultados: El 76.59 % de los fisioterapeutas encuestados presentó un nivel bajo de cansancio emocional, el 44.68% presentó un grado medio de despersonalización, y un 46.81% presentó un nivel medio de realización personal. El Síndrome de Burnout se encuentra en el 6,38 % (n = 3) de la muestra.

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME IN PHYSIO THERAPISTS OF PROVINCE IMBABURA- ECUADOR

Conclusiones: la prevalencia del síndrome de Burnout en fisioterapeutas de la provincia de Imbabura es relativamente baja, en base al siguiente criterio: bajo cansancio emocional, media realización personal, y media despersonalización.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Burnout, Desgaste profesional, Prevalencia, Fisioterapeutas.

ABSTRACT

Syndrome "Burnout" is a condition increasingly common in professionals in health, this syndrome affects the welfare of both professionals and the quality of care they provide. In Ecuador, the prevalence of this syndrome is not documented in physiotherapists so the aim of this study was to determine the prevalence of burnout syndrome physiotherapists Imbabura Province that working in centers public and private. **Materials and Methods:** Made a descriptive study with a crossover design in a sample of 47 physiotherapists who were administered the Maslach Burnout Inventory in its valid version in

1- Magister en gerencia de salud para el desarrollo local. Licenciada en Terapia Física
2- Magister en docencia universitaria e investigación. Doctor en investigación educativa.
3- Magister en gerencia de salud para el desarrollo local. Doctora en medicina y cirugía
4- Licenciada en comunicación social

Spanish, which consists of three subscales: emotional exhaustion, depersonalization and low performing.

Results: 76.59% of physiotherapists presented a low level of emotional exhaustion, 44.68% had an average degree of depersonalization, and 46.81% showed a medium level of personal fulfillment. The burnout syndrome is at the 6, 38% (n = 3) of the sample.

Conclusions: The prevalence of the Burnout syndrome in physiotherapists in the province of Imbabura is relatively low, based on the following: low emotional exhaustion, and personal accomplishment mean average depersonalization.

KEYWORDS

Syndrome of Burnout, Burnout, Prevalence, Physiotherapists.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout o síndrome del quemado o de desgaste profesional fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger (1) quien lo definió como “el agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás”, pero fue en el año 1976 donde Christina Maslach y Susan E. Jackson lo definieron como “un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo” (2) y en 1981 se lo definió como “síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (3). El estrés laboral es una de las patologías más frecuentes hoy en día que

afectan a la salud de los individuos en todas las profesiones, pero de acuerdo a estudios realizados son los profesionales de la salud o los profesionales que brindan atención o asistencia a otras personas, los que son más propensos a padecer de este síndrome.

En el caso de los Fisioterapeutas en los últimos años se ha evidenciado diversos factores que agravan este síndrome como son el trabajar 8 horas diarias con turnos diurnos y nocturnos, sumado a la carga laboral, el ambiente físico, la baja remuneración y los factores personales como la edad, género, estabilidad laboral, tiempo de permanencia en la institución; convierten a esta población de profesionales de la salud en más vulnerable al desarrollo de estrés crónico que pueden potencialmente desencadenar el Síndrome de Burnout. (4)

Las dimensiones de este síndrome desde el modelo propuesto por Maslach son tres (5)

Agotamiento emocional: considera la primera fase y constituye la característica central del síndrome que se presenta una sensación creciente de agotamiento asociado a sensaciones de sobreesfuerzo físico que se producen como consecuencia del contacto con los pacientes que se trata a diario.

Despersonalización: que son una serie de actitudes de aislamiento, pesimismo y negativismo, que va adoptando el fisioterapeuta como medida para protegerse del agotamiento lo que lleva al rechazo hacia los pacientes y a la falta de sensibilidad.

Baja realización personal: que se manifiesta por la falta de interés por el trabajo, baja autoestima y la pérdida del sentimiento de competitividad.

A nivel mundial se han realizado múltiples estudios de la prevalencia del síndrome en los profesionales de la salud en los que se han encontrado resultados significativos que evidencian la magnitud del problema con prevalencias que oscilan entre 12% y 50%.

Según G. Pera y M. Serra Prat (6) en el 2002 se realizó un estudio en los trabajadores del hospital de Mataró (España) encontrándose porcentajes de 13,9% para cansancio emocional, el 11,1% para despersonalización y 6,6% para baja realización personal.

En un el estudio realizado en el año 2007, se determinó la prevalencia del Síndrome de Burnout en los fisioterapeutas del municipio de Popayán (7) encontrando un 22.6% para la escala de cansancio emocional, 19.4% para despersonalización y 25.8% para baja realización personal.

La Organización Mundial de la Salud durante el año 2000, calificó al síndrome de Burnout como de riesgo laboral (8), de ahí la importancia de determinar la prevalencia de este síndrome en los fisioterapeutas de la provincia de Imbabura ya que no existen estudios que determinen si los profesionales padecen de este síndrome ni existen programas de salud mental en cuanto a promoción y prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, con un diseño de estudio transversal en 47 fisioterapeutas (35 mujeres, 12 varones) de la Provincia de Imbabura – Ecuador que laboran en centros de rehabilitación tanto públicos como privados.

El instrumento se aplicó en el mes de Mayo del 2014, los criterios de inclusión fueron: fisioterapeutas de servicios de rehabilitación públicos y priva-

dos de los cantones: Otavalo, Ibarra, Antonio Ante, Cotacachi.

Los criterios de exclusión: fisioterapeutas en periodo vacacional, fisioterapeutas de los Cantones de Pimampiro y Urcuquí.

Los criterios de eliminación fueron fisioterapeutas que no contestaron totalmente el instrumento.

Para la medición del grado de Burnout se utilizó un cuestionario con dos apartados: uno general donde se recogió variables independientes sociodemográficas y laborales como son: género, edad, sistema de salud en el que laboran, nivel de estudios, años de experiencia, situación laboral, número de horas de trabajo, relaciones personales. El segundo apartado del cuestionario estuvo conformado por la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) 2 (9) en su versión validada en castellano, diseñado para valorar el Síndrome de Burnout en sus tres aspectos fundamentales.

Este cuestionario está compuesto por 22 ítems referentes a sentimientos.

Para las respuestas utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6. La subescala de cansancio emocional está compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20) y mide los sentimientos de sobrecarga emocional. La subescala de despersonalización está integrada por 5 ítems (5, 10, 11, 15,22) y valora los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. La subescala de realización personal consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21) y mide sentimientos de competencia y de consecución de logros.

Una puntuación elevada en las dos primeras subescalas y una baja puntuación en la tercera permite diagnosticar el síndrome.

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.75 a 0.9.

En las tres subescalas la puntuación mínima alcanzable es de 0 mientras que la máxima es de 54 para el agotamiento emocional, 30 para la despersonalización y 48 para la realización personal.

RESULTADOS

En lo que se refiere al análisis de las características sociodemográficas y laborales de la población de fisioterapeutas podemos determinar que en cuanto a la distribución por sexo el 74.6% corresponden al sexo femenino y el 25.53% al sexo masculino.

La edad media de la población estudiada es de 28 años.

En cuanto al sistema de salud en el que laboran el 72.34% de los fisioterapeutas pertenecen al sistema de salud público mientras que el 27.65% pertenecen al sistema de salud privado.

El 80.85% tienen estudios de licenciatura y el 8,5% de tecnología.

En cuanto a la situación laboral el 53.19% labora mediante contrato, el 27.65 tiene nombramiento y el 14.89 tiene nombramiento provisional.

En relación al estado civil de los fisioterapeutas, se obtuvo lo siguiente: el 44.68% son casados, 44.68% solteros, 8.51% divorciados y 2.12% mantiene una unión libre.

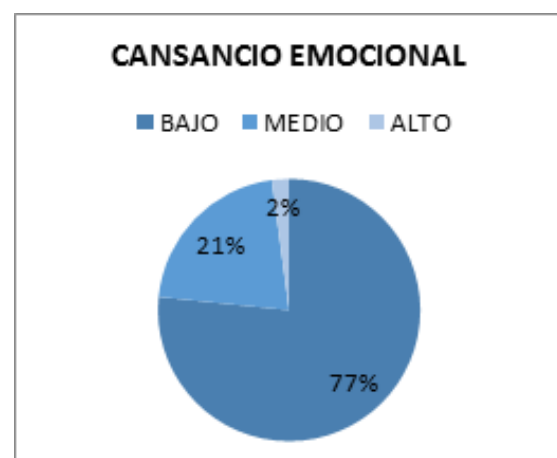
El 93.61% de los fisioterapeutas labora 8 horas al día mientras que el 6.38% labora 4 horas al día.

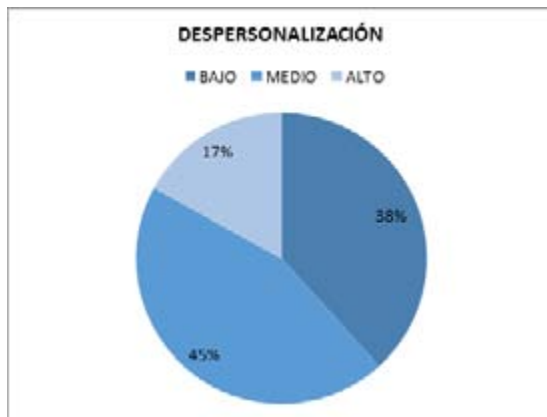
Respecto al tiempo de tratamiento dedicado a cada paciente el 75.5% de los fisioterapeutas dedica 30 minutos de tratamiento a cada paciente, la me-

dia de pacientes tratados diariamente es de 17.

En cuanto a los años de experiencia profesional el 51.03% de los fisioterapeutas encuestados tiene de 1ª 5 años de experiencia, el 14.89% de 6 a 15 años, el 25.53% de 16 a 25 años y el 8.51% más de 25 años de experiencia. La media de las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres subescalas es la siguiente: cansancio emocional 16.65, despersonalización 7.06, realización personal 33.14. En cuanto a la variable cansancio emocional únicamente un 2.12% de la muestra presenta un valor alto, el 21.27% un valor medio y el 76.59% un valor bajo. En la variable despersonalización un 17.02% de la muestra presenta un valor alto, el 44.68% un valor medio y el 38.29% un valor bajo. Para la variable realización personal el 38.29% de los encuestados presentan un nivel alto de realización personal, el 46.81% un nivel medio y el 14.89% un nivel bajo. Es necesario indicar que los mayores índices de despersonalización y cansancio emocional lo tienen las mujeres.

En el siguiente gráfico se expresan los resultados obtenidos en las tres subescalas del MBI, a partir de la clasificación publicada por Maslach-Jackson, según la cual, en cada una de las tres subescalas.





DISCUSIÓN

La prevalencia de Burnout en fisioterapeutas de la provincia de Imbabura es relativamente baja. No existen los suficientes estudios para realizar la discusión de datos ya que en el Ecuador ha sido poco estudiado este síndrome y en la provincia de Imbabura es la primera vez que se realiza.

Los resultados obtenidos en el estudio de A.M. Castro Sánchez realizado en fisioterapeutas en el año 2005 en España (10), indican valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal para los fisioterapeutas de España. En el estudio de Liseth Viviana Campos Bermúdez y colaboradores realizado en fisioterapeutas (7) se encontró una prevalencia global de Síndrome de Burnout de 11.7% y para cada dimensión se encontró 10.5%

para cansancio emocional, 1.2% para despersonalización y no se encontraron prevalencias para baja realización personal. Estos resultados están en consonancia con el presente estudio en el que se evidencia bajo cansancio emocional, media realización personal y media despersonalización.

De acuerdo a lo manifestado por Gil-Monte P (11), quien afirma que la mayor prevalencia del síndrome la presentan mujeres, este estudio evidencia que el género femenino es más propenso a presentar el síndrome.

Los estudios de Gomero Cuadra R y Atance Martínez JC (12) (13) afirman que las personas que llevan más tiempo en la profesión son las que pueden desarrollar el síndrome. Este estudio no coincide con lo anterior ya que se encontraron mayores prevalencias en fisioterapeutas que tienen de 1 a 5 años de experiencia profesional.

Los resultados del estudio de Álvarez J, Illera D (14), muestran que para la dimensión de cansancio emocional son las personas de nombramiento las que presentan la mayor prevalencia mientras que para despersonalización son las personas bajo relación de dependencia a contrato los más afectados. Los resultados de este estudio demuestran que quienes laboran por contrato son los más afectados por este síndrome.

CONCLUSIONES

La prevalencia de Burnout en fisioterapeutas encontradas en este estudio no se aproximan a lo reportado en la literatura mundialmente: entre el 12% y el 50% de los estudiados, lo que nos lleva a pensar que es necesario mantener la salud mental y laboral de los

fisioterapeutas mediante la implementación de campañas de promoción y prevención.

Se dejan las bases para formulación de otro tipo de estudios en fisioterapeutas y otras disciplinas a nivel local, regional y nacional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a cada uno de los fisioterapeutas que participaron en el estudio, a los estudiantes del quinto semestre Ay B de la carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica del Norte periodo Marzo – Julio 2014 quienes apoyaron con la recolección de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*; 1974.
2. Maslach C. Burned out. *Human Behaviour*; 1976.
3. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En W.S. Paine (ed.): *Job, stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives*. Publications. S, editor.: Beverly Hills; 1981.
4. Restrepo Ayala NC CVGCAG. Desgaste Emocional en Docentes Oficiales de Medellín. *Revista de Salud Pública Colombia*. 2006; 8(1).
5. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En W.S. Paine (ed.): *Job, stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives*. Publications S, editor.: Beverly Hills; 1981.
6. M. PGySP. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Barcelona: *Gac. Sanit*; 2002.
7. Campos LyC. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en Fisioterapeutas del Municipio de Popayán. 2007.
8. OMS. *The World Health Report*.; 2000.
9. Maslach C,yJSE. MBI: Inventario «Burnout» de Maslach. Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial. Madrid: Ediciones TEA; 1997.
10. colaboradores CSAMy. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Fisioterapia.. *Andaluz*. 2006.
11. Gil-Monte. P.R. PJ. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología Universidad de Murcia*. ; 15(002).
12. Gómero Cuadra R. yc. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation. *Rev Med Hered*. 2005; 16(4).
13. JC. AM. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Especializada en Salud Pública*. 1997; 71(3).
14. D ÁJI. Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en el Hospital Susana López de Valencia Nivel II Popayán Enero a Diciembre de 2003... *Universidad del Valle*. 2003.
15. Maslach C JS. El burnout como escala de estrés laboral asistencial. Traducción española ed.: Ediciones TEA; 1997.
16. Calcines Castillo ME HMVUJ. Algunas consideraciones sobre el síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Revista Medicentro*. 2004.

Alicia Salomé Gordillo Alarcón¹
Juan Francisco Vaca Oña²
Geovanna Narciza Altamirano Zabala³

asgordillo@utn.edu.ec

Artículo Científico

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE CARPUELA - IMBABURA.

RESUMEN:

Las Enfermedades Crónicas no transmisibles, en el Ecuador se constituyen en una de las primeras causas de mortalidad en la edad adulta, a más de esto las complicaciones provocadas por su control y tratamientos inadecuados se relacionan con problemas incapacitantes. Se han identificado factores que aumentan la posibilidad de presentar dichas patologías, y que se relacionan específicamente con problemas cardiovasculares, los más importantes constituyen: alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol.

Objetivo: El estudio establece como objetivo la Identificación de los factores de riesgo cardiovascular en la población de la comunidad de Carpuela.

Métodos: Se utiliza el muestreo probabilístico en la población de 18 a 65 años de edad de la comunidad mencionada. La encuesta que se ha utilizado es el planteado por la OMS denominado Método STEPS que permite la medición de factores de riesgo para enfermedades crónicas no trasmisibles.

EVALUATION OF RISK FACTORS FOR CHRONIC NON COMMUNICABLE DISEASES IN THE COMUNITY CARPUELA - IMBABURA

Resultados: Es evidente la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovascular, como el tabaquismo, alcoholismo, alimentación y actividad física, en la población mayor a 21 años, en la cual se realizó la encuesta.

ABSTRACT:

Introduction: Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in Ecuador constitute one of the leading causes of mortality in adulthood, more than that complications caused by inadequate control and treatments related to disabling problems. Factors have been identified that increase the possibility of submitting such pathology, and that specifically relate to cardiovascular problems, the most important are: diet, physical activity, consumption of snuff and alcohol.

Objective: The study sets the objective of identification of cardiovascular risk factors in the population of the community Carpuela.

1- Magister en gerencia de salud MBA. Doctora en medicina y cirugía

2- Master sobre actualización de la infección por el VIH. Doctor en medicina y cirugía

3- Licenciada en enfermería

Methods: The probability sampling is used in the population aged 18 to 65 years of that community. The survey that was used is called raised by WHO STEPS method that allows the measurement of risk factors for chronic non-communicable diseases. Results: Clearly the prevalence of risk factors for cardiovascular disease, such as smoking, alcohol, diet and physical activity in the population greater than 21 years in which the survey was conducted.

PALABRAS CLAVE:

Factores de riesgo – Enfermedades cardiovasculares.

KEYWORDS:

Risk Factors - Cardiovascular Diseases

INTRODUCCIÓN:

Existen factores de riesgo para la población especialmente adulta que contribuyen a la presencia de enfermedades denominadas “Crónicas no transmisibles”, se las conceptualiza como aquellas afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, irreversibles y con complicaciones incapacitantes; se consideran así a las siguientes enfermedades: a) Las enfermedades Cardiovasculares; b) el cáncer; c) las enfermedades respiratorias crónicas y d) la diabetes. (1)

La investigación se ubicará específicamente en los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, añadiéndose la diabetes como contribuyente en el pronóstico de ellas.

La importancia en estudiar los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT) radica en la actua-

lidad en la elevada incidencia de ellas y el elevado número de muertes que ocasiona en la población adulta y adulta mayor. Dos datos alarmantes que concuerdan con lo dicho hacen referencia a que más de 36 millones de personas cada año, presentan cuadros relacionados con Enfermedades Crónicas no transmisibles, y cerca del 80% de las muertes por ellas se concentran en los países de ingresos bajos y medios. En países desarrollados la mortalidad ocasionada por estas enfermedades es de más del 70%, con una elevada prevalencia de morbilidad y discapacidad, aumentando el costo de atención en los servicios de salud. Se constituyen además en problemas que ocasionan complicaciones como accidentes cerebro vasculares, eventos cardiovasculares, discapacidad, y muerte; afectando así al individuo, la familia y la sociedad.

Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades. (2)

En el Ecuador las principales causas de mortalidad en el año 2011, fueron las enfermedades hipertensivas con una tasa del 29,8 por 100000 habitantes, y la diabetes con una tasa de 27,7 por 100000 habitantes, los accidentes cerebrovasculares con un 22,6 por 100000 habitantes. (3)

Las Enfermedades crónicas no transmisibles tienen como elemento común la presencia de cuatro factores de riesgo importantes como: malnutrición especialmente la obesidad provocada por el consumo de alimentos inadecuados, la inactividad física que conduce al sedentarismo, el consumo de tabaco, y el uso nocivo del alcohol. (4)

Un elemento adicional en el estudio corresponde a la presencia mayoritaria de población de raza negra en la comunidad investigada, de acuerdo a estudios científicos se considera que la raza negra tiene factores genéticos que la hacen más propensa a la presencia de estas enfermedades. (5)

Por tanto el identificar a tiempo estos factores de riesgo y corregirlos constituye el esfuerzo que toda sociedad y las instituciones relacionadas con la salud tienen por obligación realizar. (6) El presente estudio tiene como objetivo evaluar los Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas no transmisibles en la comunidad de Carpuela – Imbabura; siendo este un espacio geográficos que no han sido intervenidos anteriormente y que permitirán evidenciar el comportamiento de la población en relación a los factores de riesgo citados.

Los resultados del estudio tienen que ver con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población señala especialmente hipertensión arterial y diabetes, y los factores de riesgo: alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol; además de la toma de presión arterial de acuerdo al Octavo Comité de HTA y toma de glucosa. (7)

MÉTODOS:

Diseño de estudio: El estudio epidemiológico realizado se constituye de prevalencia de corte transversal, permitirá la Identificación de casos expuestos a factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles con la finalidad de evaluar la presencia de estos en población mayor a 18 años.

Se ha utilizado una encuesta que ha mantenido validez en su implementa-

ción tanto en diferentes países de Latinoamérica como por su consistencia en el tiempo este constituye el método STEPSwise contiene tres fases:

3. Se efectúa las tres fases del método STEPS:

- Step 1 Mediciones del comportamiento que contiene información sobre: a) Consumo de Tabaco b) consumo de alcohol c) Dieta d) Actividad Física e) Antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes.
- Step 2 Medidas Físicas: incluye a) Estatura y peso b) Perímetro de cintura c) Tensión Arterial.
- Step 3 Medidas Bioquímicas: que incluye a) glicemia b) lípidos en sangre c) triglicéridos.

Población y muestra: Se ha determinado a una población contemplada entre los 21 a 65 años de edad hombres y mujeres de la comunidad de Carpuela, de 300 participantes.

El estudio fue desarrollado en varias etapas:

1. Constituyó el contacto con autoridades y dirigentes sociales para socializar la investigación y su objetivo.
2. Para cada persona identificada en el grupo de estudio se realiza la socialización de la investigación, así como el instrumento a utilizarse, con la finalidad de obtener su consentimiento para realizarlo.
3. Se efectúa las tres fases del método STEPS:

Step 1: Mediciones del comportamiento que contiene información sobre: a) Consumo de Tabaco b) consumo de alcohol c) Dieta d) Actividad Física e) Antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes.

Step 2 Medidas Físicas: que incluye a) Estatura y Peso b) Perímetro de cintura c) Tensión Arterial.

Step 3 Medidas bioquímicas: que incluyen a) glicemia b) lípidos en sangre c) triglicéridos y colesterol HDL. Esta última etapa no ha sido posible realizarla, será objeto de la siguiente intervención. y colesterol HDL. Esta última etapa no ha sido posible realizarla, será objeto de la siguiente intervención.

Para la toma de la presión arterial se ha tomado los estándares establecidos por el Octavo Comité de Hipertensión Arterial.

Para los procesos de recolección, procesamiento y análisis de datos se ha utilizado la herramienta EPIINFO, que es un software sencillo y rápido de uso en funcionalidad epidemiológica.

Aspectos Bioéticos: Se han establecido dos elementos que garantizan los derechos de las personas: uno de ellos referente a la confidencialidad de la información en todas las fases de la investigación. Y a cada participante se le solicitó la firma del consentimiento informado antes de realizar la encuesta, con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido por la Declaración de Helsinki, y por el Comité de Ética de la Organización Panamericana de la Salud.

RESULTADOS:

Dentro del análisis de resultados obtenidos en el estudio se observaron prevalencias de crudas (sin ajuste por edad y sexo) de todo el grupo identificado (300 participantes) estimaciones puntuales (prevalencias), intervalos de confianza y test de hipótesis. Para tal fin se tuvieron en cuenta las etapas de muestreo para obtener las correspon-

dientes ponderaciones y ajustando por la no respuesta. Se estimó y comparó la prevalencia del indicador principal de cada área temática para el total del país para los años 2005 y 2009. Se describieron las prevalencias de los principales indicadores de la ENFR 2009 según edad, sexo, ingreso, educación, región y cobertura de obras sociales y prepagas. Se reportaron prevalencias crudas (sin ajuste por edad y sexo), intervalos de confianza del 95% y test de hipótesis comparando los indicadores de 2005 con los de 2009. Se reportó para cada caso valores de p y solamente aquellos menores a 0,01 fueron considerados estadísticamente significativos. (8)

Presentación de resultados.

1. Caracterización demográfica: Del total de la población del grupo etario establecido para el estudio (21 a 65 años), la muestra obtenida es de 300 participantes, cuyos resultados en género e identificación étnica están establecidos en la tabla siguiente:

TABLA 1: Caracterización demográfica

Genero n = 300	n	%
Masculino	108	36.0
Femenino	192	64.0

Etnia n = 300	n	%
Afro ecuatoriano	295	98.3
Indígena	4	1.3
Mestizo	1	0.3

2. Mediciones del comportamiento:
2.1 En cuanto al consumo de tabaco del grupo estudiado el 9,3% lo consumo y de ellos diariamente fuma un 64,30%, mientras el restante 37,5% lo

hace esporádicamente. En cuanto al consumo relacionado al género se observa que los hombres tienen un mayor consumo de tabaco con un 8,7% en relación a un 0,7% de las mujeres.

2.2 Consumo de Alcohol: Se observa que el consumo de alcohol en el grupo de estudio corresponde al 36,30% en el último año sin embargo un alto porcentaje no ha consumido alcohol en el último año (63,70%).

2.3 Alimentación: Los resultados de acuerdo a la encuesta empleada determinan el número de días en los cuales se incluye frutas y verduras en la dieta, la porción consumida; considerando a estos alimentos como bajos en hidratos de carbono de absorción rápida, así como de grasas del tipo saturadas que podrían contribuir a la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Además se incluye los resultados en cuanto al consumo de aceites de origen animal o vegetal. En cuanto a la cantidad de días de consumo de frutas se observa resultados muy variados que van desde uno a siete días, podría considerarse esto como una respuesta a la existencia de una variedad de productos frutales en la comunidad de estudio. Las porciones determinadas son de 1 a 2 para la mayoría de los participantes.

Además del consumo de aceites de tipo vegetal o animal el resultado determina un consumo mayoritario (96,70%) de aceite vegetal que constituye con un alto contenido de grasas saturadas completamente nocivos para la salud.

2.4 Actividad Física: La inactividad física considerada como un factor de riesgo relevante en las enfermedades Crónicas no transmisibles, ha sido

2.5 Antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes, se refiere al conoci-

miento de los participantes de haber sido diagnóstico de las enfermedades citadas, relacionadas con el tiempo en el cual se ha realizado un control de la presión arterial.

Los resultados determinan que la mayoría (85,70%) se han realizado al menos un control en los últimos 12 meses. El diagnóstico de Hipertensión Arterial en el último año se ha presentado en un 32,70%.

En relación a la diabetes el diagnóstico de la enfermedad ha sido determinado en un 3,30%, siendo un 26,30% los que se han realizado una prueba de glucosa en los últimos 12 meses.

3. Medidas Físicas:

3.1 En el presente estudio se ha realizado la medición del peso y estatura establecida en el método STEPS, sin embargo y con la finalidad de evidenciar un resultado acorde al factor de riesgo: obesidad, se determinó el Índice de masa corporal.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). (9) (10)

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

En el estudio los resultados de Índice de Masa Corporal en relación al género, determinan que obesidad se presenta en mayor porcentaje en mujeres (40,6%) en relación de los hombres

(13%), sin embargo el sobrepeso en los hombres se encuentra en porcentajes mayores, como se observa en la tabla siguiente:

IMC	Género			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Desnutrición	3	2,8	4	2,1
Normal	45	41,7	48	25
Obesidad	14	13	78	40,6
Sobrepeso	46	42,6	62	32,3
Total	108	100	192	100

Los resultados son muy alarmantes específicamente en las mujeres, se presenta un 57,7% de mujeres con riesgo metabólico en relación a un 15,7% de hombres.

La Fundación Española del Corazón (FEC) advierte que la zona del cuerpo en la que se encuentra acumulada la grasa es un factor de riesgo cardiovascular más importante que el exceso de peso (obesidad o sobrepeso) y por ello recomienda medir el perímetro abdominal en lugar de calcular únicamente el índice de masa corporal (IMC). (11) (12)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 centímetros en la mujer, mientras que en el hombre el valor es de 102 centímetros.

3.2 Perímetro de cintura, se constituye en la herramienta más práctica y segura para conocer si está en riesgo de sufrir problemas cardíacos, coronarios, accidentes cerebro-vasculares, trombosis y embolia. Este se relaciona específicamente con el riesgo metabólico que aumenta la presentación de enfermedades cardiovasculares.

3.3 Medición de Tensión Arterial: Los resultados del estudio muestran que solo el 16,7% de la población tiene cifras de tensión arterial que podrían ser consideradas como Hipertensión Arterial, en relación a un 82,3% de cifras normales. Más datos se observan en la Tabla 6.

TABLA 6: Medición de Tensión Arterial

Presión arterial	Genero			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Hipotensión	0	0	2	100
hipertensión	18	16,7	32	16,7
Normal	90	83,3	158	82,3
Total	108	100	192	100

Fuente: Encuesta STEPS – Carpuela 2014

DISCUSIÓN:

Los factores de riesgo de enfermedades cardiovascular han evidenciado su impacto en la población mayor de los 21 años en el presente estudio. Se podría considerar que para efectos de un ordenamiento de importancia de ellos, los establecidos a través de la medición antropométrica son esenciales para evidenciar riesgo metabólico en relación con la Hipertensión Arterial y la diabetes, patologías motivo de referencia del presente estudio. (13) Específicamente el índice de masa corporal y el perímetro abdominal se relacionan directamente con el riesgo metabólico de padecer eventos cardiovasculares, principalmente por la presencia de sobrepeso, y obesidad en la población, relacionados con la implementación de una dieta adecuada.

Los otros factores de riesgo identificados resultan también importantes el consumo de tabaco y alcohol en la población hace evidente el riesgo.

Sin embargo en la población estudiada en la comunidad de Carpuela no se observan una prevalencia significativa de Hipertensión Arterial por lo que se considera que el seguimiento periódico a este grupo de estudio y a la población general será de utilidad para prevenir eventos cardiovasculares.

El establecimiento de medidas de promoción de la salud orientadas a la concientización sobre estos factores de riesgo en grupos poblacionales menores al escogidos en el estudio aportar a un mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad y la disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como las que han sido motivo de investigación.

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en el estudio podrán ser relevantes en varios espacios identificados de manera institucional, geográfica, niveles de gobierno.

Iniciamos con el nivel de participación ciudadana que podría apropiarse de los resultados para dar un seguimiento a participantes en

riesgo, la comunidad; así como la junta parroquial de Ambuquí a la cual pertenece la comunidad de Carpuela. Podría implementarse el estudio en otros sitios en los cuales se han identificado mayor prevalencia de Enfermedades Crónicas como Hipertensión Arterial y Diabetes, así como sus factores de riesgo.

En los niveles institucionales como los prestadores de servicios de salud especialmente públicos sería de utilidad como una línea base para posteriores estudios e intervenciones.

Así mismo con referencia a la academia, que al momento se encuentra en un proceso de involucramiento con la colectividad y el desarrollo de la investigación – acción, este estudio se constituye en un elemento motivar para dar continuidad a estos procesos.

AGRADECIMIENTO:

Para la ejecución de esta investigación el trabajo en equipo ha sido esencial, por lo que el agradecimiento va dirigido a docentes comprometidos con el trabajo investigativo y de relación con la comunidad y a los estudiantes que al realizar su accionar operativo han permitido que este trabajo culmine con éxito.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cause specific mortality and morbidity. World Health Statistics. Reporte estadístico. Ginebra - Suiza: OMS, Epidemiología; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Organización Mundial de la Salud; 2005.
3. Organización Panamericana de la Salud Ecuador. Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Ecuador. Boletín. Quito - Ecuador: Organización Panamericana de la Salud ; 2012.
4. J.M. Lobos AC. Factores de riesgo cardiovascular. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011 Enero - Marzo ; 27(1).
5. J. D. Epidemiología de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Scielo. 2005 Abril; 4(10).
6. M. José Medrano ECRBMDR. Factores de Riesgo cardiovascular en la población española.. Medicina Clínica. 2009 Marzo; 124(16).
7. Carrión Chambilla JMISyc. Índice de masa corporal, circunferencia abdominal y su impacto en los niveles de presión arterial. Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2002; 15(3).
8. Mauricio Hernández Ávila PhD FGLSLM. Diseño de estudios epidemiológicos. Revista de Salud Pública de México. 2000 Marzo - Abril; 42(2).
9. Organización Mundial de la Salud. Índice de Masa Corporal. Sobrepeso y Obesidad. 2014 Marzo.
10. Zuzunaga Gómez de la Barra AVM. Índice cintura-cadera y perímetro abdominal, su relación con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en una población femenina. LILACS. ;(pesquisa 484248).
11. Jorge Vega Abascal MGMLVA. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de enfermedades cardiovascular. Gaceta Sanitaria. 2013 Feb.
12. Cabrera de León ABHYMVTPA. Prevalencia de síndrome metabólico según las nuevas recomendaciones de la OPS. .
13. Daniel Ferrante BLJKAKMVSL. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Argentina. Ministerio de Salud Argentina. 2009.

Alexandra Elizabeth Chaglla Monge¹

aechaglla@utn.edu.ec

Artículo Científico
SITUACIÓN LABORAL DE LOS
EGRESADOS DE
ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL
NORTE, IBARRA- ECUADOR.

RESUMEN

Los criterios de calidad deben reflejar los objetivos globales de la educación superior, en particular la meta de cultivar en los alumnos el pensamiento crítico e independiente y la capacidad de aprender a lo largo de toda la vida. Dichos criterios deberían estimular la innovación y la diversidad (1). El mercado de trabajo ha vivido grandes transformaciones en los últimos años en una economía en continuo proceso de innovación y de cambio. La creciente flexibilidad del mercado demanda trabajadores diferentes a los de épocas anteriores: un “profesional flexible para una sociedad del conocimiento”, con nuevas habilidades profesionales (2). El objetivo de la investigación es el de evidenciar la situación laboral real de los egresados de Enfermería de Universidad Técnica del Norte mediante el análisis representativo de su entorno laboral. Se realizó una investigación descriptiva de los egresados de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte en el año 2013, utilizando como instrumento metodológico la encuesta. En cuanto a los resultados vemos que el 93% de los egresados se encuentran laborando ya sea en áreas públicas y privadas, demostrando la importancia de sus estudios superiores obtenidos en la Institución de Educación Superior. Además de adquirir capacidades

EMPLOYMENT STATUS OF NURSING GRADUATE TECHNICAL UNIVERSITY OF NORTHERN ECUADOR- IBARRA.

altamente calificadas en el desenvolvimiento en las áreas de trabajo potenciales, mejorando la empleabilidad y la relación universidad-sociedad.

Palabras Claves: situación laboral, empleabilidad, capacidad.

ABSTRACT

The quality criteria should reflect the overall objectives of higher education, in particular the goal of cultivating in students critical and independent thinking and the ability to learn throughout life. These criteria should stimulate innovation and diversity (1). The labor market has experienced major changes in recent years in an economy in continuous process of innovation and change. The increasing market demand flexibility different from earlier times workers: a “flexible professional for a knowledge society” with new professional skills (2). The aim of the research is to demonstrate the actual employment situation of graduates of Nursing Northern Technical University by the representative of their work environment analysis. A descriptive study of nursing graduates of the Te-

1- Especialista en gerencia y planificación estratégica en salud. Licenciada en enfermería

chnical University of the North was performed in 2013, using the survey as a methodological tool. As for the results we see that 93% of graduates are now working either in public and private areas, demonstrating the importance of their higher education obtained in the Higher Education Institution. Besides acquiring highly skilled in the development potential in the areas of job skills, improving employability and university-society.

The aim of the research is to demonstrate the actual employment situation of graduates of Nursing Technical University Nortemedianteel representative of their work environment analysis. A descriptive study of nursing graduates of the Technical University of the North was performed in 2013, using the survey as a methodological tool. As for the results we see that 93% of graduates are now working either in public and private areas, demonstrating the importance of their higher education obtained in the Higher Education Institution. Besides acquiring highly skilled in the development potential in the areas of job skills, improving employability and university-society.

Keywords: employment status, employability capacity.

INTRODUCCIÓN

En la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior de la UNESCO (1998), se puso en evidencia que en los comienzos del nuevo siglo se observa una demanda de educación superior sin precedentes, acompañada de una gran diversificación de la misma; y su misión de contribuir al desarrollo sostenible y el mejoramiento del conjunto de la sociedad, a través de la formación de ciudadanos responsables, mediante

programas constantemente adaptados a las necesidades presentes y futuras de la sociedad (3). Se planteó la necesidad de evaluar la pertinencia de la educación superior, en función de la adecuación entre lo que la sociedad espera de las instituciones y lo que éstas hacen; y, de ampliar y reforzar los vínculos entre la enseñanza superior, el mundo del trabajo y otros sectores de la sociedad, en razón del cambiante contexto socioeconómico y la aparición de nuevos modelos de producción (4). Teichler señala que, el creciente interés que se evidencia en los 90s del siglo anterior por evaluar la educación superior. Y puesto que, la mayoría de las evaluaciones sobre planes de estudios constituyen una mirada desde dentro de las instituciones educativas, surge la necesidad del examen de los resultados obtenidos como una tarea complementaria. El autor en referencia enfatiza que la inserción laboral de los graduados se considera como una medida muy importante de los resultados a la hora de evaluar las universidades y los planes de estudios; y, las encuestas a graduados, la clave para la obtención de la información requerida (5).

El enfoque de implicación y adquisición de habilidades de los estudiantes argumenta que el mejor modo de evaluar la calidad institucional es mediante la comprensión de la naturaleza de las experiencias de aprendizaje que tuvieron los egresados en la universidad, la implicación de éstos en los estudios, así como también la adquisición de habilidades profesionales y capacidades personales; se basa en indicadores relacionados con la efectividad de la enseñanza y el aprendizaje, la implicación de los egresados en sus estudios, la adquisición de habilidades o competencias relevantes y su aplicación en el trabajo (6). En los estudios de merca-

do laboral se analiza la relación entre el mercado laboral y las instituciones de Educación Superior, ya que estas actúan como intermediarias catalizadores de los deseos de demandantes y oferentes de oportunidades laborales del nivel profesional (7). Los estudios de mercado laboral se encuentran los estudios de egresados y empleados que realizan las instituciones de educación superior, los cuales buscan generar información que contribuya a mejorar la pertinencia de los planes de estudio y por ende mejorar las competencias de conocimientos, habilidades y destrezas, aplicando valores y demás herramientas que le permitan impactar positivamente en su desempeño laboral, por ello permite conocer la existencia de prácticas contractuales la vinculación con algunas instituciones educativas en particular el desarrollo de redes entre los profesionistas de una misma institución (8). La cuestión de la inserción laboral de los jóvenes universitarios es muy compleja pues la transición desde la universidad al mercado de trabajo presenta trayectorias cada vez más diversos (9). La aproximación de este trabajo concede un papel importante no solo a la situación de los universitarios en el mercado laboral, sino también a su evolución y las expectativas que tenían durante sus estudios en comparación con su situación actual (10). La actual oferta académica mantiene una organización curricular, medianamente actualizada para satisfacer las necesidades de las organizaciones empresariales públicas y privadas de la zona 1 del país, de ahí la necesidad de que su oferta esté ligada a las políticas públicas, que pretenden modificar la matriz productiva y de servicios en el Ecuador (11). La situación del mercado laboral de profesionistas en el país debiera llevar a replantear no sólo la política económica,

de manera que se promoviera mayor crecimiento de la producción y del empleo, sino también la política educativa nacional para promover que los esfuerzos por aumentar la cobertura en educación superior se ligen de manera efectiva a la pertinencia de las carreras y que los planes y programas de estudio de los diversos programas educativos se adecuen para que los estudiantes adquieran los conocimientos y habilidades que realmente requiere la sociedad (12). El análisis de la situación laboral en enfermería, permite mirar desde la academia, la demanda del mercado laboral, los factores que condicionan su inserción y retención laboral. La inserción en el mercado de trabajo es un tema de enorme trascendencia en las sociedades modernas, lo que ha concitado la atención de diversas disciplinas de los campos económico y educativo, provocado repetidos intentos por identificar los factores implicados en la inserción e instado al conocimiento de los procesos que siguen las personas para conseguir un empleo estable y la influencia del contexto en ambos elementos (13). De ahí la necesidad de realizar un análisis de la fuerza laboral en Enfermería, articulando el seguimiento de los egresados y graduados de la carrera, ya que estos estudios inciden en la toma de decisiones para reorientar los currículos universitarios en función de estudios que permitan sustentar los cambios requeridos, en función de los conocimientos, habilidades y actitudes para un desempeño laboral adecuado (14).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en función de las variables del estudio.

Se utilizó como técnica la encuesta con un cuestionario estructurado. Por la li-

mitación del acceso geográfico de los graduados se aplica el instrumento en forma personal, vía online y telefónica. Los datos obtenidos se analizaron utilizando el paquete informático Excel.

RESULTADOS

Los resultados indican que un alto porcentaje (93%) de los graduados se encuentra laborando actualmente en el área pública y privada, de los cuales el 80% laboran en instituciones públicas, el 41 % laboran en contratos por un año, el 76% se desempeñan en áreas de tipo operativo. El 66% mencionan que las capacidades adquiridas durante su formación profesional les fueron de gran ayuda para desempeñarse en el área laboral. Además un 50% mencionan haber obtenido su plaza de trabajo a través de una solicitud de empleo. Es importante señalar que un porcentaje considerado (43%) indican haber obtenido un lugar de trabajo durante su periodo de formación profesional. El grupo en estudio (66%) revela la importancia del trabajo en equipo y de las buenas relaciones personales como parte del desempeño laboral, el 48% señalan que el proceso de autoformación ha sido de gran importancia en su vida profesional.

En vista de cumplir con lo establecido en el convenio a nivel nacional con las escuelas de enfermería, La promoción del 2013 se encuentra cumpliendo el año de salud rural obligatorio en unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, requisito indispensable para el ejercicio profesional en Enfermería, actividad muy relevante ya que les permite abrirse campo en el área laboral.

DISCUSIÓN

Al analizar y sintetizar la información obtenida se consiguió conocer que los

graduados de la carrera de Enfermería en su mayoría ejercen las funciones propias de su profesión que la obtuvieron y que ello ha sido muy importante en su desempeño profesional, el contar con un área de trabajo que les permita sobrevivir y sustentar a su familia. En cuanto a las capacidades adquiridas en su proceso de formación profesional la carrera les suministro varias las cuales han sido muy indispensables dentro de su lugar laboral. Sin embargo cabe mencionar que aquellas capacidades que se encuentran en el rango mediano tienen que ser desarrolladas por cada uno de ellos para conservar su estabilidad dentro de sus ámbitos de trabajo.

Al exponer sobre la situación actual laboral de los graduados de enfermería se determinó que un 93% de ellos se encontraban trabajando con ingresos económicos muy buenos, en la mayor parte lo realizaban en áreas de salud pública y privada en el nivel operativo, sin embargo sentían cierto malestar por el sistema actual de contratación ya sea mensual o semestral o anual por dos periodos consecutivos, lo que no garantiza una estabilidad laboral impidiendo la necesidad de concursos de merecimientos y oposición que les beneficiaría.

Al considerar las capacidades de los graduados que obtuvieron en su periodo de formación de pregrado y que en la actualidad son aplicadas en su trabajo actual observamos que en mayor parte estas competencias son ya desarrolladas en el lugar de trabajo actual de los graduados, sin embargo estas capacidades tienen que ser más aun avanzadas para que ellos logren mayor posicionamiento en el lugar de trabajo actual donde se desempeñan. Al analizar la satisfacción de los gra-

duados en su trabajo actual, se determina ciertos aspectos que incidieron directamente en la estabilidad laboral de ellos, además de lograr trabajar en actividades que ofrecen retos con la mejora de aplicación de los conocimientos, destrezas y habilidades adquiridas durante sus años de estudios para alcanzar mayor estabilidad en el trabajo desempeñado.

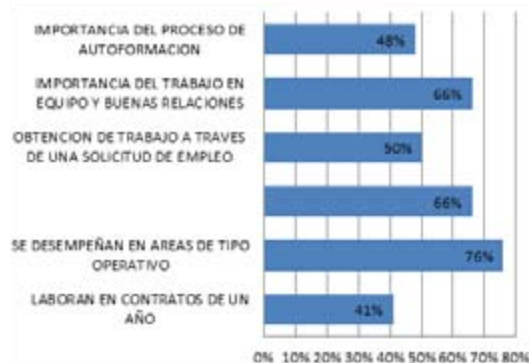
Los graduados de la carrera de Enfermería al aducir sobre la situación actual de ellos, acotaron muchos de ellos que sus lugares de trabajo tienen relación con los estudios que adquirieron en sus periodos de formación de pregrado los mismos que fueron importantes e indispensables para mantener la estabilidad en sus lugares de trabajo. Los aspectos expuestos han influido de manera positiva para que los graduados de Enfermería obtengan mayores experiencias enriquecedoras para su vida profesional y a su vez sea un aporte más para el desarrollo personal de cada uno de ellos.

Figura 1.- Situación Laboral de los Egresados de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte. Ibarra-Ecuador periodo 2012-2013



Fuente: Carrera de Enfermería.
Elaborado: Lic. Alexandra Chaglla M.

Figura 2. Resultados de la Situación Laboral de los Egresados de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, Ibarra-Ecuador periodo 2012-2013. Fuente: Carrera de Enfermería. Elaborado: Lic. Alexandra Chaglla M.



CONCLUSIÓN:

La inserción laboral ha quedado aquí incluida en procesos más amplios de consecución de la autonomía personal con la emancipación del hogar familiar. El acceso al mundo del trabajo supone, en la práctica, el acceso a la adultez y a la vida autónoma, por lo que las reflexiones realizadas por los universitarios han tenido como referencia también este tipo de procesos.

Por su parte, las instituciones universitarias deben adecuar las titulaciones a las necesidades de nuestra sociedad, tratando de establecer una vinculación continua y más estrecha con los empleadores, sean tanto organismos públicos como empresas privadas. En la misma línea, la oferta de plazas debería regularse teniendo en cuenta tanto la información obtenida por los estudios de inserción laboral de los egresados, como de las proyecciones de las necesidades futuras de empleo cualificado (15). Las universidades como tal son formadoras de capital humano entendiendo este como el valor que puede generar la capacidad de los individuos. En la actualidad los sistemas educativos han sufrido presiones, resultado del desarrollo económico y tecnológico a nivel mundial. La importancia que se le otorga al capital humano en todos sus aspectos en un mundo globalizado como el actual, ha crecido y se ve reflejado

en los estudios que se realizan (16). A través de la presente investigación, se evidencia que la situación laboral real de los graduados/os está bien posicionada dentro del mercado laboral considerando las ofertas y demandas de los sectores que brindan servicios de salud.

La formación profesional obtenida por los egresados de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte contribuye con la aplicación de los conocimientos adquiridos, de alcanzar habilidades, actitudes y valores necesarios para lograr las competencias profesionales necesarias, en una sociedad que busca profesionales eficaces y eficientes con capacidad de adaptación a las situaciones complejas y cambiantes per-

mitiendo satisfacer las demandas del mercado laboral.

AGRADECIMIENTOS:

Especial gratitud a la Mgs. Janeth Vaca por la ayuda técnica en el desarrollo investigativo del presente artículo.

Además de contar con el respaldo de autoridades de la Universidad Técnica del Norte específicamente de la Facultad de Ciencias de la Salud: Dra. Mariana Oleas-Decana FCCSS, MSc. Rocío Castillo- Subdecana FCCSS, Lic. Geovanna Altamirano- Coordinadora Carrera de Enfermería.

Agradecimiento a la MSc. Amparito Barahona, MSc. Gladys Ramírez, por la colaboración en la redacción del artículo científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. UNESCO. Conferencia Mundial Sobre la Educación Superior. Comunicado. Paris;; 2009.
2. Ministerio de Educación Nacional. El Desarrollo de la Educación en el siglo XXI. Colombia;; 2010.
3. UNESCO. Conferencia Mundial Sobre la Educación Mundial. Comunicado. Paris;; 1998.
4. UNESCO. Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe. Comunicado. Cartagena de Indias;; 2008.
5. Teichler. Aspectos Metodológicos de las Encuestas a los Graduados Universitarios Alemania; 2003.
6. Cabrera A. WD,ZB. "Encuestas a egresados: tres fundamentos conceptuales en el seguimiento de egresados universitarios".. segunda edición ed. Alemania ; 2003.
7. Alejandro ML. La Educación Superior y el Mercado de Trabajo Profesional. 2001; III.
8. Ramírez ME. Inserción al Mercado Laboral de los Profesionistas de la UACJ México; 2009.
9. Universidad de la Laguna. Observatorio para el Seguimiento de Inserción Laboral España; 2010.
10. Universidad de A. Coruña. La Inserción Laboral de los Graduados de la U. de Coruña Coruña; 2010.
11. UNESCO. Situación de América Latina y el Caribe: Hacia la Educación para todos en el 2015. Comunicado. Chile ;, Santiago; 2015.
12. Montes BBfyKL. La Situación del Mercado Laboral de los Profesionistas. Scielo. 2010 diciembre; 39.
13. Chaglla. A. Estudio de Empleabilidad de los Graduados de la Carrera de Enfermería. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Ibarra; 2013.
14. Agencia Nacional de la Evaluación y Acreditación. Los Procesos de Inserción Laboral de los Titulados de España España; 2013.
15. Instituto de Análisis Industrial y Financiero de la Universidad Complutense. Inserción Laboral y Calidad del Empleo de los Licenciados de la Universidad Complutense Madrid; 2009.
16. Ramírez ME. Inserción al Mercado Laboral de los Profesionistas de la UACJ México; 2009.

Guadalupe Rosero Ortega¹
Carlos Alberto Aguinaga Del Hierro²
Alejandra Maribel Gómez Gordillo³
Gabriela Patricia Zumárraga Andrade⁴

guadalupe_roo@yahoo.com

Artículo Científico

COMPARACIÓN DEL USO DE LA HARINA DE SEMILLA DE AMARANTO Y OTROS TIPOS DE HARINA EN LA ELABORACIÓN DE PANES TRADICIONALES DEL ECUADOR

RESUMEN

La comparación de la harina de semilla de amaranto (*Amaranthus caudatus*) y otros tipos de harina en la elaboración de panes tradicionales ecuatorianos como bizcocho de té, moncaibas y pan de cuajada, se lo realizó debido a que el amaranto es un cereal muy rico en proteínas el cual podría dar un valor nutricional más alto, por la cantidad de aminoácidos esenciales que tiene, aportando a la dieta no solo carbohidratos sino también proteínas, se realizó la preparación con harina de trigo para muestras testigo y a las muestras a analizar se las añadió un diez por ciento de harina de amaranto, se verificó con pruebas organolépticas, si es tecnológicamente procesable y con análisis de las tablas nutricionales de los productos su aporte nutricional.

Como resultado se obtuvo que los panes elaborados con la harina de amaranto, tienen un valor nutricional más alto en aminoácidos esenciales como el triptófano que no tiene el trigo. La adición de la harina de amaranto no altera las características organolépticas del producto, a pesar de no tener gluten, el remplazo de un porcentaje de harina de amaranto en vez de harina

COMPARING THE USE OF AMARANTO'S SEED FLOUR AGAINST OTHER TYPES OF FLOUR INTO PRODUCTION OF BREAD IN ECUADOR

de trigo mejora nutricionalmente al pan y no afecta en su textura original.

PALABRAS CLAVE: Amaranthus, Aminoácidos Esenciales, Pan, Nutrición en Salud Pública, Harina.

ABSTRACT

Comparison of seed flour amaranth (*Amaranthus caudatus*) and other types of flour in the production of traditional Ecuadorian breads like cake tea moncaibas and bread curd is done because that amaranth is a very rich cereal proteins which would give a higher nutritional value, in the amount of essential amino acids having, contributing to not only carbohydrates, but also protein diet, the preparation with wheat flour for control samples and test samples is performed is the added ten percent of amaranth flour, verified with organoleptic, if technologically and actionable analysis of nutritional products tables nutritional intake.

1- Magister en educación a distancia. Licenciada en administración hotelera

2- Licenciada en administración y dirección de empresas turísticas.

3- Ingeniera de alimentos.

4- Ingeniera en administración hotelera.

As a result as breads made with amaranth flour, have a higher nutritional value of essential amino acids such as tryptophan that has no wheat. The addition of amaranth flour does not alter the organoleptic characteristics of the product, although having no gluten, the replacement percentage amaranth flour instead of flour and bread improvement nutritionally not affect its original texture.

KEY WORDS: Amaranthus, essential amino acids, bread, Nutrition, Public Health, flour.

INTRODUCCIÓN

El amaranto pertenece a la familia de las Amaranthaceae, estas son plantas anuales de las cuales existen unos 60 géneros y 800 especies. Por el valor de sus semillas comestibles, se cultivan tres especies de amaranto: *A. hypochondriacus*, *A. cruentus* y *A. caudatus*. *Amaranthus caudatus* es cultivado en los países andinos, y en Argentina; *A. cruentus* se localiza en el este de Norteamérica, las tierras altas tropicales de México, Centroamérica y Sudamérica y *A. hypochondriacus* puede encontrarse en el oeste de la sierra madre en México. (Cabrera, 1987)

Los amarantos son plantas de hoja ancha, caracterizadas por ser de los pocos “no-pastos” que producen cantidades significativas de grano con características de cereal comestible, por lo que se clasifica como “pseudocereal”. El amaranto es una de las pocas dicotiledóneas que posee el ciclo fotosintético C-4, de alta eficiencia, por lo que crece vigorosamente, resiste sequías, alta radiación, calor y plagas y se adapta fácilmente a nuevas tierras y ambientes. (Manso & Pineda, 2009) *Amaranthus Caudatus* fue introducido en el Ecuador a partir de 1988, el mismo que

ha demostrado adaptabilidad en suelos Andinos. (Pérez & Luzuriaga, 2010)

El pan a través de la historia ha sido un producto de primera necesidad por su alto consumo diario en la población, por lo que los productos elaborados con adición de harina de semillas de Amaranto proporcionan proteínas de calidad al contener aminoácidos esenciales como el triptófano y la lisina. Al utilizar la harina de Amaranto en la elaboración de panes ecuatorianos, se apreció que los panes con el 10 % de harina de semilla de Amaranto no demuestran diferencia ni en su vida útil ni en el sabor, por lo que estos productos pueden ser introducidos fácilmente a los clientes para la alimentación diaria. Mediante la identificación de los componentes nutricionales del amaranto y determinar las propiedades organolépticas de los productos de panadería elaborados con la harina de semilla de amaranto, podemos comparar los componentes nutricionales y organolépticos de los panes elaborados con harina e Amaranto con los panes a base de harina de trigo. (Banks, 2014)

MATERIALES Y MÉTODOS

En la realización de esta investigación se han usado materiales correspondientes a la repostería tradicional se puede enumerar los siguientes: Batidoras eléctricas, batidoras manuales, horno de convección (Rational), tamizador, bowls, latas para horno y silpats. El método que se ha utilizado en esta investigación es experimental se usó en la elaboración de recetas de panes ecuatorianos conocidos reemplazando la harina de trigo con harina de amaranto hasta llegar al 10 % de harina de amaranto en las recetas de biscochos de té, pan de cuajada y moncaibas, los cuales son panes tradicionales ecuatorianos, esto permitió tener una consis-

tencia del pan adecuada sin alterar sus características organolépticas.

El método de elaboración de los panes es el de panificación básica que se resume en:

- * Se empieza con el pesado de los ingredientes.
- * Se mezclan los ingredientes secos tamizados.
- * A parte se crema los elementos líquidos la mantequilla, azúcar y las esencias.
- * Se incorpora a los ingredientes secos utilizando la técnica del volcán los ingredientes cremados, y se mezcla no se amasan hasta tener una textura uniforme.
- * Se porciona y se deja reposar, en el caso del pan de cuajada dejar leudar por unos 20 minutos.
- * Se da la forma del pan y se procede a barnizar con huevo y a hornear.

Con más detalle se puede observar en las recetas básicas de cada pan.

Para la obtención de los resultados comparativos de los panes con harina de trigo y con harina comparativa se usó un método de muestreo no probabilístico el muestro por cuotas se reunió un número de individuos con determinadas condiciones que en nuestro estudio fueron profesionales en el área de gastronomía los que determinan a través de un cuestionario las características organolépticas de los diferentes productos.

Por último para determinar el aporte nutricional de la harina de amaranto en los diferentes panes se usó el método comparativo de investigación en el cual se comparó el aporte nutricional de los panes realizados con harina de trigo y de los panes con un porcentaje de un 10% de harina de amaranto en su mezcla. Se usó la calculadora nutricional para

obtener los valores nutricionales de las recetas (<http://www.seh-lelha.org/calena.aspx>) y la composición conocida de los productos usados que se encuentra en los envases de los mismos.

RESULTADOS

Los bizcochos de té en el Ecuador son muy comunes como bocaditos, en ocasiones especiales, se suele acompañar con café o té y tienen un tamaño pequeño, después de haber realizado un focus group con personas expertas, docentes y estudiantes de la carrera de Gastronomía, se obtuvo que la mayoría de personas les resulto agradable, en cuanto a color, olor y sabor, el bizcocho de té adicionado con harina de amaranto, lo cual quiere decir que es importante su preparación, ya que este es un ingrediente que añade un valor nutricional muy rico en proteínas, sin afectar sus propiedades organolépticas.

Las moncaibas en la Gastronomía ecuatoriana son un dulce que se puede degustar como pastelería tradicional, son galletas suaves las cuales son muy típicas de la región norte del país, en la presente investigación se añadió un porcentaje de harina de amaranto, para su elaboración y después del focus group realizado se obtuvo que, a más de la mitad de las personas invitadas a la degustación de pareció agradable el producto, por lo tanto si se recomienda su preparación con la harina de amaranto, ya que aumenta su calidad nutricional.

El pan de cuajada es típico de Colombia de la zona de Nariño, se lo empieza a preparar desde hace unos cuarenta años, por la gran cantidad de producción lechera, se empezaron a quedar sin comercializar muchas cuajadas de leche, lo cual hizo que las personas de la zona de Nariño hagan algo con este ingrediente, convirtiéndolo así en un

pan, pues en la presente investigación a más de los ingredientes típicos, se ha remplazado un porcentaje de harina de trigo con harina de amaranto, lo cual dará un valor nutricional proteico importante, después de realizar el focus group para determinar si las características organolépticas especialmente el gusto, cambiarían o no se obtuvo que la mayoría de personas les resulta agradable el producto y un porcentaje menor como exquisito, lo que quiere decir que es una muy buena opción reemplazar un poco de harina de maíz con harina de amaranto ya que su sabor sigue siendo agradable para las personas.

La cantidad de proteína que contiene la harina de amaranto, nutritivamente sube la calidad del bizcocho de té, cuajada y la moncaiba que sería importante consumirlo, ya que la población del Ecuador tiene mayoritariamente una dieta con base de hidratos de carbono, y deficiente en proteína. La proteína del amaranto cuenta con buena calidad de aminoácidos esenciales, lo cual aporta a la nutrición humana.

Por otro lado la cantidad de micronutrientes como vitaminas del complejo B y retinol, a comparación de la composición nutricional del bizcocho tradicional con harina de trigo casi es similar, con la diferencia de que el amaranto tiene triptófano y alicina que son aminoácidos esenciales y la calidad de los nutrientes del amaranto son mejores que las del trigo.

Si bien es cierto para poder adicionar o sustituir un ingrediente por otro en cualquier preparación se debe hacer pruebas para o afectar las características organolépticas del producto final o de otro modo mejorarlas, para esto se debe entender si el ingrediente a utilizar, en este caso la harina de amaranto es tecnológicamente procesable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. La harina de amaranto se observa que es más compleja, que la harina de trigo presente elementos adicionales en su composición química. Tienen un aporte energético de aproximadamente 25% en calorías, en comparación a las harinas de trigo que hemos utilizado además aporta un incremento en proteínas y aporta vitaminas y aminoácidos que no existen en la harina de trigo. En principal inconveniente en su uso es que presenta un aumento en las grasas. Su aplicación depende lo que se quiera alcanzar en al campo nutricional o de características organolépticas.

2. En cuanto a las propiedades organolépticas del producto el estudio del focus group que se hizo con profesionales del área se comprobó que la variación de las características no fue muy importante y en cualquier caso agradable, en la proporción utilizada del 10% de harina de amaranto en relación a otras harinas.

3. En la proporción del 10% de harina de amaranto comparando las recetas elaboradas con harinas normales en el campo nutricional se observa un incremento no muy importante el cual se iría incrementando si aumentamos la proporción de harina de amaranto, lo cual podrían sin embargo influir en las características organolépticas. El mayor aporte se observa en el incremento nutricional en cuanto a la cantidad de energía, carbohidratos, vitaminas y aminoácidos esenciales en los panes realizados con harina de amaranto.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación ha sido posible realizarlo gracias al apoyo de los estudiantes de la Carrera de Gastronomía y la colaboración del Ing. Santiago Falcón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGROPECUARIO INADI. INIAP-Alegría primera variedad mejorada de amaranto para la sierra ecuatoriana. Boletín Divulgativo. 1994.
2. Ariso L. Avena y otros cereales para tu salud. In.: OCEANO S.L; 2009.
3. Banks R. La panadería de los dulces. In.: La Galera; 2014.
4. Barriga X. Panadería artesana, tecnología y producción. In. Barcelona: Montaqud; 2013.
5. Beranbaum L. La biblia del pan. In. España: RBA; 2014.
6. Bertinet R. Panes 5 tipos de masa para elaborar 50 tipos de pan. In. Barcelona: Blume; 2013.
7. Boucher F, Muchnik J. Agroindustria rural. Recursos técnicos y agroalimentación Dewey: CIRAD; 1995.
8. Cabrera CN. El cultivo de amaranto Quito : INIAP; 1987.
9. Cauvain S, Young L. Productos de panadería. Ciencia, tecnología y práctica. In. Zaragoza: Acribia; 2008.
10. Cobo I, Erazo G. Panes del Ecuador. In.: Monsalve Moreno Cia. Ltda; 2009.
11. Duarte S, Chiriboga F. Estudio de factibilidad para la creación de una microempresa de producción y comercialización de amaranto en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. In.; 2013.
12. Fiset J, Blais E. El libro del pan Montreal: Robinbook; 2007.
13. Guevara S. Plan estratégico de amaranto de la unión de comunidades indígenas y campesinas de Mariano Acosta UCICMA Cantón Pimampiro. In.; 2014.
14. Herrera S, Montenegro A. AMARANTO: prodigioso alimento para la longevidad y la vida. Tendencias Gastronómicas. 2012 Agosto 17;; p. 1-17.
15. Humanes J. Pastelería y Panadería. In. España: MCGRAW-HILL; 1994.
16. Italia O. Notas sobre la sistematización de las especies agrícolas locales en el cantón Cotacachi. 2011.
17. Levapan. Levapan. [Online].; 2013 [cited 2014 07 21. Available from: HYPERLINK "<http://www.levapan.com/Portals/0/Recetas%20panaeder%C3%ADa/Pan%20cuajada.pdf>" <http://www.levapan.com/Portals/0/Recetas%20panaeder%C3%ADa/Pan%20cuajada.pdf> .
18. Manso L, Pineda F. EVALUACIÓN PRELIMINAR DE 20 VARIEDADES DE AMARANTO EN PANAMÁ: Universidad Tecnológica de Panamá; 2009.
19. Miralbés C. Enzimas en panadería. Cuadernos de panificación. In. Barcelona: Montaqud; 2000.
20. Monreal A, Cruz I. Guía para elaborar pan en casa. In. Barcelona; 2014.
21. Morales J, Vásquez N, Bressant R. EL AMARANTO. Características físicas, químicas, toxicológicas y funcionales y aporte nutricio. In. México, D.F.: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2009.
22. Nagy-Kochmann N. Pan hecho en casa. Cocina BIO. In. Barcelona: Hispano Europea; 2012.
23. Navarrete G, Ruiz D. Elaboración de galletas de trigo (*triticumaestivum*) enriquecidas con harina de amaranto (*amaranthus tricolor*). In.; 2012.
24. Nieto. FAO. [Online].; 1990 [cited 2014 07 21. Available from: HYPERLINK "<http://www.rlc.fao.org/es/agricultura/produ/cdrom/contenido/libro01/Cap7.htm>" <http://www.rlc.fao.org/es/agricultura/produ/cdrom/contenido/libro01/Cap7.htm> .
25. Ortiz R. EL AMARANTO. Historia y perspectivas. In. México,D.F: Yug; 1997.
26. Peralta E, Villacreces E, Mazón N, Rivera M, Subía C. El ataco, sangorache o amaranto negro en Ecuador Quito : INIAP; 2008.
27. Pérez C, Luzuriaga O. QUÍMICA DE ALIMENTO Quito: Facultad de Ciencias Quí-

- mias de la Universidad Central del Ecuador; 2010.
28. Pérez N, Mayor G, Navarro V. Proceso de pastelería y panadería. Hostelería y turismo. In. Madrid: Paraninfo; 2003.
 29. Picatas C, A V. Técnicas de pastelería, panadería y conservación de alimentos. In. Madrid: Síntesis; 1997.
 30. Pineda S. Procesos de elaboración de alimentos y bebidas Madrid: Mundiprensa; 2003.
 31. Polío Md. Preparación de alimentos en zonas rurales El Salvador: CENTA; 1993.
 32. Receta ecuatoriana. [Online].
 33. Repostería y Panadería paso a paso. In. España: Parragon; 2011.
 34. Reyna T. Investigaciones recientes sobre el amaranto México: Universidad Autónoma de México; 1988.
 35. Rosada D, Martínez J. PAN. Sabor y Tradición. In.
 36. Tjerina JL, Arenas R. Guía para el aprovechamiento del amaranto Madrid: SECAB; 2005.
 37. Torreblanca P. La cocina dulce. [Online].; 2014 [cited 2014 07 21. Available from: HYPERLINK "http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27681_La%20cocina%20dulce.pdf" http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/28/27681_La%20cocina%20dulce.pdf .
 38. Treviño M. Gastronomía del Amaranto (Alegría o Huatli). In. México: Universidad Autónoma de Chapingo; 1997.
 39. Valderama J. Información tecnológica Santiago: CONICYT; 1999.
 40. Yarza I. Pan casero. In. España: Larousse; 2013.
- Otras fuentes:
41. http://books.google.com.ec/books?id=GzAX_GN7HbwC&pg=PA28&dq=amaranto&hl=es&sa=X&ei=c9zsU8mgLI7ksATi8YJA&ved=0CBkQ6AEwAA#v=onepage&q=amaranto&f=false
 42. <http://books.google.com.ec/books?id=4YDnLaVErwwC&printsec=frontcover&dq=amaranto&hl=es&sa=X&ei=c9zsU8mgLI7ksATi8YJA&ved=0CB4Q6AEwAQ#v=onepage&q=amaranto&f=false>
 43. <http://books.google.com.ec/books?id=B5MzAQAAMAAJ&pg=PA24&dq=amaranto&hl=es&sa=X&ei=c9zsU8mgLI7ksATi8YJA&ved=0CDMQ6AEwBQ#v=onepage&q=amaranto&f=false>
 44. http://books.google.com.ec/books?id=ezZ_C5thpFgC&pg=PA16&dq=harina+de+amaranto&hl=es&sa=X&ei=UOnsU7ahA7DIsATusIKwBw&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=harina%20de%20amaranto&f=false
 45. <http://books.google.com.ec/books?id=jyAOAQAIAAJ&pg=PA107&dq=harina+de+amaranto&hl=es&sa=X&ei=UOnsU7ahA7DIsATusIKwBw&ved=0CCcQ6AEwAw#v=onepage&q=harina%20de%20amaranto&f=false>
 46. <http://books.google.com.ec/books?id=mRsPAQAIAAJ&pg=PA38&dq=harina+de+amaranto&hl=es&sa=X&ei=UOnsU7ahA7DIsATusIKwBw&ved=0CDwQ6AEwBw#v=onepage&q=harina%20de%20amaranto&f=false>
 47. <http://books.google.com.ec/books?id=X-7X-xcs044C&printsec=frontcover&dq=PAN&hl=es&sa=X&ei=4yPtU6BT9L6xBNfXgvAN&ved=0CC8Q6AEwBA#v=onepage&q=PAN&f=false>
 48. <http://books.google.com.ec/books?id=PxrIhy9UbZkC&pg=PA110&dq=elaboracion+de+pan&hl=es&sa=X&ei=Ty7tU5SHEqG-sQSnxILIDQ&ved=0CBkQ6AEwAA#v=onepage&q=elaboracion%20de%20pan&f=false>
 49. <http://books.google.com.ec/books?id=mmyvX6SSagC&pg=PA12&dq=elaboracion+de+pan&hl=es&sa=X&ei=Ty7tU5SHEqG-sQSnxILIDQ&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=elaboracion%20de%20pan&f=false>
 50. <http://books.google.com.ec/books?id=am4zAQAAMAAJ&pg=PA28&dq=elaboracion+de+pan+ecuatoriano&hl=es&sa=X&ei=RTDtU4OjPOTNsQTX4IHABA&ved=0C>

Carmen Elizabeth Cabascango Cabascango¹
Amparo Celina Guerrero Guevara²
Rosa del Pilar López Ruales³

celuz@hotmail.es

Artículo Científico

RESULTADOS DEL PROGRAMA ECUADOR EJERCÍTATE EN MUJERES ADULTAS DE LA CIUDAD DE OTAVALO.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados del Programa Ecuador Ejercítate en mujeres adultas.

Metodología: Estudio observacional, longitudinal a 67 mujeres con edad promedio 33.8 años incorporados al Programa Ejercítate Ecuador, Otavalo, Imbabura. Se aplicó una encuesta socio económico, cultural y principalmente de salud física y emocional a los participantes. Se tomaron medidas antropométricas para Índice de Masa Corporal (IMC) en dos valoraciones con una diferencia de seis meses.

Resultados: El promedio de peso en la primera valoración antropométrica fue de 69.5 Kg y en la segunda fue de 67Kg, con una pérdida de peso de 2,5 Kg, a pesar de no ser estadísticamente significativo muestra un cambio importante en seis meses.

Conclusión: La práctica continua de ejercicio físico junto a una dieta hipocalórica y la eliminación de factores estresantes en conjunto contribuyen a la pérdida de peso como fue demostrado en esta investigación, en la que la actividad física y conductas de vida activa y saludable mejoraron la calidad de vida y la percepción sobre autocuidado para mejorar la salud física y emocional de mujeres adultas. Es conveniente realizar investigaciones similares que aumenten el tiempo de intervención y

se fortalezcan con valoración médica y exámenes de laboratorio para ofrecer una intervención integral.

Palabras clave: ejercicio, estilo de vida, obesidad

ABSTRACT

Objective: To evaluate program outcomes Ecuador Practice adult women.

Methods: Observational, longitudinal 67 women with a mean age 33.8 years incorporated into Practice Ecuador, Otavalo, Imbabura Study Program. A survey of economic, cultural and mainly physical and emotional health partner participants was applied. Anthropometric measurements for body mass index (BMI) in two reviews with a difference six months were taken.

Results: Mean weight at first anthropometric assessment was 69.5 kg and the second was 67Kg, with a weight loss of 2.5 kg, although not statistically significant showing a substantial change in six months.

Conclusion: Continuous physical exercise with a reduced calorie diet and eliminating stressors all contribute to weight loss as demonstrated in this research, in which physical activity and behavior of healthy and active life improved quality of life and self-percep-

1,2- Licenciada en Enfermería

3. Magister en docencia universitaria e investigación. Licenciada en enfermería

tion to improve physical and emotional health of older women. It is desirable to conduct similar research to increase the time of intervention and are strengthened with medical evaluation and laboratory tests to provide comprehensive intervention.

Key words: exercise, lifestyle, obesity.

INTRODUCCIÓN

Existe consenso internacional respecto a los beneficios que la actividad física tiene en la salud y la calidad vida, constituyéndose como el factor protector por excelencia. Se ha demostrado ampliamente su efecto en promover, recuperar y mantener la salud. La evidencia más reciente demuestra los beneficios de la actividad física regular de intensidad moderada, cuando es realizada en forma continua o acumulada completando un mínimo de 30 minutos diarios. (1) (2) (3)

El ejercicio físico es una variedad de actividad física recreativa, que se realiza en momentos de ocio o de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad laboral. Es una afición que obtiene una vivencia placentera, comunicativa, creativa y social de nuestras prácticas corporales. Implica la realización de movimientos corporales planificados y diseñados específicamente para estar en forma física y gozar de buena salud. Este incluye el de gimnasia, baile, deporte y educación física. (4)

Según datos estadísticos de la OMS y OPS la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los

casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

El riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en la vida adulta, en ambos sexos, bordea entre los 30 y 50 años. Según la Organización Mundial de la Salud, los portadores del síndrome metabólico son propensos, tres veces más, a sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebro vascular, que aquellos que no lo tienen. (1)

En el caso de Ecuador, la nueva pandemia del siglo, la obesidad ha cambiado la tendencia de la mortalidad. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), las principales causas de mortalidad en 2010 fueron las enfermedades hipertensivas con el 7%, la diabetes 6,5%, las cerebro vasculares 5,3%, todas ellas relacionadas con el Síndrome Metabólico. Significando que por lo menos cinco de cada diez personas adultas presenta sobrepeso. (5)

De acuerdo a estudios de prevalencia realizados por el MSP la provincia que mayores novedades registró fue Pichincha, con 9.541 fallecimientos; le siguió Guayas, con 8.340; Santa Elena, con 4.313. En cuarto lugar se situó Tungurahua (829), seguida por Cotopaxi (781) e Imbabura (453). (6)

La preocupación sobre el sobre peso y su influencia en la calidad de vida y en el apareamiento de enfermedades crónicas degenerativas ha provocado que la Organización Mundial de la Salud elabore la Estrategia Mundial que tiene cuatro objetivos principales:

- Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inacti-

vidad física a través de medidas de salud pública.

- Incrementar la concienciación y los conocimientos acerca de la influencia de la dieta y de la actividad física en la salud, así como de los efectos positivos de las intervenciones preventivas.
- Establecer, fortalecer y aplicar políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar las dietas y aumentar la actividad física que sean sostenibles e integrales, y cuenten con la participación activa de todos los sectores.
- Seguir de cerca los datos científicos y fomentar la investigación sobre la dieta y la actividad física. (7)

En síntesis, el análisis de la literatura demuestra la necesidad de intervenciones poblacionales para aumentar la actividad física y reducir los riesgos de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que sean pertinentes a la realidad económica, social y cultural de cada país y consideren las recomendaciones internacionales. (8) (9) Finalmente el objetivo de este estudio es evaluar los resultados del Programa Ecuador Ejercítate en mujeres adultas mediante la valoración de cambios en su peso, IMC para medir la influencia que la actividad física en la adopción de conductas de vida activa y saludable, a partir de una valoración inicial y otra final seis meses más tarde.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Es un estudio observacional, longitudinal a 67 mujeres adultas con una edad promedio 33.8 años incorporados al Programa Ejercítate Ecuador, en la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura.

La intervención implicó aplicar una encuesta para obtener información socioeconómica, cultural y principalmente de percepción de salud física y emocional entre los participantes del programa. Se tomaron medidas antropométricas y se calculó de índice de masa corporal (IMC) en una primera valoración y otra subsecuente seis meses después a las mismas participantes.

SUJETOS DE ESTUDIO

Fueron 67 mujeres con edades que varían entre 20 a 61 años de edad, que participaron en el programa Ecuador Ejercítate entre los meses de Febrero a Agosto 2013.

INTERVENCIÓN

Se realizó una valoración física general con el uso de medidas antropométricas y signos vitales, la encuesta permitió obtener datos significativos en relación a sus hábitos dietéticos, de actividad y ejercicio y principalmente problemas de salud. Y en una segunda valoración se aplicaron los mismos instrumentos 6 meses después.

Etapas y actividades del programa

1. Valoración de signos vitales, medidas antropométricas y determinación de IMC
2. Encuesta de conductas activas y problemas de salud
3. Determinación de actividad física y/o recreacional: frecuencia, intensidad, influencia en la condición de salud
4. Evaluación subsecuente a los 6 meses

RESULTADOS

Los resultados de la investigación pueden resumirse en cambios en el el

peso, el perímetro abdominal como un indicador de posibles riesgos y la percepción de las participantes sobre su propia salud.

- En la Tabla 1 muestra que el promedio de peso en la primera valoración antropométrica fue de 69.5 Kg y en la segunda medición fue de 67Kg, siendo la diferencia de pérdida de peso promedio 2,5 Kg, dato que estadísticamente no es significativo pudiendo ser la causa el corto intervalo de tiempo entre la realización de las dos valoraciones, sumándose que el 40% de las participantes no consumían una dieta balanceada. La práctica continua de ejercicio físico junto a una dieta hipocalórica y la eliminación al máximo de los factores estresantes es todo un conjunto que contribuye a la pérdida de peso.

Tabla 1
Medidas antropométrica

Tabla 1
Medidas antropométrica

MEDIDAS	PROMEDIO	PROMEDIO	DIFERENCIA
ANTROPOMETRICAS	INICIO	TERMINO	
PESO kg	69.5	67	2.5
TALLA cm	1.56	1.55	1
PERIMETRO			
ABDOMINAL cm	88	83	5
IMC kg/cm ²	29.2	26.3	2.9

Fuente: Resultados de encuesta aplicada a los participantes del programa

- La mediana de pérdida en centímetros en la primera medición del perímetro abdominal fue 97.0 y en la segunda es de 95.0, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa.

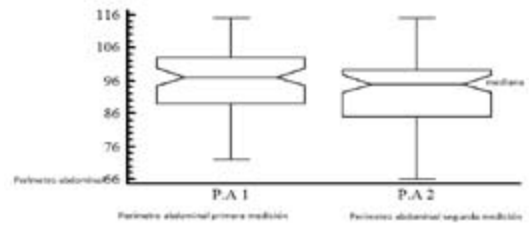


Gráfico 1. Mediana de Perímetro abdominal.

- Respecto a los principales beneficios logrados en las sesiones de ejercicio físico, la evaluación por parte de los usuarios se muestra en la Tabla 3, destacando que la percepción de una mejor salud es del 100% y que la mayoría de los beneficios fueron considerados por más del 66% de los usuarios. Se observa que identificaron más diferencias, en el área psicosocial (compartir con amigos, estar más alegre y mejorar el autoestima) y en el aprendizaje de un deporte; sin embargo tan solo el 66% ha mejorado sus hábitos alimentarios siendo este un punto importante para la educación

DISCUSIÓN

Es preciso fortalecer las actividades de prevención de obesidad como factor de riesgo para las enfermedades crónicas degenerativas y la comunidad de salud pública internacional, adopte un nuevo enfoque. Como primer paso, es fundamental comunicar los conocimientos y la información más recientes y precisos a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general (10).

Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial.

(7). Para cambiar los hábitos alimentarios y de actividad física serán necesarios los esfuerzos combinados de muchas partes interesadas, públicas y privadas. Se necesita la combinación de acciones racionales y eficaces a nivel mundial, regional, nacional y local, así como un atento seguimiento y evaluación de sus repercusiones.

Se prevé que las defunciones por el conjunto de enfermedades infecciosas, dolencias maternas y perinatales y carencias nutricionales disminuirán en un 3% durante los próximos 10 años, y que las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán un 17% en ese mismo periodo. Eso significa que de los 64 millones de personas que fallecerán en el 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas, a menos que se tomen medidas urgentes, (10) El programa Ejercítate Ecuador, que promueve el Ministerio del Deporte, desde Enero 2013, en el que participan 250.000 ecuatorianos aproximadamente en 24 provincias del país, y 274 puntos (parques o recintos deportivos) que existen a escala nacional (11). Ejercítate Ecuador busca activar a la población con actividades físicas deportivas y recreativas a fin de reducir el sedentarismo y mejorar la calidad de vida en la comunidad, con una inversión de USD 6'591.445. (12). En la provincia de Imbabura, cantón Otavalo se

realizó con 67 mujeres que asistieron 3 veces a la semana, su edad estuvo entre 20 a 61 años y participaron durante 6 meses.

El análisis estadístico trabajado con el programa IBMSPSS Statistics 20 nos permitió relacionar medidas de tendencia central y dispersión aplicando la relación de las variables mediante el análisis de las medianas para encontrar niveles de significancia

CONCLUSIONES

Por lo expuesto y teniendo en cuenta que el profesional de enfermería debe considerar la relación entre estilos de vida saludables y la prevención de riesgos para la salud, su accionar debe enmarcarse en procesos de investigación del estado de salud personas y comunidades para guiarlas hacia actividades eviten riesgo y mejoren su estado nutricional, actividad física, auto cuidados de sus salud y consideren la recreación física como un elemento importante de su salud física, emocional y social.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos el valioso aporte de la PHD Raquel Salazar Lugo en la revisión de este artículo científico.

A las participantes e instructores del Programa Ejercítate Ecuador, Otavalo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Estrategia y resolución. Suiza: OMS, Programas y proyectos; 2010. Report No.: 9789243599977.
2. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. RevPanam. 2003; 14(4).
3. Ferreira M , Matsudo S, Matsudo V, Braggion G. Efectos de un programa de orientación a la actividad física y nutricional en mujeres físicamente activas de 50 a 72 años. Rev Bras Med Esporte. 2005; 11(3).
4. Enciclopedia Libre Universal en Español. Creative Commons. [Online].; 2012 [cited 2014 Julio 23. Available from: enciclopedia.us.es/index.php/Ejercicio_físico.
5. (INEC) INdEyC. Informe del Ministerio de Salud Pública sobre sedentarismo en Ecuador. Reporte. Quito: MSP, Epidemiología; 2014.
6. Fuenmayor G. PP el Verdadero. [Online].; 2014 [cited 2014 Julio 21. Available from: www.ppelverdadero.com.ec/pp-pocosaludable/item/elsobrepeso-afecta-al-40-de-ecuatorianos.html.
7. OMS. Recomendaciones Mundiales sobre actividad física para la salud. Primera ed. blossoming.it , editor. Suiza: OMS; 2010.
8. OPS , OMS. OPS, OMS. [Online].; 2013 [cited 2013 Julio 20. Available from: www.paho.org/els/index.php?option=com.
9. OMS. 57 a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2002.
10. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Enfermedades Crónicas: una inversión vital. Panorama General. Canada: OMS-Public Health Agency of Canada, OMS; 2005. Report No.: 9789243593593.
11. Yahuachi C. andes. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 05. Available from: <http://www.andes.info.ec/es/deportes/programa-ejercitate-ecuador-reduce-sedentarismo-250000-ecuatorianos.html>.
12. Ministerio del Deporte. Ministerio del Deporte. [Online].; 2013 [cited 2013 05 20. Available from: <http://www.deporte.gob.ec/tag/ecuador-ejercitate/>.
13. Rubenstein A. Medicina Familiar y practica ambulatoria Argentina: Editorial Panamericana.
14. Sarabia MM, Alberti Vázquez. L, Espeso Nápoles N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Revista Humanidades Medicas v.5 n.2. 2005.
15. Gobierno del Ecuador. Proyecto Ejercitate Ecuador. Quito.; 2013.
16. Salinas J, Bello S. M, Flores C. A. ACTIVIDAD FÍSICA INTEGRAL CON ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN CHILE: RESULTADOS DE UN PROGRAMA PILOTO. Revista Chilena de Nutricion. 2005.
17. Salzar Gonzales B. Respuesta al ejercicio en mujeres mayores. Ciencia UANL. 2001;; p. 169 a 176.
18. Carrasco Poyatos M, Martinez Gonzales Moro I, Abellan Vaquero M. Cambios en la fuerza isometrica en mujeres post menopausicas tras el ejerciico acuatico. Revista Internacional de Medicina y Ciencias del deporte. 2013;; p. 73-86.
19. Gomez R, Monteiro H, Cossio_Bolaños MA. El ejercicio fisico y su prescripcion en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. revista Peruna de Medicina Experimental y Salud Publica. 2010;; p. 379-386.

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

ORGANIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Los trabajos de investigación en la revista de la Facultad Ciencias de la Salud, deben seguir el formato TAKAR+IMRED:

- **TÍTULO.** Debe ser breve, no incluir abreviaturas ni fórmulas.
- **NOMBRE DEL AUTOR (AUTORES).** Debe ir inmediatamente después de título. Si son varios autores, se debe indicar con un llamado al pie el nombre de la persona a quien se le puede dirigir la correspondencia. Formación académica y referencia institucional: en nota al pie de página se debe informar el título académico de mayor jerarquía, la institución a la que está vinculado el autor (autores), la dirección de la institución y el correo electrónico del autor (autores).
- **RESUMEN.** Máximo 250 palabras. Debe indicar con claridad: objetivos, método, resultados, interpretación y conclusiones que será traducido al idioma Ingles.
- **PALABRAS CLAVE.** Cinco palabras clave o frases que indiquen los principales aspectos del artículo. Deben estar inscritas en los descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) <http://decses.bvsalud.org/E/homagee.htm>
- **INTRODUCCIÓN:** Indicará el propósito del trabajo y resumirá la justificación razonada del estudio u observación. Se debe incluir el objetivo del estudio, el tipo de estudio realizado, la población en la que se realizó y no incluirá datos o conclusiones del trabajo que se publica.
- **MATERIALES Y MÉTODOS:** Describir el diseño del estudio, la población y la características de la misma, si fuera el caso la muestra que se utilizó y la forma de como se la obtuvo, se describe toda la técnica y los elementos que se utilizaron durante la realización del trabajo.
- **RESULTADOS:** Deben presentarse de manera lógica y cronológica de los resultados obtenidos al aplicar los métodos descritos anteriormente, se pueden utilizar tablas, figuras y gráficos. No se deben repetir en el texto todos los datos de tablas y gráficos; se resaltarán o resumirán solamente las observaciones relevantes.
- **CUADROS:** Deben presentarse en forma comprensible. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, fotografías y mapas) servirán para agregar información. Sus títulos deben ser cortos, precisos y concisos y citar la fuente de donde fueron tomados, incluso aclarar si es una elaboración propia. Las fotografías deben ser de excelente calidad e incluir la fuente de origen y la fecha. Es necesario enviar los archivos originales de los cuadros, o como imágenes en formato .JPG de 300 Dpi.
- **DISCUSIÓN:** Se debe realizar una interpretación de los resultados descritos y resaltar aspectos nuevos e importantes, además comparar estos resultados con otros obtenidos en artículos reconocidos científicamente.
- **CONCLUSIONES:** Se expresan las opiniones y los conceptos, sustentándonos en los resultados, a los que llegan después de realizar la discusión.
- **AGRADECIMIENTOS:** Deberá constar las colaboraciones que merezcan agradecimiento, pero que no justifican la autoría, como puede ser el respaldo general de una autoridad, los agradecimientos por la ayuda técnica, los agradecimientos por apoyo económico y material, especificando la naturaleza de la ayuda; y las relaciones que pudieran plantear un conflicto de intereses. Las personas que hayan contribuido intelectualmente en el artículo, pero cuya colaboración no justifique la autoría, podrán ser nombradas, describiendo su función o aportación (por ejemplo, «asesoría científico», «revisión crítica del objetivo del estudio», «recogida de datos» o «participación en el ensayo clínico»). La ayuda técnica debe agradecerse en un párrafo.
- **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.** De acuerdo a las normas Vancouver



ACREDITADA

*¡Vive la ciencia!
¡vive tus sueños!*